

Bollettino

n. 1/2020

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

Editoriale del Presidente



Cari Colleghi,
vi propongo di seguito l'originale del comunicato inviato alla stampa locale in data 20/11/2020 e comparso su Il Piccolo e su Il Messaggero Veneto del 22/11/2020.

Mi permetto di farlo perché, come sempre, il cronista di turno ha fatto le sue modifiche; ma soprattutto perché, forse, un momento di così grande impegno vi impedisce di prestare attenzione alla stampa locale.

Ordine dei Medici della Provincia di Gorizia Ecco gli eletti per il quadriennio 2021-2024

A seguito delle elezioni, svoltesi in seconda convocazione nei giorni 8, 9 e 10 novembre 2020 ed alla successiva attribuzione delle cariche, il Consiglio Direttivo, la Commissione Albo Medici Chirurghi, la Commissione Albo Odontoiatri e il Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Gorizia risultano così composti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr.ssa ROBERTA CHERSEVANI

Vice Presidente

Dr. ALBINO VISINTIN

Segretario

Dr. FRANCESCO CORONICA

Tesoriere

Dr.ssa CRISTINA FURIOSO

Consiglieri

Dr.ssa MANUELA BOSCO

Dr. FULVIO CALUCCI

Dr. ROBERTO DELLA VEDOVA

Dr.ssa FRANCESCA MEDEOT

Dr. ROBERTO VALLINI

Dr. PAOLO COPRIVEZ (odontoiatra)

Dr. LORENZO SPESSOT (odontoiatra)

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Presidente

Dr. PAOLO COPRIVEZ

Vicepresidente

Dr. LORENZO SPESSOT

Componenti

Dr.ssa MARIA GABRIELLA GRUSOVIN

Dr.ssa MONICA MASSI

Dr. PAOLO TACCHINO

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Componenti effettivi

Dr.ssa MARTA CALLIGARIS

Dr. ROMANO GUERRA

Componente supplente

Dr.ssa SARA COCETTA

Riconfermata dunque alla Presidenza la Dr.ssa Roberta Chersevani, che così commenta: "Il comunicato dopo l'elezione di tre anni fa iniziava con la frase: «Il momento è difficile». Cosa dire oggi, in cui la pandemia mette a prova tutti?"



Partiamo dal Consiglio, che vede alcuni volti nuovi. Vi sono alcuni medici giovani, ed è su questi che punto, nella speranza di proposte innovative, di entusiasmo, di voglia di essere presenti. Ho ancora tanta speranza nei giovani.

La scarsa motivazione ci coinvolge tutti. Il *burnout* (una condizione di esaurimento da stress cronico lavorativo) è diffuso. La professione deve essere inattaccabile, deve muoversi a testa alta, solo così può sopportare i disagi e indicare e supportare il necessario cambiamento. Deve rimanere una professione intellettuale e non un semplice mestiere.

Il Consiglio dell'Ordine ha posti limitati. L'individuazione di aree critiche, a cui possono interessarsi colleghi, esterni al Consiglio, ma da esso delegati, può consentire il recupero di professionisti esterni, che hanno già collaborato con l'Ordine e che possono ancora offrire un valido e qualificato supporto. Parimenti possono essere delegati medici nuovi, che vogliono collaborare ed offrire la propria competenza.

Sono davvero momenti difficili per presentare programmi che possano trovare attuazione concreta. L'informazione che ci arriva è spesso, frammentata, incompleta, contraddittoria. E si comprende il disorientamento diffuso.

Va recuperato il ruolo professionale del medico e soprattutto la sua relazione con la persona assistita, che è sempre più scontenta, poco ascoltata per una organizzazione incerta, che penalizza entrambi gli attori.

E' di questi giorni la pubblicazione dei dati dell'OCSE, che denuncia come in Italia la spesa sanitaria sia sotto la media europea. La pandemia ha messo in luce tutte le fragilità latenti dei sistemi sanitari. La politica di risparmio attuata da molti anni ha fomentato già in passato inaccettabili atti di violenza contro i professionisti della sanità.

Da parte del medico è indispensabile una formazione ed un aggiornamento continui, che l'Ordine ha cercato sempre di favorire; è indispensabile rinforzare la collaborazione e non la impropria lotta di potere con le altre professioni sanitarie. E' imprescindibile una colleganza vera, tra tutti gli iscritti, per sviluppare sensibilità affini, agevolare i percorsi di diagnosi e cura dei pazienti, rafforzare la collaborazione tra ospedale e territorio.

Non si può dimenticare l'insostituibile ruolo del medico quale mediatore tra salute e malattia, speranza e paura, vita e morte".

Un tanto vi dovevo.

Che il Natale ci sia sereno e che l'anno prossimo ci premi per tutti i sacrifici fatti.

Roberta Chersevani



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2020

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 tutti gli Iscritti sono invitati a partecipare all'Assemblea, in prima convocazione venerdì 18 dicembre alle ore 23.00 presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

SABATO 19 DICEMBRE 2020 alle ore 10.30
in modalità videoconferenza registrata con l'applicativo
Cisco Webex con accesso dal seguente link:
<https://fnomceo.webex.com/meet/info61>

Ordine del giorno:

1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio di Previsione 2021
3. Premiazione dei Medici e Odontoiatri che hanno raggiunto i 50 anni di Laurea;
4. Lettura del Giuramento Professionale da parte dei Medici e Odontoiatri neoiscritti;
5. Ricordo dei Colleghi che ci hanno lasciato.

Nel rispetto delle direttive sanitarie previste per l'emergenza Covid 19 Vi preghiamo di confermare la Vostra presenza alla seguente mail info@ordinemedici-go.it

Il Presidente dell'Ordine
Dott.ssa Roberta Chersevani



A Illegio è protagonista la bellezza scomparsa e prodigiosamente riapparsa di straordinari capolavori della storia dell'arte



A volte, specialmente quelle volte che giungono dopo una tempesta o quando svanisce una nebbia fitta e spaesante, volgere lo sguardo alle stelle, che trapuntano come brillanti l'abito nero indossato da una notte limpida, significa non soltanto ammirare il loro fascino: è vedere con commozione che la vita e la bellezza non s'arrendono. La stessa commozione sorprenderà chi visiterà la mostra di Illegio, quest'anno, che non a caso porta un titolo capace di trapassare l'anima ancor prima di conoscerne le opere: *Nulla è perduto*. È come un segno, un messaggio forte e appassionato in questo 2020, che vede tutti ancora in tensione per vincere la battaglia contro l'insidiosa pandemia Covid-19, ma anche per risollevarne il morale delle persone, la vitalità dei paesi, la sorte di aziende, lavoratori ed economia, la capacità di dare nuova voce a cultura e turismo. Verranno esposti anzitutto sette capolavori inestimabili e smarriti per sempre, ma tornati alla luce grazie all'impegno di una squadra di storici, artisti, restauratori ed esperti di software 3D.

Visitare la mostra di Illegio permetterà di riavvicinarsi fisicamente al *Concerto a tre*, di

Johannes Vermeer (rubato all'Isabella Stewart-Gardner Museum di Boston nel 1990), a *La Torre dei cavalli azzurri*, di Franz Marc (sequestrato dal criminale nazista che tentò di succedere a Hitler, Hermann Göring, e scomparso nel 1945), a *Myrto*, realizzato da Tamara de Lempicka come suo autoritratto alla fine degli anni Venti (poi custodito in una villa parigina dove si presume sia stato rubato dai nazisti nel 1943), al *Vaso con cinque girasoli*, di Vincent van Gogh, distrutto nel bombardamento di Ashya, nei pressi di Osaka in Giappone, contemporaneamente allo sganciamento della bomba atomica su Hiroshima, alla tela dedicata alla *Medicina*, dipinta da Gustav Klimt per il soffitto dell'Università di Vienna e bruciata nel 1945 dai nazisti ormai sconfitti nello Schloss Immendorf in Austria (e ad Illegio l'opera miracolosamente rimaterializzata sarà appunto visibile a soffitto), a una delle grandi tele raffiguranti *Ninfee*, di Claude Monet, carbonizzato in un incendio divampato al MoMa di New York nel 1958 e all'intenso ed evocativo *Ritratto di Sir Winston Churchill*, opera realizzata nel 1954 da Graham Sutherland, ma fatta distruggere da Lady Clementine Churchill un anno dopo.

In copertina

Albino Visintin



Gustav Klimt nasce nel 1862, è dunque figlio dell'Ottocento che fu un secolo di cambiamenti e trasformazioni determinanti: il passaggio dalla vita rurale a quella urbana, dall'analfabetismo all'alfabetizzazione, dall'agricoltura all'industria, dal viaggiare a cavallo allo sfrecciare su una linea ferroviaria, dall'inviare un messaggio dall'Inghilterra in Australia in sei settimane a inviare un telegramma in tempo reale. Dagli ottusi pregiudizi sessisti, alle campagne condotte dalle donne per la parità dei diritti. La vita quotidiana si trasformò in maniera radicale.

La forza motrice della caldaia a vapore muoveva treni e navi e azionava le macchine nelle fabbriche; però il cambiamento più importante avvenne dalle riforme in campo sociale, conseguenza del progressivo diffondersi dell'idea di eguaglianza tra gli esseri umani.

Alexander Graham Bell, Louis Daguerre, Charles Darwin, Thomas Edison, Michael Faraday, Sigmund Freud, Robert Koch, Karl Marx, James Clark Maxwell e Louis Pasteur, solo per citare alcuni, furono tra coloro che contribuirono con il loro ingegno al cambiamento.

Nel 1894 Gustav Klimt venne incaricato dal Ministero dell'Istruzione Austro-Ungarico di realizzare alcune opere allegoriche per decorare il soffitto dell'aula magna dell'Università di Vienna. Il tema conduttore doveva essere la "vittoria della luce sulle tenebre", lo scopo era la glorificazione delle scienze

razionali e dei loro effetti positivi in ambito sociale.

Klimt avrebbe composto tre pannelli raffiguranti *La Filosofia*, *La Medicina* e *La Giurisprudenza*.

I grandi artisti e altri uomini geniali percepiscono prima di altri che i tempi stanno mutando, così mentre la presunta armonia della società mitteleuropea trovava espressione nella grazia del valzer viennese, Freud nel 1899 pubblicava *L'Interpretazione dei sogni*, Gustav Mahler tra il 1901 ed il 1902 componeva la *Quinta Sinfonia*, e Klimt il 15 marzo 1901 espose *La Medicina* in anteprima alla X esposizione della Secessione, provocando immediato scandalo con aspre critiche e forti polemiche. Aveva scelto di raffigurare l'enigma dell'esistenza umana e la sua trasformazione, affrontando ed illustrando tematiche tabù come malattia e vecchiaia in tutta la loro crudeltà ed orrore, annullando qualsiasi idealizzazione della realtà.

"Medizinische Wochenschrift", autorevole rivista, scrisse lamentandosi che l'opera non trattava le due priorità fondamentali della medicina: la prevenzione e la guarigione.

La morale pubblica invece s'indignò per i corpi nudi e la loro esplicita esposizione, in particolare per la donna incinta e per la figura a sinistra che, senza inibizione, mostra il pube accentuando il carattere sessuale dell'opera.

In copertina:

Gustav Klimt

Medicina, 1901-1907. Opera bruciata dalle SS nel 1945. Rimaterializzazione a cura di Factum Arte, 2017, gesso, foglia d'oro e pigmento su tela. Milano, Collezione Sky

In 4° di copertina:

Henri Matisse

La Danza, dipinto a olio, 1910
Museo dell'Ermitage, San Pietroburgo

Nonostante le critiche ed i ricorsi presentati al Ministero dell'Istruzione da quasi un centinaio di accademici per impedire l'esposizione della sue opere, al pittore venne concesso di continuare il suo lavoro.

Klimt dichiarò "ne ho abbastanza della censura, adesso faccio da me. Desidero liberarmi di tutte queste stupidaggini che mi ostacolano e mi impediscono di lavorare".

Per questo motivo il 3 aprile 1905, profondamente deluso, rinunciò all'incarico

delle allegorie e manifestò l'intenzione di ricomprare dal Ministero dell'Istruzione le sue stesse opere.

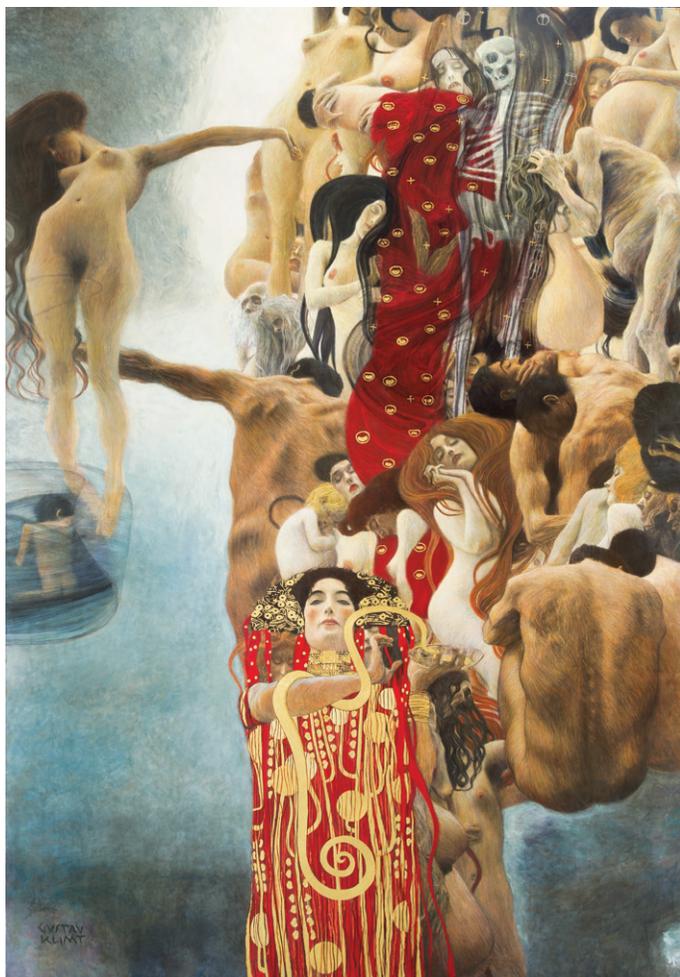
Grazie all'aiuto di August Lederer e Karl Wittgenstein, suoi ricchi committenti e sostenitori, Klimt riuscì a restituire l'onorario che gli era stato anticipatamente versato.

Queste opere, trasferite nel castello di Immenhof durante la Seconda Guerra Mondiale, sono andate distrutte a causa di un incendio appiccato dalle truppe tedesche in ritirata; soltanto di *Medicina* è rimasta una riproduzione fotografica a colori che spaziano dal rosa al porpora.

La sorpresa di poter vedere quest'opera distrutta nel 1945 e ricreata tale e quale l'originale è stata grande, ma più grandi ancora sono l'impressione ed il turbamento che essa induce.

È un'opera simbolista complessa che analizza l'intimità psicologica della figura umana, descrive lo stato d'animo dalla creazione alla dissoluzione della vita stessa fino alla sua rinascita, in una atmosfera di inquietudine senza tempo, ma illustra anche la strada da percorrere alla ricerca della risposta.

La composizione è asimmetrica, a destra e al centro un coacervo di figure occupa gran parte della tela. Sono donne e uomini nudi, giovani e vecchie, bambini tenuti in braccio dalle loro madri... Non c'è definizione prospettica, piuttosto si intuisce il trascorrere del tempo. Dalla scintilla di vita,



originata nel grembo materno e pronta a nascere, raffigurata dalla donna gravida di profilo a fianco di Igea, alla vita che si spegne avvolta nel sudario porpora ed accudita dalla morte che le sta a fianco, fino al rinnovarsi della vita stessa con le madri raffigurate al di sopra, oltre la morte.

Sul lato opposto una donna ed un bambino si elevano nello spazio libero. La donna ha un braccio disteso che si avvicina al pube di una giovane. Ha in mano qualcosa che sembra voler offrire. Sembra possa rappresentare l'umanità senza dolore o malattie e che offra il seme di questa nuova vita. L'immagine dell'essere umano che si eleva in cielo, senza peso, compare in ogni religione, ed appartiene alle espressioni di ogni tempo e cultura, dalla più antica alla contemporanea: il simbolismo ad esso correlato esprime trascendenza, desiderio di libertà, armonia.

In basso, al centro in primo piano, si erge una figura officiante, indossa una preziosa tunica rossa ricamata con fregi dorati e riccamente adornata da preziosi monili. Ha un serpente attorcigliato al braccio destro e tiene con sicurezza una coppa nella mano sinistra.

È Igea dea della salute, figlia di Esculapio, il primo medico della storia.

Il serpente ha lo scopo di raffigurare il regno della morte dalla quale vengono generati sia lui che la dea stessa; è in questo caso simbolo di rinascita. Igea offre al serpente la coppa che contiene una pozione medicinale che il serpente beve, in questo modo si uniscono due simboli con due distinti significati: il serpente è la resurrezione mentre la dea rappresenta la salute, suggellando così il divenire continuo tra vita e morte.

Nulla nella composizione è casuale: una infinità di gesti ed espressioni è frutto di una profonda conoscenza della storia dell'arte da parte di Klimt.

Secondo Leonardo l'arte è una poesia "muta". Le parole vengono sostituite dalle espressioni,

dalle posture, dai gesti: i "moti dell'anima" si esprimono attraverso il linguaggio del corpo.

I gesti che esprimono la disperazione sono codificati da una lunga tradizione iconografica: legati alla sfera del dolore e della sofferenza, essi rivelano sentimenti e stati interiori.

La mano sul mento e guancia diventa simbolo iconografico di un particolare stato d'animo, quello della malinconia, fin dal XV secolo. Il gomito è piegato e la mano è raffigurata sotto la guancia o al sostegno del mento, la testa è reclinata verso la spalla. Questo schema indica uno stato interiore prolungato nel tempo, una sofferenza durevole, è attributo gestuale nella raffigurazione del malato, indica il suo convivere con la malattia. Il gesto viene rafforzato ulteriormente dalle mani intrecciate che traducono uno stato di afflizione profonda e di preoccupazione, è l'equivalente simbolico di un dolore vissuto intimamente, dominato, contenuto.

Altri gesti della disperazione sono tirarsi o torcersi i capelli, le dita piegate sulle guance, le mani che coprono il volto.

Richiamano l'attenzione le mani di Igea, in particolare la destra, incorniciata dalla spira del serpente, mentre la disposizione delle dita descrive il sapiente e preciso dosaggio delle sostanze medicinali versate nella coppa.

Altro particolare: tutte le figure hanno gli occhi chiusi ad esclusione della Medicina.

Ciò che colpisce è vedere come lo sguardo, scomparendo, sia in grado di trasformare e travolgere completamente l'intero volto, lasciando al suo posto inquietudine e smarrimento.

Invece gli occhi aperti di Igea, che sta guardando lo spettatore, dimostrano la piena consapevolezza dell'azione che continuamente essa è portata a compiere per affrontare ed alleviare le pene dell'umanità.



Edvard Munch

Autoritratto con influenza spagnola, 1919

La bocca aperta per l'angosciante dispnea e l'assenza degli occhi sono presagio di morte.



Edvard Munch

Autoritratto in convalescenza per l'influenza spagnola, 1919

Gli occhi sono nuovamente aperti: sono in grado di rivedere ancora la vita, seppur con sofferenza.

L'arte di Gustav Klimt

Don Alessio Geretti

Nato nel 1862 a Baumgarten, un sobborgo di Vienna, Gustav Klimt a quattordici anni comincia a frequentare la Scuola di Arti Applicate, annessa al Reale Museo Austriaco per l'Arte e l'Industria, fondata con l'obiettivo del recupero della tradizione dell'artigianato in piena era industriale.

Quando Klimt riceve le prime commissioni pubbliche, esegue gli affreschi dell'atrio d'ingresso del Kunsthistorisches Museum (1891) in linea con il naturalismo e il classicismo accademico tipico di quel momento, ma egli avverte i profondi cambiamenti in atto nella concezione dell'uomo e del mondo e cova dentro di sé l'esigenza di una rivoluzione artistica che vi corrisponda. Dotato di straordi-

narie qualità tecniche, al limite del virtuosismo, nel 1892, dopo il trauma causato dalla morte del padre e del fratello, Klimt rivoluziona la sua arte iniziando a dipingere una serie di opere costellate da figure femminili sensuali ed eleganti. È un trionfo di dee, figure mitologiche e donne fatali.

Klimt guida un gruppo di artisti a staccarsi dall'accademica Associazione degli artisti figurativi d'Austria, fino a costituire nel 1897 il movimento della Secessione, il cui credo viene affermato perentoriamente sopra il portale della sua sede: a ogni epoca la sua arte, a ogni arte la sua libertà. Tre punti essenziali ispirano questi architetti e pittori: una decisa frattura con la tradizione, cui consegue la



necessità di una rigenerazione della nuova arte, sottolineata anche dal titolo della rivista ufficiale del movimento, "Ver Sacrum", cioè Sacra Primavera; la volontà di mostrare all'uomo moderno il suo vero volto; la concezione dell'arte come rifugio dall'oppressione della vita moderna.

Klimt inizia la sua ricerca cominciando con lo svelare gli istinti nascosti e l'inconscio collettivo dell'uomo.

Al pari di Freud, che negli stessi anni andava componendo *L'interpretazione dei sogni*, Klimt spinge la propria pittura nelle riposte profondità interiori dell'uomo per liberarlo dalle imposizioni delle mode e dei moralismi ottocenteschi. La scelta della bidimensionalità per il suo linguaggio figurativo, in parte influenzata dalla riscoperta dell'arte primitiva e medievale, corrisponde al bisogno di ritornare agli albori dell'arte e di negare una banale rassicurazione allo sguardo dell'osservatore, spingendolo piuttosto attraverso il sensibile oltre il sensibile stesso, su un piano chiaramente simbolico. È questo che vuole dunque dirci Klimt: le arti appaiono come una interruzione di questo mondo alienante, per condurci in un mondo quasi onirico, al confine tra realtà e soprannaturale, l'unico mondo in cui possiamo trovare gioia, felicità e salvezza. Nel caso più famoso della produzione artistica di Klimt, *Il Bacio*, si coglie con grande intensità tutto ciò: le due figure sono strette fra loro e circondate da un'aureola sacra che le separa dal resto del mondo, in un luogo indefinito, così che la coppia sembra sospesa al di fuori di qualunque coordinata spaziale e temporale, in una dimensione cosmica, come a dire che la felicità è come un attimo di sogno che sospende il grigiore medio del mondo.

A partire dal 1894 un'importante commissione pubblica gli consente di trasporre sulla tela la sua visione della condizione umana. Il

Ministero dell'Istruzione lo incarica di eseguire tre dipinti allegorici per il soffitto dell'aula magna dell'Università di Vienna. Il tema stabilito è quello della "Vittoria della luce sulle tenebre", e le tele assegnate a Klimt sono *La Filosofia*, *La Medicina* e *La Giurisprudenza* (al pittore Franz Matsch tocca *La Teologia*). Accese polemiche accompagnano, non solo in ambito accademico, la presentazione dei primi due dipinti. *Filosofia* viene accusato di «presentare idee confuse in forme confuse», un controsenso in un'epoca in cui la filosofia aveva come ideale di verità le scienze esatte. Su uno sfondo scuro, trapuntato di stelle, figure femminili dai corpi nudi aleggiano sulla sinistra della tela, creando un movimento inquietante tra tonalità cupe, quasi che Klimt voglia indicare la prevalere delle tenebre sulla luce. Nonostante le critiche provenienti da quasi tutta l'intelligenza viennese e i ricorsi di 87 accademici presentati al Ministero per far sì che Klimt non possa più esporre le proprie opere, al pittore viene concesso di continuare il suo lavoro. *Filosofia* verrà anzi premiata all'Esposizione Universale di Parigi con una medaglia d'oro.

È così che, nel 1901, Klimt, incurante delle accese ostilità, presenta *Medicina* alla decima esposizione della Secessione. *Medicina* non celebra i traguardi della ricerca scientifica, bensì mostra un'umanità fragilissima, sull'orlo del baratro, in un flusso di corpi nudi e crudi, a volte logorati da malattie, impotenti contro l'inesorabile passare del tempo, dalla figura della mamma col bimbo al seno fino alla dissoluzione della vita stessa nella vecchiaia e nella morte. È una composizione di eccezionale potenza, che concentra dapprima lo sguardo sulla donna nuda isolata a sinistra, che in una mano porge un

frutto coprendo i genitali di un'altra donna, mentre una specie di flusso attraversa dal basso verso l'alto l'intreccio dei corpi, dalla figura in primo piano della sacerdotessa Igea, figlia di Esculapio, fino allo scheletro con la morte accanto ad esso, e una cascata di donne gravide e dolenti fino alla vecchia in basso.

Un'opera rivoluzionaria non solo per i suoi contenuti, ma anche per l'uso dell'oro, con cui Klimt ha un'affinità particolare dovuta alla sua formazione e al lavoro del padre, che era orafo e incisore. *Medicina* viene criticato soprattutto per indecenza, per la presenza prepotente dei nudi femminili, in particolare quelli di una donna incinta e di un'altra, sulla sinistra, il cui pube è rivolto proprio davanti allo sguardo degli spettatori. Il realismo dei corpi e delle loro posizioni urta la sensibilità generale. Nonostante ciò sono ben 38.000 i visitatori che accorrono per vedere l'opera, attirati anche dalle crescenti denunce di immoralità. Al tempo stesso, la situazione convince l'Accademia di Belle Arti viennese a far cadere la candidatura di Klimt come professore, inducendo in lui una profonda tristezza.

La reazione di Klimt a tutto ciò si coglie alla presentazione di *Giurisprudenza*, nel 1903, curioso concentrato di sarcasmo e di dichiarata impotenza ad affermare la verità sulla condizione umana nel suo tempo, dal momento che i giudici non vogliono vederla. La commissione del Ministero giudica in conclusione i tre pannelli klimtiani inadatti all'aula magna dell'Università e propone invece di esporli nella Galleria d'Arte Moderna appena costituita. Klimt rifiuta la proposta di una destinazione diversa e riacquista le proprie opere dallo Stato.

Da quel momento in poi, Klimt non accette-

rà più progetti pubblici, lavorando esclusivamente per facoltosi committenti privati, molti dei quali di origine ebraica. Con l'ascesa del nazismo e la conseguente promulgazione delle leggi razziali, i principali committenti di Klimt, vengono arrestati e le loro collezioni depredate. Klimt, non vede compiersi il destino delle sue tre grandi allegorie.

Morto di febbre spagnola nel 1918, il pittore ha venduto al mecenate Lederer una delle tre allegorie, *Filosofia*, mentre un altro ricco finanziatore del pittore, Wittgenstein, acquista *Medicina* e *Giurisprudenza*, che conserva nel suo castello di Immendorf, trasferendovi successivamente anche *Filosofia*, donatagli da Lederer. I quadri delle Facoltà riappaiono al pubblico soltanto nel 1943 in una grande mostra monografica su Klimt, che ha lo scopo di elevare l'artista a icona della tradizione ariana. Questa è l'ultima volta in cui i quadri dell'Università vengono esposti al pubblico.

Il 7 maggio 1945, durante le ultime ore della Seconda Guerra Mondiale, un'unità delle SS naziste in ritirata in seguito alla dichiarazione di resa, decide di passare l'ultima notte di guerra nel castello di Immendorf. Qui, gli ufficiali trovano le opere d'arte. Quella notte stessa, gli ufficiali delle SS, rifiutando l'idea che i russi possano mettere le mani sulle opere, pianificano e appiccano un incendio che distrugge l'intero castello e la preziosa collezione.

Settant'anni dopo la squadra internazionale di esperti di Factum Arte ha lavorato per riportare in vita *Medicina*. Nonostante i dipinti siano stati distrutti, una foto in bianco e nero degli Anni Trenta e una stampa a colori di una piccola sezione del dipinto sono infatti sopravvissute. Il primo passo per la ricostruzione è stato stampare su una gigantesca tela preparata a gesso l'immagine in bianco e nero che è servita da guida alla rimateria-

lizzazione del dipinto e alla profondità delle tonalità impiegate. Per ricreare l'esatta palette di colori utilizzata da Klimt nella sua opera sono stati osservati e studiati i gli schizzi preparatori. Partendo dal centro della tela, il team di Factum Arte ha lavorato attraverso l'uso di un aerografo, per passare poi alla riproduzione del colore combinando all'uso dell'aerografo e la tradizionale tecnica di pittura a olio.

Per comprendere come Klimt abbia appli-

cato l'oro su *Medicina* è stato necessario anche studiare il salone dell'Università di Vienna, dove l'opera sarebbe dovuta essere esposta, un ambiente ricco di dorature con le quali Klimt aveva voluto entrare in dialogo armonico. Sulla tela è stata quindi applicata una doratura con foglia d'oro a 22 carati per poi rifinire i piccoli dettagli con pittura a olio prima della verniciatura finale.

“Due righe” in tempi di Covid-19

Paolo Coprivez

L'anno che sta andando a concludersi è stato veramente un “annus horribilis”.

Cominciato come l'ennesimo anno di crisi della professione odontoiatrica, è diventato, strada facendo, un anno incredibile.

Il Covid 19 ci ha messo in una situazione di stress e difficoltà.

All'inizio increduli e forse distratti, poi chiusi, per 60/70 giorni, ovvero aperti, ma solo per le emergenze improcrastinabili. Ma qualche studio è aperto e lavora normalmente, nonostante le indicazioni di chiusura della CAO Nazionale e dei Sindacati di categoria.

Le voci si rincorrono...

Dicono che lo studio del dottor “X” è aperto, ma chi lo dice?

Nessuna certezza.

Ma chi ha tenuto aperto, nonostante tutto, sa di avere la coscienza sporca, è stato veramente sleale e scorretto. Passibile di provvedimenti disciplinari da parte della CAO.

Purtroppo la passeranno liscia, non ne avremo mai le prove, nessuno denuncerà.

Gli studi chiusi, le assistenti in cassa integrazione, cosa succederà? Come comportarsi con i pazienti? Risolvere al telefono le emergenze. Andare in studio solo se è proprio indispensabile. E se qualcuno fosse positivo? Come proteggersi? Quali i giusti dispositivi di protezione individuale?

Le mascherine chirurgiche potranno proteggermi abbastanza dal virus? Non ci sono i DPI, in mille “conference call” si cerca di trovarli. Li cerchiamo dappertutto, anche in Cina. Si contattano gli amici e gli amici degli amici, i DPI non ci sono. Oppure sì, ma costano una “botta”.

Contattiamo anche la Regione Fvg, ma neanche si degnano di rispondere, in altre faccende affaccendati.

E i sussidi? Lo stato li dà a quelli che sono chiusi. Ai professionisti? Agli Odontoiatri?

Nulla! I professionisti si arrangino, sono ricchi!

Ma ci pensa l'Enpam, pochi euro, però tassati. I Ministeri vigilanti, il Governo, hanno permesso alla Fondazione di darci questi soldi, che al saldo saranno forse una manchetta e sono soldi nostri.

Che rabbia! Un crollo del fatturato, un disastro. Per noi niente! Dobbiamo arrangiarci da soli, fare da soli, come sempre.

Poi piano piano la nebbia si dirada escono le indicazioni del Ministero della Salute, in accordo con CAO Nazionale, ANDI e Aio.

Tutto bene, si ricomincia, ma i DPI non si trovano. Ci vogliono le FFP3, ma non sono sul mercato. E le FFP2? Quelle ci sono. Sì, si trovano, ma solo a prezzi incredibili. Seicen-

to, settecento, ottocento euro per 100 mascherine. Ma ne vale la pena?

Sì, bisogna tornare alla normalità, bisogna riaprire! Bisogna!

Ricomincia la vita e ricomincia il lavoro.

Bardati come astronauti si può lavorare di precisione, come noi dobbiamo fare? La tuta integrale e la mascherina FFP2, la cuffietta e le soprascarpe, guanti, bracciali monouso, e la visiera.

Non può mancare la visiera.

Non basta, ci devo infilare anche gli occhiali ed il sistema di ingrandimento.

Il tutto si appanna, regolarmente.

Ce la posso fare. Devo farcela. Mi manca il fiato, mi manca una visione del futuro.

Cosa succederà?

Incertezza è il sostantivo che ci accompagnerà nei prossimi tempi.

Andiamo!





Abstract delle tesi di laurea

ATTORI PROGNOSTICI POSTNATALI DELL'ERNIA DIAFRAMMATICA CONGENITA

Dr.ssa Martina Angelini

Lo scopo di questa ricerca è quello di analizzare e ricercare i migliori fattori prognostici postnatali dell'ernia diaframmatica congenita in modo da individuarne una correlazione con la mortalità dei pazienti. In base ai dati rilevati ho inteso determinare quali tra i parametri considerati, anche combinandoli tra loro, possano offrire un metodo efficace per prevedere le condizioni dei pazienti affetti da ernia diaframmatica congenita.

Al fine di condurre tale analisi retrospettiva ho preso in considerazione tutti i casi di ernia diaframmatica congenita (CDH) ammessi e trattati all'ospedale "Marie Skłodowska Curie Children's Clinical Hospital" di Bucarest dal 2011 al 2018.

Nell'arco di quegli 8 anni sono stati registrati 36 pazienti. Di questi, 18 pazienti sono deceduti per le complicazioni dovute alla CDH. I dati di ciascun paziente sono stati organizzati in un database utilizzando Microsoft Excel e da questo è stata poi sviluppata un'analisi statistica sia per ricercare particolari correlazioni tra le diverse variabili, sia per esaminare come tali variabili possano essere utilizzate per spiegare e per prevedere l'outcome del paziente.

I parametri che sono stati presi in considerazione in questa ricerca sono: età materna al parto, morfologia dell'ernia diaframmatica, presenza di anomalie associate, età gestazionale alla nascita, valori Apgar alla nascita,

peso alla nascita, parametri respiratori maggiori (pO₂, pCO₂, pH), presenza di ipoplasia polmonare, amministrazione di farmaci preoperatori (ossido nitrico, farmaci vasoattivi), sistema di ventilazione usato (HFOV, IPPV, PEEP BIPAP, CMV), approccio chirurgico (precoce/ritardato, laparotomico/toracoscopico, alloplastica), complicazioni postoperatorie e mortalità.

Lo scopo della ricerca è essenzialmente metodologico e quindi, come per altro era stato previsto fin dall'inizio, il limitato numero di pazienti non ha portato a risultati statisticamente significativi. Tuttavia, si è confermato che i parametri usati nella ricerca sono potenziali predittori dell'outcome del paziente.

ACUTE INFLAMMATORY CARDIOMIOPATHY: PREVALENCE, CHARACTERIZATION, NATURAL HISTORY AND PROGNOSTIC IMPACT OF IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY

Dr. Andrea Ballaben

BACKGROUND

La cardiomiopatia infiammatoria (ICMP) si iscrive nello spettro delle cardiomiopatie dilatative (CMPD) e comprende un ampio gruppo di disordini caratterizzati dalla flogosi del miocardio (o miocardite) come causa primaria di disfunzione cardiaca. La diagnosi viene effettuata con biopsia endomiocar-

dica (BEM) a partire dal sospetto clinico. Il ruolo della terapia immunosoppressiva nelle ICMP acute (sintomi da <6 mesi) è ancora dibattuto e scarsamente studiato.

SCOPO

Valutare la prevalenza di ICMP in una popolazione di pazienti con sintomi da <6 mesi ed elevato sospetto clinico di ICMP.

METODI

Abbiamo retrospettivamente analizzato i pazienti che hanno eseguito BEM per elevato sospetto clinico di ICMP. La popolazione è stata successivamente divisa in ICMP e CMPD. Successivamente le ICMP sono state suddivise in pazienti trattati e non trattati con terapia immunosoppressiva. L'end-point dello studio è stato morte/trapianto cardiaco o aritmie ventricolari maggiori. Anche il reverse remodeling ventricolare sinistro a 24 mesi di follow-up è stato analizzato.

RISULTATI

La popolazione di studio comprendeva 81 pazienti (45±16 anni, 59% maschi, frazione d'eiezione ventricolare sinistra [FEVS] 29±10%, durata dei sintomi 61 giorni). 65 (80.2%) pazienti ha avuto una conferma biptica di ICMP. Non sono state riscontrate differenze clinico-strumentali significative tra le ICMP e le CMPD. Durante un follow-up di 163±12 mesi non si sono rivelate differenze di outcome tra ICMP e DCM (p=0,743). All'interno delle ICMP infiammatorie, 34 pazienti (52%) hanno ricevuto terapia immunosoppressiva. Non sono state riscontrate differenze clinico-strumentali significative tra le ICMP immunosopresse e quelle non immunosopresse. Durante un follow-up di 144±12 mesi non si sono rive-

late differenze di outcome tra ICMP immunosopresse e ICMP non immunosopresse (p=0,845). A 24 mesi l'LVRR è stato trovato in 70.4% vs 63.2% (p=0,607) di pazienti rispettivamente trattati e non trattati con immunosoppressione. La terapia immunosoppressiva si associava a un trend di maggiore sopravvivenza nei pazienti a presentazione più severa (29 pazienti con FEVS <20% e/o necessità di inotropi in fase acuta)

CONCLUSIONI

In pazienti con elevato sospetto clinico di CMP infiammatoria acuta, la conferma diagnostica biptica si ha nell'80% dei casi, indistinguibili per il resto dai pazienti con CMPD. L'utilizzo della terapia immunosoppressiva in questo setting di pazienti non sembra impattare sulla sopravvivenza e sulla funzione ventricolare, anche se si è osservato un buon trend nella sopravvivenza dei pazienti con presentazione severa. Trial clinici prospettici saranno necessari per chiarire l'ipotesi generata da questo studio.

EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DEI TRATTAMENTI PER LE CHERATOSI ATTINICHE ISOLATE DI GRADO I E II

Dr. Francesco Caliri

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Le cheratosi attiniche sono lesioni precancerose che possono trasformarsi in SCC invasivo; tuttavia si sta diffondendo l'idea che si tratti già di veri e propri SCC in situ che possono progredire acquistando capacità invasive.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

È stato effettuato uno studio retrospettivo con l'intento di andare a confrontare tre diverse terapie utilizzate per trattare pazienti

con cheratosi attiniche singole (< 4): la crioterapia, il laser CO₂ e il 5-fluorouracile più acido salicilico.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati 72 pazienti che, tra il primo novembre 2019 e il trentuno gennaio 2020, si sono recati presso gli ambulatori di terapia fotodinamica o quello di laser CO₂ della clinica dermatologica dell'Ospedale Maggiore di Trieste per il trattamento delle cheratosi attiniche.

La raccolta dei dati è stata effettuata mediante l'analisi delle cartelle e del G2 clinico.

RISULTATI

Tutti i trattamenti sono risultati efficaci e hanno portato ad una significativa riduzione del diametro medio delle lesioni già alla visita di controllo effettuata a 30 giorni (valori di p-value rispetto al basale: 1.2×10^{-9} per laser, 1.2×10^{-7} per crioterapia, 1.1×10^{-8} per 5-fluorouracile).

Nella valutazione della risposta al trattamento non sono emerse differenze significative tra le tre terapie anche se il 5-fluorouracile e il laser CO₂ sembravano dare risultati migliori rispetto a quelli ottenuti con la crioterapia.

Il 5-fluorouracile è stato indicato come il farmaco associato alla minor comparsa di dolore e al miglior risultato estetico con un $p < 100^{-300}$.

CONCLUSIONI

Dal momento che non sono emerse differenze significative tra le tre terapie, la scelta della modalità terapeutica dovrebbe dipendere dalle preferenze del paziente. Il 5-fluorouracile, indicato come il farmaco associato al miglior risultato estetico e alla minor comparsa di dolore, potrebbe essere suggerito a quei pazienti con una bassa soglia di sopportazione del dolore o che hanno già provato altre terapie ritenendole poco tollerabili.

Il laser CO₂ e la crioterapia hanno il vantaggio di essere terapie rapide effettuabili in una singola seduta, quindi potrebbero essere consigliate a quei pazienti che non aderirebbero ad un lungo regime terapeutico.

UTILIZZO DELLE IMMUNOGLOBULINE ENDOVENOSE ARRICCHITE IN IGM ED IGA NEL TRATTAMENTO DELLO SHOCK SETTICO: ANALISI DEL PROFILO LINFOCITARIO

Dr.ssa Maura Camolese

OBBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo shock settico è una sepsi con associata disfunzione circolatoria, cellulare e metabolica. È gravato da un elevato tasso di mortalità ed è una frequente causa di ricovero in UTI, pertanto rappresenta un problema di salute pubblica globale.

Non esistono ad oggi terapie causali per lo shock settico e, sebbene le immunoglobuline endovenose policlonali siano da decenni utilizzate come trattamento adiuvante, ad oggi ancora non è nota la loro efficacia.

Materiali e metodi: Sono state esaminate le cartelle cliniche di 131 pazienti adulti con diagnosi di shock settico, trattati in regime adiuvante con immunoglobuline endovenose arricchite in IgA e IgM (Pentaglobin®; Biotech, Dreieich, Germania) e ricoverati presso la UTI dell'Ospedale di Cattinara tra il 1 gennaio 2016 e il 31 dicembre 2019.

Il presente studio è parte del progetto SORRISO (Studio Osservazionale Registro Riattivazioni Italiane Sepsis Ospedaliere), il cui obiettivo è quello di condurre uno studio multicentrico osservazionale prospettico con lo scopo di valutare l'efficacia clinica delle immunoglobuline endovenose arricchite

in IgA e IgM (IvGAM) nel trattamento dello shock settico, che risulta essere oggetto di grande discussione nell'ambito della ricerca di nuovi trattamenti per la sepsi e lo shock settico.

RISULTATI

Lo studio ha analizzato quanti pazienti sono sopravvissuti a 28 giorni dall'inizio della somministrazione di IvGAM in regime adiuvante, l'andamento di alcune sottopopolazioni linfocitarie dosate prima dell'inizio della terapia e quindi a 1 giorno, 4 giorni, 7 giorni e 14 giorni, nonché la correlazione tra l'outcome e lo stato del sistema immunitario (inteso come concentrazione di linfociti) prima della somministrazione di IvGAM.

Analizzando l'andamento del profilo linfocitario è emerso come la somministrazione di immunoglobuline endovenose arricchite in IgA e IgM si associ, nei pazienti sopravvissuti a 28 giorni dall'inizio della terapia, a un maggior incremento nel tempo dei linfociti B, T CD3+CD45+, T helper, T suppressor, NK e linfociti totali.

Questi risultati sono promettenti per quanto riguarda l'utilizzo delle IvGAM nei pazienti adulti in shock settico e potrebbero in futuro permettere l'individuazione di sottogruppi di pazienti che beneficiano maggiormente del trattamento in questione.

CHILD AND ADOLESCENT HEALTH IN ITALY_ FINDINGS FROM THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2017

Dr. Alberto Chiandetti

IMPORTANZA

Comprendere le cause e le correlazioni della perdita di salute tra bambini e adolescenti al fine di identificare le aree di successo, di sta-

si e le minacce emergenti, facilitando in tal modo le strategie di miglioramento efficaci.

OBIETTIVO

Stimare mortalità e morbilità in bambini e adolescenti dal 1990 al 2017 suddividendo per tre fasce di età e sesso in Italia.

PROGETTO, METODI E PARTECIPANTI

Questo studio ha esaminato i livelli, tendenze e modelli spazio-temporali della mortalità causa-specifica e risultati di salute non fatali usando approcci standardizzati per l'elaborazione dei dati e l'analisi statistica. Sono state valutate le stime del *Global Burden of Diseases* dal 1990 al 2017 su bambini e adolescenti dalla nascita fino ai 19 anni in Italia. **ESPOSIZIONE** Essere al di sotto di 20 anni d'età fra il 1990 e il 2017 in Italia. **PRINCIPALI OUTCOMES E MISURE** Mortalità e disabilità. Mortalità per tutte le cause e cause specifiche, *disability-adjusted life years (DALYs)*, *years of life lost (YLLs)* e *years of life lived with disability (YLDs)*.

RISULTATI

La mortalità in bambini e adolescenti di età inferiore ai 20 anni è diminuita del 65.0% (95% UI: -69.5% – -59.5%) da 66.0 per 100,000 persone (95% UI: 64.8 – 67.3) nel 1990 a 23.1 per 100,000 persone (95% UI: 20.1 – 26.7) nel 2017. I DALYs nella popolazione di età inferiore ai 20 anni sono diminuiti del 37.9% (95% UI: -43.5 – -32.5%) da 10,370.9 per 100,000 persone (95% UI: 9,072.1 – 11,841.9) a 6,445.1 per 100,000 persone (95% UI: 5,154.1 – 7,947.8).

CONCLUSIONI

La riduzione sia della mortalità che dei DALYs nell'arco di 27 anni significa che la popolazione pediatrica Italiana non è mai stata così sana come nel 2017, sebbene il *Burden of Disease* causato dalle patologie mentali sia una delle maggiori preoccupazioni dei pediatri di oggi e di quelli futuri.

VIDEODERMATOSCOPIA 400X: UN NUOVO STRUMENTO PER LA DIAGNOSI CLINICA DEL MELANOMA

Dr.ssa Anna Cicigoi

INTRODUZIONE

I tumori della cute hanno un'incidenza in aumento ed il melanoma è il tumore cutaneo con la più elevata mortalità. Ad oggi, la diagnosi precoce è la strategia più efficiente per diminuire la morbilità e la mortalità.

In questo contesto, si sono sviluppate tecniche di imaging non invasivo come la dermatoscopia, che viene utilizzata nella routine dermatologica per l'esame delle lesioni cutanee.

Grazie al recente sviluppo della dermatoscopia ad ingrandimento di 400 volte, è possibile evidenziare la presenza di singole cellule nella cute e di altre strutture non altrimenti visualizzabili con la dermatoscopia tradizionale.

L'Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese dispone di questa tecnologia e ad oggi non esistono studi che ne valutino la sua utilità per la diagnosi clinica di melanoma. Il nostro lavoro si propone di studiare le strutture visualizzabili all'ingrandimento 400x e valutare se la loro identificazione possa essere utile per la diagnosi clinica di melanoma.

MATERIALE E METODI

È stato condotto uno studio prospettico multicentrico su pazienti che hanno effettuato una visita dermatologica, da novembre 2017 a dicembre 2019, per la prevenzione dei tumori cutanei, presso i reparti di Dermatologia dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese e dell'Ospedale Universitario di Saint-Etienne (Francia). Sono stati selezionati pazienti che presentavano lesioni cutanee suggestive di tumori melanocitari maligni e necessitavano di un'asportazione o di un follow-up di almeno 12 mesi. Le lesioni prese in esame sono state valutate in videodermatoscopia con ingrandimento 20x e 400x.

Sono state valutate variabili cliniche (data acquisizione, età, sesso, sede, fototipo e follow-up o asportazione), variabili riferibili all'ingrandimento 20x (pattern generale e 7 point checklist) e variabili riferibili all'ingrandimento 400x (presenza di cellule, caratteristiche cellulari, presenza di nidi angolati, presenza di punti e/o globuli e/o grandi globuli, presenza di vasi, presenza di strutture pigmentate non a fuoco, presenza di zone ipercheratosiche rotondeggianti e presenza di reticolo).

RISULTATI

Abbiamo incluso nello studio 79 pazienti, tra questi 47 italiani e 32 francesi. Sono state analizzate 88 lesioni (9 pazienti italiani presentavano più di una lesione sospetta) corrispondenti a 57 nevi (di cui 7 nevi di Reed/Spitz e 2 nevi blu) ed a 31 melanomi (di cui 5 melanomi in situ, 21 melanomi invasivi, 4 melanomi tipo lentigo maligna ed 1 Sampus), per un totale di 440 immagini. Le immagini sono state valutate, in base ai criteri prefissati, da un gruppo di tre dermatologi esperti di dermatoscopia del reparto di Dermatologia dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese. Sulla base dei dati analizzati, si è evidenziata la presenza di strutture statisticamente significative caratterizzanti il melanoma: cellule pigmentate con caratteristiche morfologiche differenti ($p < 0,001$), prevalenza di cellule di forma dendritica e rotondeggianti, più grandi dei cheratinociti, di dimensioni non regolari e distribuzione sparsa ($p < 0,001$), presenza di punti ($p = 0,004$), presenza di strutture non a fuoco di colore blu ($p = 0,003$), presenza di vasi ($p < 0,001$) per lo più irregolari, presenza di reticolo con pigmentazione disposta a binario che non delimita papille dermiche ben definite ($p = 0,013$) e presenza di nidi cellulari angolati ($p = 0,013$).

DISCUSSIONE

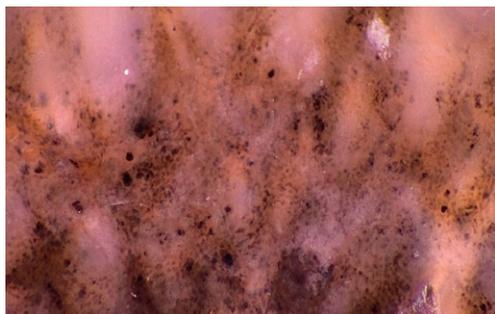
La presenza di cellule pigmentate con caratteristiche morfologiche differenti nei melanomi è correlabile alla proliferazione di cellule melanocitarie maligne atipiche di forma e dimensioni diverse. In base alle caratteristiche evidenziate, abbiamo supposto che le cellule rotonde e le cellule dendritiche, di dimensioni maggiori dei cheratinociti ed irregolari, corrispondessero a melanociti atipici (cellule maggiormente riscontrate nei melanomi), mentre le cellule di forma poligonale corrispondessero a cheratinociti pigmentati. La presenza di melanofagi, invece, è stata associata ad aree di regressione caratterizzanti il melanoma. Abbiamo ipotizzato che i punti siano causati dalla presenza di melanina libera correlata ad un aumento della proliferazione melanocitaria nei melanomi. Abbiamo riscontrato nel melanoma un aumento dei

vasi per lo più di forma irregolare, causato dall'angiogenesi tumorale. Infine, abbiamo rilevato delle papille dermiche non ben delimitate e la presenza di nidi cellulari angolati nel melanoma, caratteristiche correlabili con l'irregolarità dei nidi melanocitari. Essendo questo, uno dei primi studi sulla dermatoscopia ad ingrandimento 400x, non è stato possibile confrontare i dati con lavori precedenti.

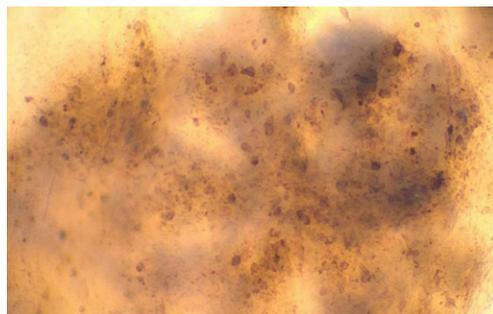
CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato come l'ingrandimento 400x possa identificare elementi, non altrimenti visualizzabili in dermatoscopia tradizionale, che permettono di aggiungere dettagli importanti per la diagnosi precoce dermatoscopica del melanoma.

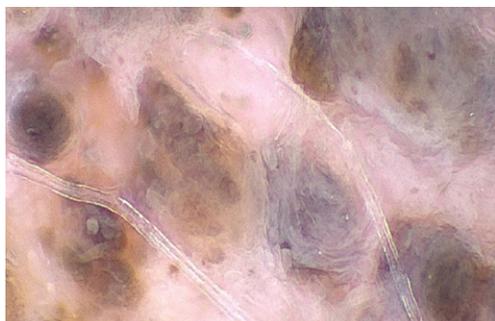
Di seguito sono state riportate alcune immagini dello studio che evidenziano strutture visualizzate in videodermatoscopia 400x, risultate statisticamente significative in lesioni melanocitarie maligne.



Cellule melanocitarie di forma rotondeggiante



Cellule melanocitarie di forma dendritica



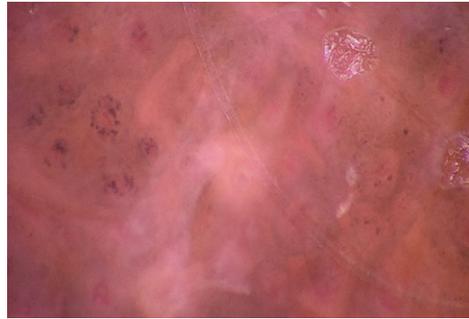
Globuli



Vasi di forma irregolare



Strutture blu non a fuoco



Papille dermiche non ben delimitate



Strutture ipercheratosiche rotondeggianti



Nidi di cellule angolati

QUANDO GLI UTENTI PROMUOVONO LA SALUTE MENTALE: CAMBIAMENTI NELLO STIGMA VERSO UNA CORTE DI STUDENTI ITALIANI

Dr. Rodrigo Cicuttin

INTRODUZIONE

Il fenomeno dello stigma nei confronti di persone con disturbi mentali è ampiamente presente in tutto il mondo ed è stato dimostrato che rappresenta un ostacolo alla riabilitazione e alla socializzazione dei pazienti psichiatrici, oltre ad essere spesso responsabile del fatto che molti non chiedono consulenza medica.

OBBIETTIVO

Lo studio si propone di valutare eventuali cambiamenti nei livelli di stigma di studenti delle scuole superiori di Pavia a seguito di tre incon-

tri, durante i quali utenti del servizio psichiatrico hanno avuto modo di confrontarsi con gli studenti e condividere le proprie esperienze.

METODI

È stata somministrata la versione in italiano del questionario CAMI ai fini di valutare, attraverso l'analisi di quattro parametri (autoritarismo, benevolenza, restrittivi sociale, idea comunitaria della salute mentale), il livello di discriminazione e pregiudizio del compilatore nei confronti di chi è affetto da disturbi mentali. Tale questionario è stato somministrato a 216 studenti, sia prima sia dopo gli incontri, per valutare eventuali differenze nel punteggio a seguito delle sessioni con gli utenti del servizio psichiatrico.

RISULTATI

I punteggi negativi (autoritarismo e restrittività sociale) sono diminuiti, mentre i pun-

teggi positivi (benevolenza e idea comunitaria della salute mentale) sono aumentati. Tali differenze sono statisticamente significative.

CONCLUSIONI

Lo studio dimostra che l'impatto di interventi territoriali, in particolare sui giovani, si rivela essere molto importante ai fini della riduzione dello stigma nei confronti di persone con disturbi mentali. Visti i risultati dopo un intervento di breve durata, si raccomanda la realizzazione di progetti con un maggior numero di incontri con lo scopo di ridurre ancora di più lo stigma.



MODIFICAZIONI DEL RITMO CIRCADIANO INDOTTE DA UN TURNO DI LAVORO NOTTURNO IN MEDICI INTERNISTI

Dr.ssa Matilde Contessa

INTRODUZIONE

Le alterazioni del ritmo circadiano sono implicate nello sviluppo di una serie di malattie che vanno dai disturbi del sonno e metabolici fino all'insorgenza di tumori maligni, dal momento che questo problema di sincronia affligge aspetti come la rigenerazione tissutale o l'invecchiamento cellulare. In particolare dal punto di vista cardiovascolare e metabolico, la desincronizzazione del ritmo circadiano predispone l'individuo allo sviluppo di patologie come ipertensione, eventi ischemici acuti ed ipertrofia cardiaca, oltre che diabete ed obesità. Secondo alcuni studi americani

ed europei, tra il 15 ed il 30% dei lavoratori adulti sono sottoposti a turnazione sul luogo di impiego e subiscono alterazioni del ritmo circadiano a causa dello svolgimento di turni notturni, trovandosi a rappresentare una popolazione a rischio per tutte le suddette patologie correlate all'asincronia circadiana.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Sulla base di questi presupposti, l'obiettivo dello studio è stato quello di valutare le alterazioni del ritmo circadiano verificatesi a carico del sistema cardiovascolare e del metabolismo in un gruppo di medici internisti. Per fare questo ci si è concentrati sulla ricerca delle modificazioni pressorie, dell'eventuale variazione dei parametri biochimici (quali cortisolo, glicemia, melatonina e markers infiammatori) e dell'eventuale cambiamento nell'espressione dei *clock genes* in relazione all'asincronia circadiana indotta dallo svolgimento di un turno notturno. Inoltre, si è voluto analizzare la possibile correlazione tra le caratteristiche del soggetto, le caratteristiche del turno notturno e l'eventuale variazione di tali parametri presi in esame.

MATERIALI E METODI

Per questi scopi è stato disegnato uno studio triennale osservazionale trasversale case-crossover. Il campione esaminato era composto da medici strutturati e specializzandi di Medicina Interna del D.A.I. di Medicina presso l'ospedale di Cattinara a Trieste, ma anche de-



gli studenti frequentanti il tirocinio abilitante post lauream. I criteri di esclusione erano l'aver patologie cardiometaboliche scompenstate, l'aver figli a carico di età inferiore ai 2 anni, l'aver concluso il periodo di ferie da meno di 3 settimane e il non aver acconsentito alla partecipazione allo studio.

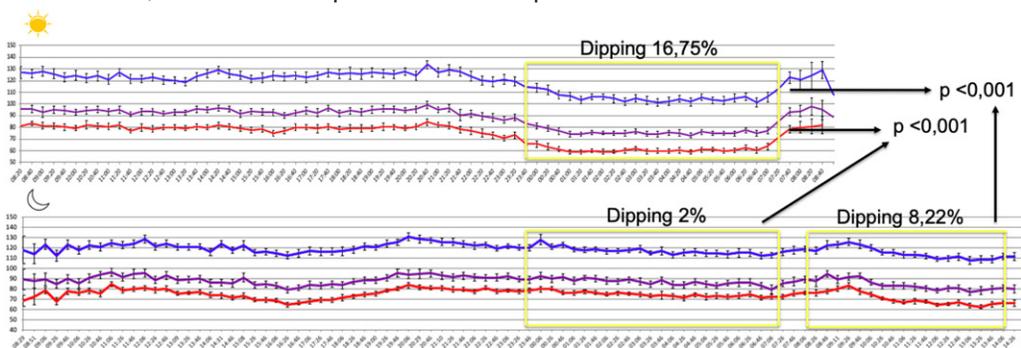
Tutti i soggetti sono stati studiati durante una giornata che comprendeva lo svolgimento di un turno diurno, nella quale sono stati raccolti anche dati anamnestici e dati antropometrici, e durante una giornata che comprendeva lo svolgimento di un turno notturno, nella quale sono state raccolte anche le caratteristiche del turno notturno stesso ed è stato richiesto di dare un giudizio sulla faticosità percepita del turno appena svolto. Ciascuno ha eseguito un monitoraggio pressorio con dispositivo Holter per la durata di 24 ore nella giornata di controllo (con svolgimento del turno diurno) e per la durata di 30 ore nella giornata di esposizione al turno notturno. In questo modo è stato possibile raccogliere anche i dati inerenti al periodo di riposo successivo al turno notturno. Il dispositivo Holter 24-ore Spacelabs Medical DPI: 600 V2.0.9 è stato posizionato presso l'ambulatorio C.I.E.U. (Centro Interdisciplinare Interdi-

pulsatoria (PP) ogni 20 minuti, per un totale di circa 360 valori registrati durante la giornata di controllo e di circa 450 valori durante la giornata di lavoro notturno.

Alle 8:00 del mattino seguente ad entrambe le giornate, sono stati effettuati dei prelievi ematici dai quali si è andati a valutare da una parte i valori di glicemia, cortisolo, melatonina e markers infiammatori, e dall'altra l'espressione genica di BMAL, CLOCK, PER e CRY grazie all'estrazione dell'RNA dai linfo-monociti periferici.

RISULTATI

Per quanto riguarda le modificazioni pressorie, il dato che viene primariamente evidenziato è la modifica del dipping. Si è visto infatti come nella giornata di controllo il dipping medio registrato era del 16,75%, mentre nella giornata di esposizione il dipping medio era solo del 2%. Quello che è interessante osservare è che anche durante il periodo di riposo successivo al turno notturno, il dipping medio registrato si trovava al di sotto dei valori fisiologici (8,22%) compresi normalmente tra 10 e 20 %.



partimentale di Emodinamica Ultrasonografica) dell'Ospedale di Cattinara (Trieste) ed ha registrato i valori di pressione sistolica (SBP), pressione diastolica (DBP), pressione media (MBP), frequenza cardiaca (HR) e di pressione

La pressione arteriosa tende a rimanere più alta sia durante le ore notturne in cui la persona è sveglia per svolgere il turno sia durante il periodo di recupero post-notte, rispetto alla giornata di controllo (p < 0,001 in entrambi

i casi). L'innalzamento pressorio si è rivelato riguardare soprattutto la pressione arteriosa diastolica, la quale presenta una differenza statisticamente significativa tra giornata di controllo e giornata di esposizione sia che si consideri solo il periodo di veglia (8:00-20:00), sia che si consideri solo il periodo di sonno (20:00-8:00), sia che si guardino i dipping ma anche la PAD media delle 24 ore. Inoltre il sesso femminile sembra correlare con una maggior variazione della pressione arteriosa sistolica ed una maggior variazione di dipping sistolico tra le due giornate. Per quanto riguarda invece le caratteristiche generali del soggetto, è stato riscontrato che chi aveva un BMI maggiore vedeva registrati valori pressori maggiori e valori inferiori di dipping.

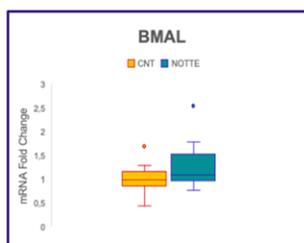
Per quanto riguarda i parametri biochimici, tra quelli analizzati solo il cortisolo si è dimostrato variare significativamente tra le due giornate all'interno della popolazione maschile ($p=0,04$), innalzandosi. Si può ipotizzare che, sebbene in letteratura sia documentato un rialzo di IL-1, IL-6, PCR e TNF, una sola notte di lavoro non sia sufficiente a generare questa variazione di espressione dei mediatori.

Un risultato differente rispetto a quello che ci si attendeva è emerso dalle analisi di correlazione tra i valori pressori e le caratteristiche del turno notturno: in questo caso non si è riscontrata una relazione tra lo stress attribuibile al turno notturno e la conseguente

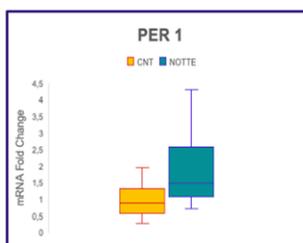
variazione dei livelli pressori, se non per un unico parametro, ovvero il giudizio dato sulla faticosità del turno svolto. Si è evidenziato infatti che chi ha giudicato il turno notturno "poco" faticoso ha visto registrate una PAS e una PAD medie inferiori durante il turno stesso, rispetto a chi invece ha percepito il periodo lavorativo come maggiormente intenso. L'espressione genica è risultata ampiamente influenzata dal disallineamento circadiano: appare incrementata in particolare la trascrizione di PER1 ($p=0,04$), ma anche di BMAL ($p=0,09$) e CRY2 ($p=0,02$); tuttavia quest'incremento non si è rivelato essere correlato all'innalzamento dei valori pressori.

CONCLUSIONI

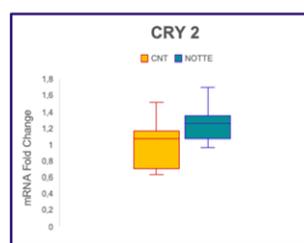
Da questo studio si è potuto concludere quindi che il lavoro notturno ha un impatto negativo sulla salute cardiovascolare dei medici internisti, in quanto riduce l'ampiezza del dipping nel periodo di riposo post notte lavorativa. Il BMI dei soggetti influenza i valori pressori innalzandoli, e questo sottolinea l'importanza nel mantenere un peso adeguato per assicurare un buon funzionamento cardiovascolare. La faticosità del turno incide negativamente sulla salute cardiovascolare, portando ad un innalzamento della pressione arteriosa in risposta ad un maggior carico di lavoro. Infine, l'espressione dei clock genes viene influenzata anche da un solo turno notturno, aumentando la trascrizione e traduzione di BMAL, PER1 e CRY2.



$p = 0,09$



$p = 0,04$



$p = 0,02$

RESPIRATORY SYNCYTHIAL VIRUS, AN UNDERESTIMATED PATHOGEN IN THE ELDERLY

Dr. Jacopo Conti

Il virus respiratorio sinciziale (VRS) è un virus capsulato con genoma costituito da RNA negativo a singolo filamento, appartenente alla famiglia degli *Pneumovirus*. Il suo ruolo come patogeno della fascia d'età pediatrica è ben caratterizzato e studiato da tempo, ultimamente però sta venendo sempre più riconosciuto come patogeno importante nell'anziano (>65 anni) con elevati tassi di mortalità e morbilità.

Con la recente introduzione di metodiche diagnostiche molecolari eseguibili in prossimità del paziente (ad esempio la PCR real time a retro trascrizione) è stato possibile definirne più accuratamente la reale situazione epidemiologica e in tal modo di sottolineare come il VRS presenti una prevalenza simile a quella dell'influenza non pandemica, gravata però da maggior morbilità e mortalità.

Sono disponibili ad oggi solo due agenti antivirali approvati: la ribavirina per il trattamento ed il palivizumab per la prevenzione. Purtroppo la loro efficacia è stata messa in discussione, in più il loro costo elevato li rende inadatti alle attuali necessità terapeutiche. Diversi trial clinici stanno testando le potenzialità di nuovi agenti antivirali e si spera che nel prossimo futuribile siano resi disponibili nella pratica clinica. Altri studi sono comunque necessari affinché le vere dimensioni del problema del VRS nell'anziano siano meglio inquadrare.

Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo in un ospedale spagnolo terziario, da settembre 2017 ad aprile 2018 (stagione influenzale). La popolazione dello studio è

costituita da pazienti con più di 65 anni con malattia simil-influenzale acquisita in comunità o in ambiente ospedaliero/assistenziale, secondo i criteri del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC). I campioni sono stati analizzati usando un test rapido molecolare (Xpert® Flu/RSV). I pazienti positivi al VRS sono stati comparati con pazienti positivi all'influenza, stratificati per età e successivamente selezionati in maniera casuale. L'obiettivo primario dello studio è stato definire la mortalità durante l'ospedalizzazione. Obiettivi secondari sono stati: determinare l'incidenza dell'infezione da VRS, valutare le comorbidity presenti, l'utilizzo e la durata dell'eventuale terapia antibiotica, la durata di ricovero e l'eventuale ingresso in medicina intensiva.

Dei 4009 campioni processati durante il periodo di studio, 2441 (60.9%) appartenevano a pazienti > 65 anni, di cui 842 (34.5%) sono risultati positivi: 394 (16%) per l'influenza A; 289 (12%) per l'influenza B e 159 (6.5%) per il VRS. Dal confronto tra VRS positivi ed influenza positivi è emerso che i VRS presentavano un maggior grado di comorbidity, espresso dall'indice di Charlson (6.08 contro 5.40; $p = 0.005$) e l'acquisizione era stata più frequentemente associata all'assistenza sanitaria (44/159, 27.7% vs 23/159, 14.5%; $p = 0.006$). Avevano anche ricevuto sensibilmente meno trattamenti antivirali (2/159, 1.25% vs 119/159, 75%; $p < 0.001$). I tassi di ospedalizzazione sono risultati simili tra VRS ed influenza (128/159; 80.5% for RSV and 129/159; 81.1% for influenza), ma la durata media di ricovero è risultata essere leggermente maggiore per i pazienti colpiti da influenza (11.2 giorni contro 8.6). L'ingresso in terapia intensiva si è reso necessario so-

lamente in 3 pazienti con RSV e in 5 pazienti con influenza. La mortalità è stata altresì maggiore nei pazienti affetti da RSV (20/159, 12.5% vs 12/59, 7.5%; $p = 0.5$).

Il virus respiratorio sinciziale è una causa importante di infezioni respiratorie durante la stagione influenzale. È importante che gli operatori sanitari che si occupano di pazienti anziani vengano resi edotti della prevalenza e dell'importanza di questo patogeno in questa particolare popolazione, in modo che ciò si rifletta positivamente in vari ambiti: adozione di adeguate misure di isolamento per evitare lo scoppio di epidemie; migliore identificazione di pazienti a rischio e una pronta gestione delle prevedibili complicanze; razionalizzazione nell'uso di antibiotici ed antivirali. Una presa di coscienza in tal senso porterebbe ad una riduzione globale di mortalità, morbilità e spese sanitarie.

-7/+10, la mutazione del *TERTp* e l'amplificazione di *EGFR*. Le forme che presentano almeno una di queste alterazioni, andrebbero riclassificate come grado IV.

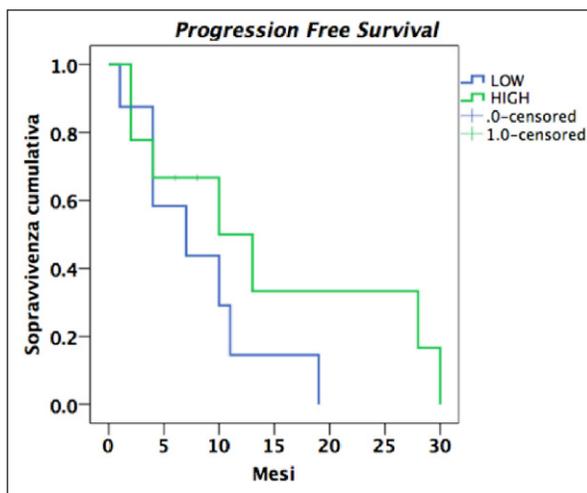
Lo scopo di questa tesi era dunque quello di ricercare tramite tecniche di sequenziamento di nuova generazione (NGS) all'interno della casistica del reparto di Neurochirurgia dell'ospedale di Udine quanti di questi astrocitomi fossero *TERTp* mutati e/o *EGFR* amplificati (il riarrangiamento cromosomico è stato tralasciato per motivi tecnici) e se la prognosi fosse effettivamente peggiore. Sono stati analizzati 24 campioni (9 grado II, 15 grado III) appartenenti a 24 pazienti (24-77 anni, mediana 55 anni).

Per quanto riguarda i risultati, dal punto di vista tecnico la NGS è confermata una metodica affidabile per la diagnostica di routine. Considerando la sopravvivenza globale (OS), l'età alla diagnosi (HR 1.098, IC95% 0.99-1.21; $p=0.05$) è risultato essere l'unico parametro associato in maniera statisticamente significativa. Esiste inoltre un trend, anche se non significativo ($p=0.08$), in favore dei pazienti con numero di alterazioni del numero di copie (CNV) inferiori al numero mediano (4).

CARATTERIZZAZIONE MOLECOLARE DEGLI ASTROCITOMI DIFFUSI, IDH WILD-TYPE

Dr. Davide Femia

Negli astrocitomi di grado II e III IDH wild-type, a differenza degli altri gliomi nei quali l'aggressività biologica correla molto con il dato istologico e genetico, la prognosi è eterogenea. Al fine di aiutare il chirurgo e il paziente a scegliere la terapia più adatta, sono stati cercati diversi predittori prognostici. Dopo revisione della letteratura, il gruppo di lavoro del WHO cIMPACT NOW ha proposto come indicatori il riarrangiamento



Considerando invece la sopravvivenza libera da progressione (PFS), la radioterapia è l'unico fattore protettivo (HR 0.089, IC95% 0.010-0.815; $p=0.032$). Sia per la PFS che per la OS i dati sono coerenti con la letteratura.

La maggior parte dei campioni (63%) è risultata positiva ad almeno una delle alterazioni ricercate. Dal punto di vista dell'OS, i gliomi che sono stati riclassificati sembrano avere una OS inferiore (28 mesi contro 58 mesi; $p=0.106$).

Per quanto manchi la significatività statistica, sembra confermata l'efficacia della riclassificazione nel distinguere due sottogruppi caratterizzati da prognosi differenti e dunque meritevoli di approcci terapeutici diversi.

CREDENZE E ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI CON MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA DELL'INTESTINO E DEI LORO GENITORI

Dr.ssa Federica Grazian

INTRODUZIONE

Le Malattie Infiammatorie Croniche intestinali (MICI) hanno un'origine multifattoriale. Nella genesi della patologia gioca un ruolo l'interazione tra predisposizione genetica, alterazione del sistema immunitario e microbioma intestinale dell'ospite e fattori ambientali che includono anche l'alimentazione. L'ipotesi di un contributo di fattori ambientali nella genesi e andamento della malattia è rafforzato dall'evidenza di un incremento dei tassi di incidenza e prevalenza della MICI non solo nei Paesi industrializzati ma anche in quelli in via di sviluppo come probabile effetto di una occidentalizzazione del loro stile di vita, alimentazione compresa. Benchè sia noto che la dieta giochi verosimilmente un ruolo importante nella storia dei pazienti con MICI, sia da un punto di vista etiologico che, in par-

te, terapeutico, non è ben chiaro che cosa pensino i bambini e i loro genitori e conseguentemente quali siano le loro scelte alimentari e da quali fonti siano tratte.

OBIETTIVI

Lo studio si propone di indagare le credenze e le abitudini alimentari dei pazienti pediatrici affetti da MICI e dei loro genitori rispetto a dei controlli sani. Nel dettaglio: 1) valutare la presenza eventuali credenze o preconcetti relativi al ruolo dell'alimentazione nei confronti della malattia; 2) valutare la presenza di restrizioni dietetiche autonome; 3) valutare il grado di adesione dei pazienti alla dieta mediterranea.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico caso-controllo basato sulla somministrazione di 4 questionari di cui due inerenti abitudini e credenze relative all'alimentazione (una versione per i pazienti e una per i genitori), un diario alimentare (FFQ- Food Frequency Questionnaire) ed un questionario per valutare il grado di adesione alla dieta mediterranea. Sono stati arruolati pazienti di età compresa tra 8 e 20 anni con diagnosi di MICI secondo i criteri di Porto da almeno 6 mesi. Come controlli sono stati inclusi pazienti di pari età e sesso non affetti da MICI, provenienti dalle stesse aree geografiche, aventi patologie che non richiedono un approccio dietetico specifico o particolari restrizioni alimentari.

RISULTATI

Hanno partecipato allo studio 55 pazienti con diagnosi di MICI e 55 controlli. Sono stati arruolati 85 genitori di pazienti con MICI (49 madri e 36 padri) e 56 dei controlli (44 madri

e 12 padri). L'analisi delle risposte ai questionari ha evidenziato la presenza in pazienti e genitori di alcune credenze relative al ruolo dell'alimentazione nei confronti della malattia. Nello specifico una quota non trascurabile di genitori reputa che alcuni cibi, in particolare la carne bianca, agiscano positivamente a livello intestinale facendo cessare prima una ricaduta (29% dei pazienti, 41 % delle madri, 42 % dei padri) o migliorandone i sintomi (18% dei pazienti, 39% delle madri, 19% dei padri) mentre la maggior parte dei soggetti (44 % dei pazienti, 57% delle madri, 61% dei padri) crede che determinati alimenti, in particolare latte e verdura, possano peggiorare la sintomatologia della malattia. In particolare sono state rilevate differenze nel consumo di verdura cruda e cotta (almeno una volta al giorno $p = 0.03$), carne bianca (almeno una volta alla settimana $p = 0.02$, almeno una volta al mese $p = 0.08$) e latte (almeno una volta al giorno $p = 0.01$, mai $p = 0.06$).

CONCLUSIONI

I pazienti con MICI e i loro genitori hanno delle credenze relative all'alimentazione che si traducono in una parziale selettività dal punto di vista alimentare. È emerso inoltre un interesse da parte delle famiglie nei confronti della dieta, reso evidente dalla ricerca di consigli alimentari da più fonti differenti e dal desiderio manifestato di essere guidati da una figura professionale esperta nel campo. Per concludere dunque creare dei programmi di educazione alimentare basati sulle evidenze scientifiche potrebbe essere utile per aiutare pazienti e famiglie nelle loro scelte alimentari.

VALUTAZIONE DEI FATTORI PROGNOSTICI ASSOCIATI ALLE METASTASI LOCO-REGIONALI E DISTALI DEL MELANOMA CUTANEO PRIMARIO IN CHIRURGIA PLASTICA. STUDIO CLINICO SPERIMENTALE RETROSPETTIVO DAL 2014 AL 2019

Dr.ssa Caterina Liudmila Graziani

BACKGROUND

La comprensione dei fattori prognostici associati alle metastasi loco-regionali e distali permette di attuare uno stretto follow up clinico e oncologico nei pazienti a rischio e di implementare la prevenzione al fine di diagnosi e trattamento precoci.

METODI

È stata eseguito uno studio clinico sperimentale retrospettivo in cui sono stati valutati tutti i pazienti con melanoma cutaneo dal gennaio 2014 al dicembre 2019 per un totale di 368 lesioni e 352 pazienti presso la UCO di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica dell'ASUGI. Sono state valutate le caratteristiche cliniche e patologiche dei tumori: istotipo, sede di presentazione della lesione, dimensione, distanza della lesione dal margine laterale e profondo di escissione, radicalità dell'escissione, allargamenti di lesioni precedentemente asportate, stadiazione TNM, ulcerazione, spessore di Breslow, linfonodo sentinella, evidenza di recidiva locale, metastasi in transit e metastasi a distanza. Inoltre sono state valutate le caratteristiche dei pazienti in cui si è evidenziato il decesso, la sopravvivenza globale (OS) e l'indice di sopravvivenza complessiva (OSR).

RISULTATI

Su 352 pazienti, il 1,90% presentava metastasi in transit e il 3% metastasi distali, non si è evidenziata alcuna recidiva locale. La dimen-

sione della lesione dei pazienti con metastasi in transit è risultata essere un fattore prognostico, mentre non lo è nel caso delle metastasi distali. Dall'analisi statistica la presenza dell'ulcerazione, lo spessore di Breslow, il linfonodo sentinella, il coinvolgimento dei margini della lesione primaria, il TNM della lesione primaria, l'stotipo, la sede, l'età e il genere dei pazienti non risultano essere fattori prognostici. In corso di follow up, sono stati rilevati 18 decessi (4.89%). La sopravvivenza globale (OS) è mediamente di 16 ± 15 mesi e l'indice di sopravvivenza complessiva (OSR) decresce con un tasso a 1 anno del 97.24% fino al 94.79% a 5 anni.

CONCLUSIONI

Le limitate coorti di metastasi loco-regionali e distali hanno reso difficile la correlazione delle recidive con altre variabili. Tali pazienti potrebbero rientrare in uno studio clinico sperimentale prospettico, al fine di ampliare la coorte di studio. È fondamentale una esaustiva valutazione patologica al momento della resezione chirurgica al fine di individuare le caratteristiche cliniche e patologiche che rappresentano fattori prognostici associati alle metastasi loco-regionali e distali.

LO STRESS OSSIDATIVO NELL'ENDOMETRIOSI. IPOTESI PATOGENETICA E RUOLO DELLA TERAPIA

Dr.ssa Martina Laganà

INTRODUZIONE

Sebbene diverse teorie siano state elaborate per spiegare la patogenesi della malattia, oggi sappiamo che l'endometriosi è una patologia multisistemica, che coinvolge processi endocrini, immunologici, pro infiammatori e proangiogenici.

Lo stress ossidativo, in quest'ottica, potrebbe risultare un fattore chiave coinvolto nell'eziologia e nella progressione della patologia. Diversi studi suggeriscono che lo stress ossidativo sia una componente della risposta infiammatoria locale che caratterizza questa patologia e ricollegano l'eccesso di specie reattive nella cavità peritoneale, al fenomeno della mestruazione retrograda, che rappresenta l'ipotesi al momento più accreditata per spiegare l'insorgenza dell'endometriosi. Si ritiene che una disregolazione del sistema di immunosorveglianza, documentata nelle donne affette, comprometta la clearance del materiale migrato in cavità peritoneale, con conseguente accumulo di eritrociti, cellule endometriali apoptotiche e detriti, tutti elementi pro-ossidanti. Scopo dello studio è la valutazione del bilancio ossidativo nelle donne che abbiano ricevuto diagnosi di endometriosi, rispetto ai soggetti sani, al fine di dimostrarne il ruolo fisiopatologico. Inoltre ci si prefigge di verificare il ruolo della terapia estroprogestinica/progestinica (terapia cardine dell'endometriosi) nella modificazione della condizione di stress ossidativo, nelle donne affette e nelle donne non affette da endometriosi.

MATERIALI E METODI

Nel presente studio sono state reclutate 74 pazienti, arruolate da dicembre 2018 fino a marzo 2020 e suddivise in due gruppi. Nel primo gruppo sono state incluse 52 pazienti, con la diagnosi di endometriosi. Le restanti 22 pazienti costituiscono invece il gruppo di controllo. A tutte le pazienti in studio è stata prescritta terapia estro-progestinica o progestinica con dienogest 2 mg; dienogest 2 mg/0.03mg etinilestradiolo; dienogest/estradiolo valerato a dosaggio multifasico.

Tutte le pazienti sono state sottoposte a misurazione dello stress ossidativo a digiuno alle ore 8.00, medianamente l'esecuzione del FORT-test (Free Oxygen Radicals Testing) e FORD-test (Free Oxygen Radical Defence) in tre momenti; durante la fase follicolare, durante la fase luteinica e dopo quattro mesi di terapia.

RISULTATI

È stata evidenziata una differenza statisticamente significativa tra casi e controlli nei valori FORT (p value 0,037) e nel rapporto FORT/FORD (p value 0,05), entrambi significativamente maggiori nei casi. La valutazione dopo quattro mesi di terapia ha rilevato nel gruppo di controllo livelli significativamente maggiori sia di FORT (p 0.003), sia di FORD (p 0.0126). Le variazioni nel rapporto FORT/FORD appaiono invece trascurabili. Nel gruppo dei casi, non è stata rilevata nessuna differenza significativa nei valori FORT, dopo quattro mesi di terapia. Al contrario, i valori FORD hanno mostrato un incremento significativo (p= 0,0126). Infine, a quattro mesi, è stata osservata una riduzione significativa del rapporto FORT/FORD (p=0,0017).

CONCLUSIONI

In conclusione, in base ai risultati ottenuti, è possibile affermare che la presenza di endometriosi si accompagna ad un aumento dello stress ossidativo, confermando il potenziale ruolo patogenetico o fisiopatologico, che le specie reattive rivestono nella determinazione della malattia.

In relazione al trattamento con estroprogestinici o progestinici, nelle donne affette, tali farmaci si sono dimostrati efficaci sul fronte dello stress ossidativo, ripristinando il normale equilibrio tra specie ossidanti e composti antiossidanti.

LA SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO NELLE PATOLOGIE CRONICHE: PROSPETTIVE NEUROLOGICHE

Dr.ssa Margherita Langella

BACKGROUND

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS) è un disturbo neurologico che coinvolge sia il sistema motorio che il sistema sensitivo. I pazienti lamentano sensazioni di fastidio e dolore agli arti inferiori, che peggiorano soprattutto verso sera e con il riposo. Per questo motivo tendono a muovere strenuamente gli arti, perché con il movimento e l'attività fisica la sintomatologia tende a migliorare. La prevalenza della RLS è circa del 5-15% nella popolazione generale ed esistono condizioni predisponenti lo sviluppo della patologia, come gravidanza, anemia sideropenica, cirrosi epatica ed insufficienza renale cronica. La fisiopatologia della RLS non è del tutto chiara ma sembrano essere coinvolti alterazioni del metabolismo del ferro e dei circuiti dopaminergici.

OBIETTIVI

Tra gli obiettivi del nostro studio c'era, prima di tutto, quello di capire in che modo la sindrome delle gambe senza riposo si sviluppa in pazienti con cirrosi epatica e insufficienza renale cronica. Inoltre abbiamo cercato un trattamento adeguato da proporre a queste due popolazioni di pazienti, senza causare particolari effetti collaterali. E infine abbiamo voluto studiare lo sviluppo di complicanze correlate alla terapia assunta, come l'aumentazione.

METODI

Per questo studio sono stati reclutati dal 1° giugno 2008 al 1° dicembre 2017 300 pazienti con insufficienza epatica cronica pro-

venienti dal Centro studi fegato dell'Università di Trieste e 99 pazienti con insufficienza renale cronica. Tutti lamentavano sintomi neurologici come disturbi del sonno, sensazioni dolorose agli arti inferiori e sonnolenza diurna. Sono quindi stati seguiti dalla Clinica Neurologica dell'Università di Trieste e hanno fatto un follow up di almeno 24 mesi. Di tutti i pazienti sono stati raccolti alla prima visita i principali parametri ematici, che hanno dimostrato alterazioni nei livelli di ferro ematico libero, folati, vitamine B12 e D e ferritina. Inoltre tutti i pazienti sono stati sottoposti a questionari per valutare il grado di depressione (Hamilton Rating Scale), di qualità del sonno (Sleep Quality Assessment), di sonnolenza diurna (Epworth Sleepiness Scale) e per valutare la severità della sintomatologia nervosa (International Restless Legs Syndrome Study Group evaluation). È stato infine proposto ai pazienti un trattamento che prevedeva come farmaco di prima scelta il Pramipexolo e come seconda scelta il Gabapentin.

RISULTATI

Tutti i 399 pazienti hanno iniziato il trattamento con il Pramipexolo alla dose di 0,18 mg. Questo farmaco è stato ben tollerato da tutti i pazienti nefropatici e solo da 160 epatopatici. 99 pazienti con insufficienza epatica cronica hanno sospeso il trattamento e i restanti 41 hanno iniziato la terapia con il Gabapentin alla dose di 300 mg. L'augmentation si è sviluppata in tutti i pazienti in trattamento con Pramipexolo.ueQue

CONCLUSIONI

La cirrosi epatica e l'insufficienza renale cronica possono essere considerati come fattori di rischio per lo sviluppo della sindrome delle gambe senza riposo. Con questo studio proponiamo la terapia con Pramipexolo per il trattamento di questi pazienti e, in caso di effetti collaterali, il Gabapentin può essere con-

siderato il farmaco di seconda scelta. Infine abbiamo osservato lo sviluppo dell'augmentation nei pazienti in trattamento con Pramipexolo, a dosi concordi con quelle riportate in letteratura. Inoltre, in base ai nostri risultati, c'è la tendenza a pensare che questo fenomeno si sia sviluppato anche nei pazienti in terapia con Gabapentin.

EFFECTS OF INTRAOPERATIVE AUDITORY STIMULATION ON PAIN AND AGITATION AT AWAKENING AFTER PAEDIATRIC ADENOTONSILLECTOMY - 4 ARMS, DOUBLE-BLINDED, RANDOMIZED, CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Dr.ssa Cecilia Lezcano

BACKGROUND

L'adenotonsillectomia (AT) è una delle procedure chirurgiche pediatriche più comuni. La gestione del dolore e dell'agitazione al risveglio da adenotonsillectomia è ancora una questione controversa. Considerazioni sulla sicurezza limitano l'uso di oppioidi e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), portando ad un controllo inadeguato degli alti livelli di dolore post AT provato dai piccoli pazienti. Insieme agli antidolorifici, le strategie non farmacologiche hanno un notevole impatto sulla gestione del dolore nei bambini. Una metanalisi pubblicata su Lancet nel 2015 [1] riporta che la stimolazione uditiva intraoperatoria ha un effetto significativo sulla riduzione del dolore, sull'utilizzo di analgesici e sull'ansia postoperatoria degli adulti. Hole et al. [1] hanno concluso che esistono evidenze sufficienti per implementare la stimolazione uditiva nel trattamento perioperatorio ed intraoperatorio di tutti i pazienti chirurgici adulti, indipendentemente dalle

modalità di somministrazione. Le vie uditive rimangono, infatti, attive anche durante l'anestesia generale con vari livelli di attivazione corticale (fino alla rara evenienza dell'anestesia cosciente).

Fino ad ora, nessuna ricerca ha studiato gli effetti della stimolazione uditiva intraoperatoria sul dolore e l'agitazione al risveglio da AT nella popolazione pediatrica.

OBIETTIVO

L'obiettivo principale dello studio è quello di valutare gli effetti della stimolazione uditiva intraoperatoria sull'intensità del dolore e dell'agitazione del bambino al risveglio dall'anestesia generale.

METODI

Lo studio è un trial clinico randomizzato controllato, monocentrico, a quattro gruppi paralleli, in doppio cieco, approvato dal Comitato Etico (615/2016, CI M / 11) e pubblicato su ClinicalTrials.gov. Sono stati arruolati pazienti pediatriche sottoposti ad adenotonsillectomia presso la SC Audiologia e Otorinolaringoiatria, IRCCS materno infantile "Burlo Garofolo", Trieste.

I consensi informati relativi alla partecipazione allo studio sono stati ottenuti per tutti i partecipanti.

Le quattro braccia dello studio corrispondono al diverso tipo di stimolazione uditiva (o alla sua assenza) somministrata durante l'intervento di AT:

1. rumore a bassa frequenza, ritmico ed impulsivo - battito del cuore, effetto "Mother's lap";
2. armonia classica, con ampio spettro di frequenze-traccia musicale, effetto "Mozart";
3. assenza di stimolazione uditiva - effetto mascherante sul rumore ambientale attraverso l'utilizzo degli inserti auricolari (Earplug);

4. assenza di stimolazione e di inserti auricolari, cioè il gruppo di controllo, condizione corrispondente allo standard di cura attuale.

La soglia uditiva, la timpanometria e la soglia del riflesso stapediale sono stati ottenuti all'esame audiometrico prima dell'intervento. La stimolazione uditiva ad un'intensità di comoda udibilità corrispondente a 45 dB SL500-4000Hz, è stata garantita da un audiometro calibrato che adattava l'impedenza degli inserti a quella del riproduttore, evitando distorsioni del segnale. I livelli di rumore ambientale durante la procedura chirurgica sono stati monitorati con un fonometro calibrato. Sono state escluse le misurazioni in cui il rumore ambientale ha sopraffatto i livelli di stimolazione uditiva.

RISULTATI

I bambini arruolati nei 3 bracci sperimentali hanno dimostrato una significativa riduzione del dolore e dell'agitazione al risveglio dall'anestesia generale, rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,001$).

Il gruppo "Mozart" 2.0 (0.0-5.0) ha mostrato livelli di dolore significativamente più bassi rispetto al gruppo di controllo 7.0 (6.0-8.0) ($p < 0.001$) e al gruppo "Earplug" 6.0 (3.0-9.0) ($p = 0.004$).

I livelli di agitazione nel gruppo "Mother's lap"; erano significativamente più bassi rispetto al gruppo "Earplug" e al gruppo di controllo ($p = 0.005$, $p < 0.001$ rispettivamente). Sono state trovate differenze significative sull'agitazione anche tra il gruppo "Mozart" 9.0 (0.0-13.0) e il gruppo di controllo 14.0 (11.3-16.8) ($p = 0.001$).

CONCLUSIONE

Una stimolazione uditiva controllata durante l'intervento riduce significativamente il dolore e l'agitazione al risveglio da

adenotonsillectomia nei bambini.

Rispetto al gruppo di controllo, le braccia in trattamento sperimentale mostrano dei risultati statisticamente significativi.

Il gruppo "Mozart" presenta risultati migliori nel controllo del dolore mentre il gruppo "Mother's lap" mostra maggiori risultati sull'agitazione al risveglio.

La stimolazione uditiva come intervento adiuvante non farmacologico ha un potenziale nel ridurre il dolore e l'agitazione nei bambini sottoposti ad intervento chirurgico. Potrebbe essere un'alternativa facile da usare, a basso costo e senza effetti collaterali da affiancare alla terapia farmacologica.

HPV IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA

Dr.ssa Angelica Loprete

BACKGROUND

Il carcinoma della cervice uterina è il quarto tumore più frequente nelle donne nel mondo. In Italia i nuovi casi ammontano a 3.105 nel 2018, con un'incidenza di 7.1 per 100.000 abitanti nel 2018. L'infezione persistente di HPV16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 (classificati dallo IARC come ad alto rischio oncogeno) è la condizione necessaria, ma non sufficiente, per lo sviluppo, il mantenimento e la progressione del carcinoma. In molti Paesi del mondo sono attivi piani di screening per l'identificazione precoce di infezione (HPV-test) e di lesioni citologiche premaligne (Pap-test). Dal 2006 sono disponibili, inoltre, dei vaccini profilattici contro HPV, che vengono somministrati in età puberale. I fattori prognostici più importanti sono lo stadio della malattia e il coinvolgimento linfonodale.

SCOPO

Lo scopo dello studio è quello di (i) valutare la presenza del genoma di HPV nei linfonodi asportati chirurgicamente come un possibile fattore prognostico negativo per le recidive di malattia e come una possibile alternativa all'esame microscopico per la ricerca delle metastasi linfonodali e (ii) valutare l'efficacia della vaccinazione adiuvante post-chirurgica nella prevenzione delle recidive di malattia.

MATERIALI E METODI

Lo studio di tipo longitudinale/prospettivo è condotto all'Università degli Studi di Parma da Gennaio 2006 a Settembre 2008 presso l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia, e dalla U.O.C. Clinica Ginecologica Ostetrica dell'Università degli Studi di Padova da Novembre 2004 a Dicembre 2006 e da Settembre 2010 a Marzo 2018. 42 pazienti in stadio IA-IIB (FIGO) rientrano nei criteri di inclusione e vengono arruolate. Ciascuna paziente viene trattata chirurgicamente con isterectomia e linfoadenectomia pelvica sistematica. Viene ricercato HPV nel tumore primitivo (42 campioni) e nei linfonodi (115 campioni), che sono anche analizzati istologicamente per la ricerca di metastasi (754 campioni). La ricerca e la genotipizzazione di HPV viene eseguita tramite INNO-LiPA HPV Genotyping Extra (Innogenetics) e Realquality RQ-HPV HR/LR Multiplex (AB Analitica, Padua, Italy). Alcune pazienti si sottopongono alla vaccinazione adiuvante con Gardasil® o Gardasil®9.

RISULTATI

La ricerca del DNA virale risulta positiva per HPV in 36 (86%) biopsie tumorali e in 84 (73%) linfonodi asportati. All'esame di genotipizzazione, il genotipo 16 è il più frequente: 52% nella cervice e 46% nei linfonodi. 82

(71%) linfonodi positivi ad HPV sono anche metastatici. L'associazione tra presenza di HPV nei linfonodi e metastasi linfonodali risulta statisticamente significativa. L'associazione tra presenza di HPV nei linfonodi e recidiva non risulta statisticamente significativa. 12 (29%) pazienti, dopo l'intervento, vengono vaccinate contro HPV. 4 (10%) pazienti hanno una recidiva nel periodo di osservazione. Nessuna di esse si è sottoposta alla vaccinazione. L'associazione tra vaccino e recidive non è risultata statisticamente significativa.

CONCLUSIONI

La presenza di HPV nei linfonodi, sebbene possa essere considerata come indicatore della presenza di metastasi linfonodali e dello stadio clinico avanzato, non può essere considerata come fattore predittivo di recidiva. I dati dello studio, inoltre, indicano che la somministrazione del vaccino contro HPV come terapia adiuvante non ha efficacia nella prevenzione delle recidive.

ISCHEMIA CRITICA ARTI INFERIORI E PREVENZIONE DELLA RESTENOSI POST RIVASCOLARIZZAZIONE: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO SUL TRATTAMENTO MEDICO ADIUVANTE

Dr.ssa Irene Malni

INTRODUZIONE

L'ischemia critica è una condizione di grande interesse medico e chirurgico che espone il paziente a un elevato rischio di amputazione e mortalità. Grazie agli interventi di rivascularizzazione, in molti casi è possibile salvare l'arto, ma le stesse procedure chirurgiche, pur essendo minimamente invasive, causa-

no uno stress sull'endotelio che favorisce la restenosi del vaso. Il tasso di restenosi post-rivascularizzazione è circa del 30%, un dato significativo, che comporta, oltre che il fallimento terapeutico, elevati costi umani e di gestione sanitaria. Ad oggi, si pone sempre più attenzione a trattamenti neoadiuvanti o adiuvanti che prevengano la restenosi, in particolare al trattamento farmacologico con cilostazolo. In questo contesto si inserisce RIVALUTANDO, il registro italiano di valutazione degli outcomes clinici dopo intervento di rivascularizzazione degli arti inferiori in pazienti con ischemia critica. L'obiettivo dello studio è creare nuovi protocolli terapeutici, validati secondo criteri scientifici, che migliorino la gestione del paziente.

MATERIALE E METODI

Il lavoro proposto è uno studio osservazionale, di coorte, prospettico, multicentrico realizzato presso 20 Dipartimenti di Chirurgia Vascolare distribuiti su 15 regioni, con follow-up previsto di 12 mesi. Sono stati inclusi nello studio pazienti con ischemia critica (categoria di Rutherford 4, 5, 6), sottoposti a intervento di rivascularizzazione (open, endovascolare o ibrido), con aspettativa di vita >1 anno e con almeno un vaso tibiale pervio (stenosi <50%). Ad oggi i pazienti arruolati sono in tutto 442 sui 500 previsti inizialmente. Sono stati esclusi per dati incompleti 79 pazienti (17.8%) e il 20.7 % è stato perso al follow-up. L'endpoint primario dello studio è la libertà da amputazioni maggiori dell'arto target a un anno, con pervietà del vaso valutata mediante EcoColorDoppler.

RISULTATI

Il tasso di amputazioni globali della popolazione in studio è del 13.7%, un dato significativamente inferiore rispetto a quello della popolazione generale, l'intervento di riva-

scolarizzazione migliora quindi l'outcome dei pazienti. Tale dato scende a 9.4% nei pazienti che hanno eseguito il trattamento con cilostazolo per 12 mesi e all'8% in chi aveva beneficiato del trattamento prima dell'intervento. Il tasso di restenosi è del 29.2% per la popolazione globale dello studio, mentre scende al 22.1% per coloro che hanno eseguito trattamento con cilostazolo per 12 mesi. Le curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier mostrano una sopravvivenza globale del 88.9%; la percentuale di libertà dalla restenosi del 81.5% in chi ha usato il cilostazolo e del 68.1% in chi non l'ha utilizzato; la percentuale di libertà dal reintervento del 91.1% in chi ha usato il cilostazolo e del 82.5% in chi non l'ha utilizzato.

CONCLUSIONE

I dati raccolti mostrano un'effettiva efficacia del trattamento adiuvante con cilostazolo e iloprost nella prevenzione dell'amputazione e della restenosi nell'ischemia critica degli arti inferiori. In particolare, il beneficio è maggiore se il trattamento viene iniziato prima dell'intervento e continuato successivamente. L'aspettativa finale è che, una volta terminato lo studio, tale tipologia di trattamento venga pienamente integrato nella pratica clinica di modo da migliorare l'outcome dei pazienti soggetti a intervento di rivascolarizzazione.

IL RUOLO DEI TEST PSICOMETRICI IN GRAVIDANZA COME PREDITTORI DI COMPLICANZE MATERNO-FETALI

Dr.ssa Ilaria Martellani

In questo studio viene analizzata la correlazione tra distress, ansia, relative strategie di coping (strategie di adattamento) e il ve-

rificarsi di complicanze materno-fetali. Più nello specifico, l'endpoint è quello di constatare se determinati test psicodiagnostici, che vanno a indagare il coping, il distress e l'ansia, possano essere considerati come indicatori di probabilità che si verifichino eventi avversi che riguardano la gravida o il feto/neonato.

I test psicodiagnostici somministrati sono dei questionari di autovalutazione:

1. Brief COPE valuta il coping, distinguendolo in adattativo e disadattivo;
2. STAI (State-Trait Anxiety Inventory) fornisce una scala di autovalutazione sia dell'ansia di tratto che dell'ansia di stato;
3. NuPCI (Revised Prenatal Coping Inventory) analizza la frequenza con la quale le gravide utilizzano le tre diverse strategie di coping, i.e. Planning-Preparation, Avoidance e Spiritual-Positive;
4. NuPDQ (Revised Prenatal Distress Questionnaire) valuta il distress in gravidanza.

Le complicanze materno-fetali registrate nel campione si sono verificate in 146 casi su 184 e sono le seguenti, in ordine decrescente di frequenza: rottura prematura delle membrane, Apgar ≤ 7 , diabete gestazionale, parto operativo, taglio cesareo urgente, oligoidramnios / ploidramnios, ipotiroidismo gestazionale, minaccia di parto pretermine, feto IUGR / SGA, parto pretermine, pre-eclampsia.

Per valutare l'associazione tra i punteggi dei questionari e le variabili dicotomiche (presenza/assenza di complicanze) è stata applicata l'analisi di regressione logistica univariata, mentre per valutare le possibili correlazioni tra i punteggi dei questionari e le variabili continue (indice di Apgar 1' e 5') è stato calcolato il coefficiente di correlazione di Spearman.

All'esito dell'analisi dei risultati del presente studio si evince che i questionari che si sono rivelati più utili nel prevedere il verificarsi di una o più complicanze materno-fetali sono stati lo STAI, il NuPCI e in misura molto meno significativa il NuPDQ, mentre invece il Brief COPE non si è dimostrato valido come strumento predittivo.

La complicanze materno-fetali che si sono rivelate prevedibili attraverso gli strumenti dello studio sono state la minaccia di parto pretermine, il parto pretermine, il diabete gestazionale e il taglio cesareo urgente.

Per quanto riguarda i risultati dello STAI si è visto che l'ansia predispone a un aumentato rischio di minaccia di parto pretermine, parto pretermine stesso, e diabete gestazionale. I risultati del NuPCI invece stanno a indicare che la strategia di coping Spiritual-Positive gioca un ruolo protettivo nei confronti del rischio di minaccia di parto pretermine, mentre l'Avoidant coping predispone a un aumentato rischio di dover ricorrere a un taglio cesareo urgente.

Le ipotesi causali riprese da numerosi studi, per quanto riguarda la maggior parte delle complicanze appena citate, ruotano attorno al ruolo del cortisolo. Lo stress materno provoca un afflusso di cortisolo surrenalico, epinefrina e noradrenalina che stimola la produzione di corticotropina placentare, la quale può a sua volta influenzare o addirittura amplificare la risposta dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene fetale e materna allo stress. Si ipotizza che gli ormoni normalmente implicati nella risposta adattativa allo stress (CRH, ACTH, cortisolo) vadano a stimolare direttamente la contrattilità uterina e indirettamente i mediatori coinvolti nell'attivazione miometriale, aumentando quindi il rischio di minaccia di parto pretermine e parto pre-

termine stesso. Un ulteriore aspetto correlato alle complicanze riscontrate è costituito dall'attività iperglicemizzante del cortisolo, da cui deriva quindi che ansia e stress possano essere considerate come fattori di rischio per lo sviluppo del diabete gestazionale, che si può instaurare in un quadro di progressiva insulino-resistenza materna fisiologica in gravidanza.

Andando ad analizzare una possibile correlazione tra i punteggi del questionario NuPDQ e il verificarsi di complicanze materno-fetali, si è riscontrata un'associazione con l'indice di Apgar preso al minuto 5, tuttavia, nonostante ci sia una tendenza significativa per la quale all'aumentare di una variabile diminuisca l'altra, una variabile non è in grado di predire in modo preciso l'altra.

Infine, per quanto concerne la situazione in generale, si è rilevata la presenza di almeno una complicanza nel 79% dei casi, dato che ha mostrato una correlazione con lo Spiritual-Positive coping, inteso come fattore protettivo. Si è inoltre osservato che nel 46% dei casi si è verificata più di una complicanza durante la stessa gravidanza, dato che ha mostrato una correlazione con i punteggi relativi all'Avoidance coping, inteso come fattore di rischio.

Potrebbe essere quindi utile cercare di arginare o trattare l'ansia e promuovere la strategia di coping Spiritual-Positive, contrastando allo stesso tempo quella di tipo evitante. Alcune strategie di tipo disadattivo potrebbero essere il risultato della mancanza da parte della donna delle risorse necessarie per affrontare lo stress e quindi se si riuscisse a fornire un adeguato supporto a quelle pazienti che denotano uno scarso adattamento e/o ansia, si potrebbe sperabilmente contribuire a evitare di andare incontro a complicanze.



EFFETTI DENTO-SCHELETRICI PRODOTTI DALL'ESPANSIONE MASCELLARE RAPIDA RISPETTO ALLA ESPANSIONE MASCELLARE LENTA CON ESPANSORI A VITE IN PAZIENTI IN CRESCITA: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

Dr.ssa Giorgia Mrakic

CONTESTO O BACKGROUND

Revisioni sistematiche che confrontano gli effetti dento-scheletrici prodotti da espansione mascellare rapida (RME) ed espansione mascellare lenta (SME) utilizzando dispositivi differenti sono già presenti in letteratura. In questa revisione sistematica e meta-analisi, invece, si analizzano gli effetti dento-scheletrici prodotti da RME vs SME usando lo stesso espansore a vite attivato con diversi protocolli di attivazione applicato a pazienti in crescita.

OBIETTIVI

Valutare gli effetti trasversali dentali (distanza intermolare superiore, inclinazione dei molari superiori) e scheletrici (ampiezza trasversale scheletrica del mascellare superiore) prodotti da RME vs SME in pazienti in crescita con deficit trasversale mascellare in trattamento con lo stesso espansore convenzionale a vite attivato con diversi protocolli di attivazione.

FONTI DEI DATI

Revisione sistematica e meta-analisi degli articoli pubblicati in inglese e in altre lingue utilizzando PubMed (MEDLINE), Cochrane Controlled Trials Register, Scopus, Embase e OpenGrey. Non abbiamo posto restrizioni alla lingua o alla data di pubblicazione durante la ricerca nei database elettronici.

SELEZIONE DEGLI STUDI

Sono stati inclusi solo studi randomizzati

controllati (RCT) che confrontavano gli effetti di RME vs SME usando dispositivi convenzionali a vite attivati con diversi protocolli di attivazione in pazienti in crescita.

ESTRAZIONE DEI DATI

Selezione indipendente dei dati degli studi da parte di due esaminatori utilizzando campi predefiniti inclusi i criteri di qualità degli studi. Sono stati contattati gli autori degli studi inclusi per dati mancanti e per chiarimenti.

METODI PER LA VALUTAZIONE

La qualità degli RCT inclusi è stata valutata secondo il Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0).

SINTESI DEGLI STUDI

I dati originali dei risultati, se possibile, sono stati sottoposti a meta-analisi utilizzando il software RevMan 5.3 (Cochrane IMS). Per l'aggregazione dei dati di tipo continuo sono state utilizzate le medie delle differenze (MD) tra i trattamenti e le deviazioni standard (SD) riportate negli studi. È stato utilizzato un modello a effetto random e sono stati riportati gli intervalli di confidenza al 95% (CI95%). I risultati sono stati mostrati anche con rappresentazioni grafiche forest plot. L'eterogeneità è stata valutata statisticamente mediante un test Chi², in cui un valore P < 0.1 indicava un'eterogeneità statisticamente significativa. Abbiamo quantificato l'eterogeneità anche usando l'indice I². Valori superiori al 50% rappresentavano una eterogeneità sostanziale.

RISULTATI

Abbiamo incluso 2 studi, di cui uno a rischio di bias con qualche dubbio ed uno ad alto rischio di bias.

CONCLUSIONI

Sia RME che SME producono un'espansione ortopedica e risultano entrambe efficaci nell'aumentare l'ampiezza trasversale scheletrica del mascellare superiore. Sia RME che SME inducono un aumento della distanza intermolare superiore e dell'angolo della divergenza facciale (SN-GoGn) ma senza differenze significative tra i due gruppi. Sia RME che SME portano ad un incremento dell'inclinazione dei molari superiori che risulta significativamente minore nel gruppo SME.

LA TERAPIA NEOADIUVANTE NEL CARCINOMA MAMMARIO: FATTORI PROGNOSTICI E SOPRAVVIVENZA

Dr. Federico Nitti

OBBIETTIVO

Analizzando diversi fattori epidemiologici e clinici delle pazienti con carcinoma mammario si è tentato di individuare tra questi quali fossero i più indicati per predire la risposta alla terapia neoadiuvante e quindi la prognosi di queste pazienti.

IL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Il tumore al seno è la neoplasia più diffusa nel sesso femminile e costituisce un problema sociosanitario estremamente rilevante in tutto il mondo, specialmente nei Paesi occidentali dove l'incidenza e la prevalenza di questa malattia sono più elevate. Il rischio cumulativo di ammalarsi di Carcinoma Mammario (CM) nel corso della propria vita è di 1/8 per la donna.

Giova ricordare che non si tratta di una neoplasia esclusiva del sesso femminile, anche

se meno dell'1% dei casi riguarda gli uomini, per lo più individui con mutazioni genetiche a trasmissione famigliare.

Fortunatamente grazie alla diagnosi precoce tramite programmi di screening a livello nazionale e alle terapie sempre più mirate la mortalità è in continua diminuzione da decenni. Queste terapie includono le tecniche chirurgiche (demolitive o conservative), la radioterapia e la terapia medica, che si avvale di chemio- e ormonoterapia e più recentemente anche dei farmaci biologici.

LO STUDIO UDINESE

Quello effettuato a Udine è uno studio retrospettivo di coorte che ha coinvolto 256 pazienti, tutte di sesso femminile e maggiorenni, che si sono rivolte alla clinica udinese dal 2002 al 2018 e sono state sottoposte a terapia neoadiuvante per il loro CM.

Tra i fattori epidemiologici presi in considerazione rientrano l'età, il BMI, le gravidanze passate, il tabagismo, l'utilizzo di estroprogestinici e la menopausa; tra quelli clinici sono stati valutati il tipo istologico (duttale, lobulare, misto e rari) e molecolare (luminale, Her2+ e triplo negativo) della neoplasia oltre che lo stadio della malattia. Sono state studiate anche le strategie terapeutiche adottate, sia chirurgiche che mediche.

Le variabili sono quindi state esaminate tramite mezzi statistici (modelli di Cox per uni- e multivariate e curve di Kaplan-Meier) per valutare il loro effetto sulla *Overall Survival* (OS) e sulla *Disease Free Survival* (DFS).

A) *Modelli Cox*: tra tutte solo una variabile è risultata significativamente predittiva per la OS sia all'analisi univariata che multivariata, ovvero la presenza di macrometastasi linfonodali con un HR = 4.61 (IC95% = 1.9-11.19). Per la DFS invece, oltre alle macrometastasi linfonodali, è sta-

ta riscontrata una significatività statistica anche per lo stadio TNM III pre-neoadiuvante e la comedonecrosi tumorale;

fidabile è risultato essere il coinvolgimento linfonodale [AUC(t) > 70%].

B) *Curve Kaplan-Meier*: è stato rilevato, non sorprendentemente, che le pazienti con una risposta completa alla terapia neoadiuvante hanno una prognosi migliore rispetto a quelle con una risposta parziale, che a loro volta hanno una migliore sopravvivenza (sia in termini di OS che DFS) rispetto a quelle che non hanno risposto al trattamento (“risposta stabile”).

CONCLUSIONI

Come già riportato in letteratura e come evidenziato anche dal ruolo centrale del parametro N nella stadiazione TNM del CM, lo studio in questione sottolinea un'altra volta l'importanza di un'accurata valutazione dei linfonodi per le ricadute negative che un'eventuale infiltrazione ha sulla sopravvivenza della paziente.

	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)(**)	p(**)
Malattia stabile/progressione	2.58 (1.4 - 4.75)	<0.05	1.04 (0.42 - 2.56)	0.927
Mib-1 /Ki-67 >20%	2.17 (1.07 - 4.41)	<0.05	1.88 (0.86 - 4.09)	0.112
Invasione perivascolare	2.12 (1.09 - 4.12)	<0.05	1.44 (0.72 - 2.88)	0.300
Stadio TNM III preneoadiuvante	4.69 (2.31 - 9.53)	<0.05	2.11 (0.82 - 5.41)	0.120
Stadio TNM III postneoadiuvante	4.95 (2.7 - 9.09)	<0.05	1.07 (0.35 - 3.2)	0.910
Macrometastasi linfonodali	7.29 (3.67 - 14.47)	<0.05	4.61 (1.9 - 11.19)	<0.05

*Analisi uni- e multivariata (**)* delle variabili statisticamente significative per la OS in alto e la DFS in basso

	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)(**)	p(**)
Malattia stabile/progressione	2.12 (1.26 - 3.56)	<0.05	1 (0.46 - 2.17)	0.997
Mib-1 /Ki-67 >20%	2 (1.1 - 3.65)	<0.05	1.78 (0.9 - 3.51)	0.096
Comedonecrosi	3.35 (1.34 - 8.38)	<0.05	2.96 (1.11 - 7.91)	<0.05
Invasione perivascolare	2.52 (1.45 - 4.39)	<0.05	1.62 (0.88 - 2.98)	0.124
Stadio TNM III preneoadiuvante	4.69 (2.55 - 8.48)	<0.05	2.76 (1.25 - 6.11)	0.120
Stadio TNM III postneoadiuvante	4.08 (2.45 - 6.82)	<0.05	0.71 (0.28 - 1.78)	0.464
Macrometastasi linfonodali	7.24 (4.11 - 12.76)	<0.05	5.47 (2.64 - 11.35)	<0.05

Ne consegue che i fattori più rilevanti per la prognosi delle pazienti sembrano essere la presenza di macrometastasi linfonodali e la risposta stabile alla terapia neoadiuvante. Di entrambi è stata valutata l'accuratezza predittiva nei confronti della OS secondo un'analisi time ROC. Tra i due il parametro più af-

La presenza di macrometastasi linfonodali, pertanto, potrebbe indurre a tentare un approccio terapeutico più aggressivo per trattare questa categoria di pazienti, pure a fronte di una maggiore rischio di tossicità. Per valutare però l'efficacia di questa strategia sono necessari studi mirati.

TIMPANOPLASTICA CON CARTILAGINE TRAGALE A SCUDO: TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI FUNZIONALI SU 622 CASI

Dr. Filippo Orlando

OBIETTIVO

La cartilagine è il materiale d'innesto di scelta per le patologie avanzate dell'orecchio medio, però il suo utilizzo routinario rimane controverso. Lo scopo di questo studio è quello di riportare la nostra esperienza a lungo termine nelle timpanoplastiche a scudo con cartilagine tragle.

TIPO DI STUDIO

Studio retrospettivo.

PAZIENTI

Lo studio è stato condotto su 622 pazienti adulti dal gennaio 2003 al gennaio 2018.

MEZZI PER VALUTAZIONE RISULTATI

Abbiamo valutato l'attecchimento dell'innesto, il gap medio via aerea via ossea nel controllo audiometrico, aerazione post-operatoria con TC e complicanze. Il follow up medio è stato di 68 mesi.

RISULTATI

Sesso, età e fumo di sigaretta non hanno avuto nessuno impatto sui risultati post-operatori.

L'attecchimento dell'innesto è stato raggiunto nel 99.03 per cento dei pazienti, non ci sono state complicazioni post operative immediate. Il PTA-ABG pre operatorio medio era di 44.95+- 7.77 dB, mentre ad un anno di distanza dall'operazione era di 10.66+-5.41 ($p < 0.0001$). Miglioramenti statisticamente significativi sono stati osservati fino a 10 anni dall'intervento. Inoltre, abbiamo ottenuto

una buona ventilazione timpanica con score medio di areazione di 9.09+-1.93, stabile fino a 10 anni.

CONCLUSIONI

Questo studio rivela che la timpanoplastica con cartilagine tragle risulta essere una tecnica affidabile, con una elevata percentuale di attecchimento dell'innesto e risultati soddisfacenti

per quanto riguarda la capacità uditiva e la reazione del timpano

PREVALENZA DI IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA ALL'ELETTROCARDIOGRAMMA NELLE URGENZE ED EMERGENZE IPERTENSIVE

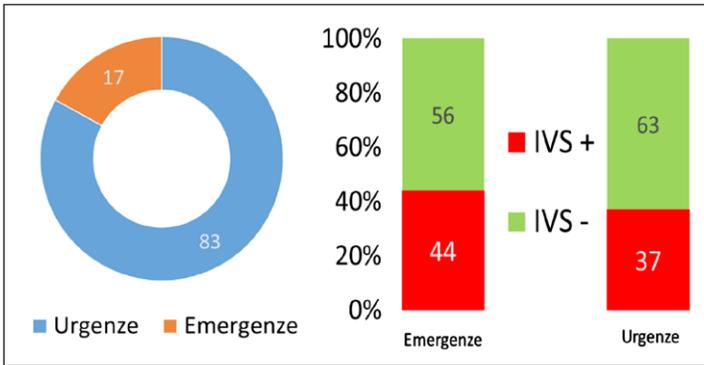
Dr.ssa Ylenia Padoan

INTRODUZIONE

Urgenze ed emergenze ipertensive sono frequente causa di accesso presso il Pronto Soccorso. L'elettrocardiogramma (ECG) è fondamentale per distinguere un'urgenza da un'emergenza ipertensiva ed è utile per diagnosticare l'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS). Abbiamo valutato la prevalenza di IVS all'ECG nelle urgenze ed emergenze ipertensive. Abbiamo analizzato la capacità dell'IVS all'ECG di riclassificare il rischio cardiovascolare (CV) ad un livello superiore.

METODI

Abbiamo valutato gli ECG di tutti i pazienti afferiti al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Terni tra Febbraio ed Aprile 2018. Per la diagnosi ECG di IVS abbiamo applicato i criteri delle linee-guida ESC/ESH: (1) Sokolow-Lyon ($S_{V1} + R_{V5/V6} \geq 3,5$ mV); (2) Cornell ($S_{V3} + R_{aVL} \geq 2,8$ mV (m), $\geq 2,0$ mV (f)); (3) prodotto di Cornell ($S_{V3} + R_{aVL}$) 'qrs (ms) ≥ 2440 mm.ms); (4) $R_{aVL} \geq 11$ mm; (5) pun-



L'IVS risultava più frequentemente diagnosticata con il criterio Perugia (n=47, 32%) che con i criteri ESC/ESH (n=42, 28%). Vi era concordanza tra i due criteri nell'83% dei casi (n=123). L'applicazione del

teggio di Romhilt-Estes ≥ 5 ; ed il criterio Perugia ($S_{V3}+R_{aVL}\geq 2,4$ mV (m), $\geq 2,0$ mV (f) oppure Romhilt-Estes ≥ 5 oppure "strain"VS tipico). La riclassificazione del rischio CV è stata eseguita in accordo alle linee-guida ESC/ESH.

criterio Perugia riclassificava ad un livello di rischio CV superiore un numero di soggetti maggiore (n=36, 24%) rispetto ai criteri ESC/ESH (n=28, 19%).

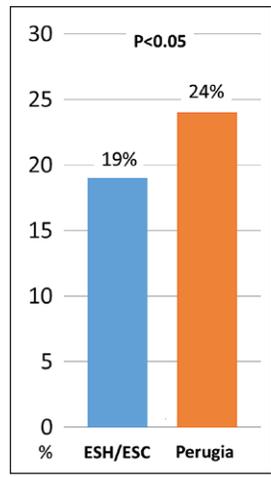
RISULTATI

Su un totale di 148 pazienti con ECG interpretabile per IVS (1,3% degli accessi totali, età 69 ± 14 anni, sesso M 41%, media PA $195/99\pm 28/19$ mmHg, 83% urgenze, 17% emergenze), il 39% (n=57) presentava almeno un criterio di IVS. La differenza nella prevalenza di IVS tra emergenze (44%) ed urgenze ipertensive (37%) non era statisticamente significativa (p=0,54).

CONCLUSIONI

La prevalenza di IVS all'ECG nelle urgenze ed emergenze ipertensive è elevata. La diagnosi di IVS all'ECG in corso di urgenza/emergenza ipertensiva, soprattutto se effettuata utilizzando il criterio Perugia, può essere utile nell'individuare soggetti a rischio CV molto elevato.

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mmHg) grading			
		High normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
	≥ 3 risk factors	Low to Moderate risk	Moderate to high risk	High Risk	High risk
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade ≥ 4 , or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk



RUOLO DEL PATTERN EMODINAMICO DI "PULSUS TARDUS-PARVUS" NEL CIRCOLO ARTERIOSO TIBIALE PER LA STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA ULTRASONOGRAFICA DELL'ARTERIOPATIA OBLITERANTE AGLI ARTI INFERIORI

Dr. Federico Pica

INTRODUZIONE

L'eco-color doppler è un esame di secondo livello nell'iter diagnostico per AOAI. La morfologia delle curve di flusso rilevata al doppler viene valutata tramite diversi parametri semiquantitativi:

L'indice di pulsatilità (IP) è un **indice adimensionale che valuta l'ampiezza dell'oscillazione** sisto-diastolica di flusso: , dove PSV è la velocità picco sistolico, EDV è la velocità di flusso telediastolica e Vm è la velocità media;

La massima accelerazione sistolica (ACCmax) viene calcolata nella fase precoce dell'accelerazione sistolica, entro i primi 50 msec, dal rapporto ;

L'indice di massima accelerazione sistolica (Almax) è un parametro adimensionale e operatore-indipendente espresso dall'indicizzazione della massima accelerazione sistolica per il proprio regime emodinamico: .

Lo scopo dello studio è stato quello di ottimizzare l'approccio diagnostico e prognostico ultrasonografico in pazienti con sospetta arteriopatia obliterante. I principali obiettivi dello studio sono stati i seguenti:

Valutare se Almax, misurato a livello delle arterie tibiali, correlasse con le stratificazioni cliniche di Leriche-Fontaine e Rutherford;

Valutare se Almax misurato a valle di specifiche stenosi subisse un'attenua-

zione proporzionale al grado di stenosi; Valutare se Almax presentasse una superiorità rispetto gli altri parametri semiquantitativi.

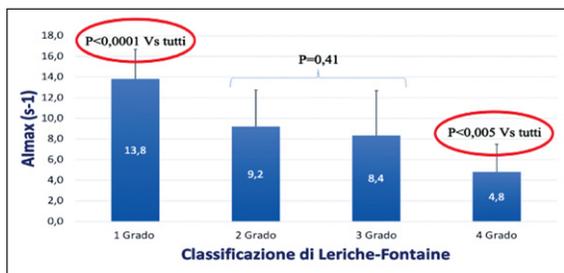
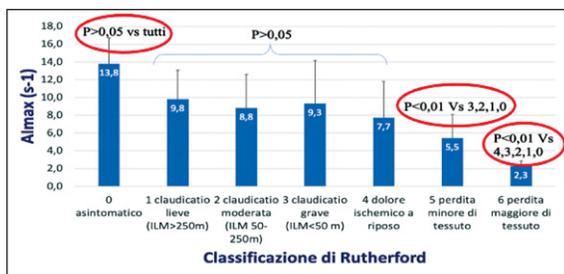
METODI

Il presente studio è retrospettivo osservazionale monocentrico e prevede come esclusivo criterio di inclusione la disponibilità, oltre all'ECD-AI, di un coevo esame angiografico in formato digitale del circolo degli arti inferiori. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con distanza temporale >1 anno tra la data di esecuzione dell'ECD e quella dell'esame angiografico e i pazienti sottoposti ad interventi di rivascolarizzazione nel periodo intercorrente tra i due esami.

Sono stati screenati 535 pazienti del periodo luglio 2013-luglio 2020 di cui 47 sono stati arruolati nello studio.

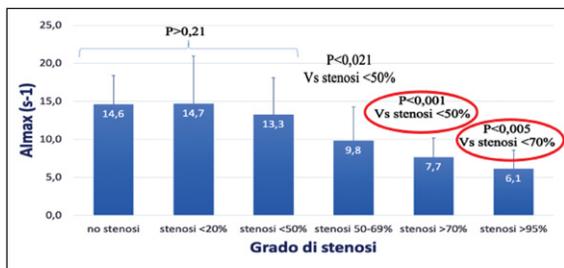
RISULTATI

1) Sia in relazione alla classificazione di Rutherford che di Fontaine, Almax presenta un'attenuazione progressiva con il punto di flesso rappresentato dalla manifestazione clinica della claudicatio intermittens e con



un'ulteriore riduzione nel cluster dei disturbi trofici. Valori ridotti di Almax a livello del circolo tibiale hanno dimostrato di riflettere in termini di stato emodinamico la corrispettiva suddivisione clinica.

2) Successivamente si è visto che per stenosi > 50% Almax si riduce in maniera proporzionale all'aumentare del grado di stenosi, laddove invece per l'indice di pulsatilità tale comportamento appare meno netto, con magnitudo e significatività ridotta rispetto ad Almax.



3) Al confronto, mediante curve ROC, dell'accuratezza dell'indice di massima accelerazione sistolica, della massima accelerazione sistolica e dell'indice di pulsatilità, si è osservata una significativa superiorità in termini di AUC di Almax rispetto agli altri due parametri.

	Almax ≤ 11,1 s ⁻¹	ACCmax ≤ 4,5 m/s ²	IP ≤ 3,19
AUC	84%	77%	78%
SENSIBILITÀ	84%	66%	85%
SPECIFICITÀ	73%	79%	60%
VPP	67%	68%	86%
VPN	87%	78%	59%

CONCLUSIONI

Il comportamento di Almax delle arterie tibiali possiede un adeguato potere predittivo del grado clinico di vasculopatia dell'arto omolaterale, indipendentemente dalla sede della/e stenosi.

Almax a valle di una stenosi correla con il grado di significatività emodinamica delle stenosi; Almax rispetto a ACCmax e IP presenta una maggiore accuratezza diagnostica.

In conclusione, nei pazienti con sospetta AOAI, laddove l'ABI sia <0,90 o >1,30, il primo step diagnostico dovrebbe essere l'ECD-AI con misurazione di Almax a livello delle arterie tibiali e:

- Se Almax >11,1: esecuzione di un eco-color doppler standard;
- Se Almax < 11,1: esecuzione di un eco-color doppler con ecoscopia estesa a tutto l'albero vascolare esplorabile.

Se adeguatamente evidenziato, potrebbe essere saltato uno step di radiologia pesante passando direttamente all'angiografia con significato anche terapeutico. Tuttavia, per questo passaggio sono necessari ulteriori studi.

WHOLE GENOME SEQUENCING (WGS) IN UNDIAGNOSED RATE DISEASES AFFECTED PATIENTS: THE ITALIAN ESPERIENZE

Dr. Davide Pisacane

L'evoluzione delle tecniche di sequenziamento ha portato negli anni 2000 allo sviluppo delle nuove tecniche di sequenziamento del DNA conosciute come "nuove tecniche di sequenziamento" (NGS), nello specifico la Whole exome sequencing (WES) e la Whole genome sequencing (WGS).

Gli obiettivi della tesi sono di valutare: la detection rate del WGS rispetto alle altre tecniche, l'abilità del WGS di trovare mutazioni aggiuntive, l'influenza del WGS nelle scelte cliniche di trattamento e follow-up dei probandi e dei familiari, la possibilità di

implementare il WGS come esame di secondo o primo livello in gruppi selezionati di pazienti.

Il campione analizzato è di 41 pazienti che sono stati sottoposti a esami di primo e secondo livello risultando negativi. I campioni di sangue sono stati preparati e analizzati mediante WGS.

Su 41 pazienti analizzati 26 (63%) hanno ottenuto una diagnosi di certezza. La maggior parte delle mutazioni trovate sono di tipo autosomico dominante, molte trovano una corrispondenza con il fenotipo dei probandi e con i dati della letteratura, altre ancora sono state categorizzate come likely pathogenetic (LP) o variants of unknown significance (VUS). In conclusione, l'elevata detection rate del WGS come esame di secondo livello suggerisce un suo utilizzo come esame subito successivo a quello di primo livello. L'impatto clinico sul trattamento si è dimostrato cruciale solo in pochi casi, invece si è dimostrato importante nel fornire un counselling genetico completo e sul follow-up dei pazienti e dei loro familiari.

CORACOSINDESMOPESSI STUDIO PRELIMINARE CON TECNICA

"ONE HOLE - FOUR TAPES"

Dr.ssa Donatella Maddalena Sansone

BACKGROUND

La lussazione acromion-claveare (AC) è un evento piuttosto frequente che interessa prevalentemente individui giovani, che praticano sport di contatto (come rugby, hockey, judo) o sport soggetti a potenziali cadute (come ciclismo o sci). La maggior parte di tali lesioni può esser trattata con

successo senza ricorrere ad un intervento chirurgico, ma qualora il grado diagnostico, l'età del paziente, la gravità dei sintomi e il livello di attività del soggetto lo rendano necessario, si dovrà valutare il trattamento più idoneo. Nel corso degli anni sono state proposte innumerevoli tecniche chirurgiche, anche se ad oggi non ne esiste una unanimemente considerata migliore delle altre. Indubbiamente l'avvento dell'artroscopia ha permesso di trattare tali lesioni in modo sempre meno invasivo, e di intervenire immediatamente nel trattamento di eventuali lesioni associate.

OBIETTIVI

Sono stati valutati i risultati radiografici ottenuti con la stabilizzazione artroscopica con sistema DogBone nel trattamento acuto delle lussazioni AC. In particolare, ci si è focalizzati sulla valutazione del grado di lisi ossea a livello dei tunnel praticati sulla clavicola e sul processo coracoideo attraverso i quali passano i tapes necessari per ridurre la lussazione e stabilizzare l'articolazione AC, nel sistema con tre DogBone, mettendo a confronto tali risultati con quelli ottenuti nel "classico" intervento con due DogBone.

METODI

Sono state prese in analisi le radiografie di controllo degli interventi di riduzione della lussazione acromion-claveare, effettuate in artroscopia con sistema DogBone, presso il presidio ospedaliero CTO di Torino, nel periodo compreso tra il 30/05/2015 e il 14/05/2020. I criteri di inclusione nello studio comprendono: diagnosi di lussazione AC acuta, trattamento artroscopico con tecnica DogBone e follow up minimo di 3 mesi. I criteri di esclusione invece: diagnosi di frattura della clavicola o lussazione AC cronica, trattamento chirurgico "open", altre tecniche

chirurgiche, follow up inferiore a 3 mesi. Vengono selezionati 14 pazienti, inseriti in due diversi gruppi a seconda del tipo di intervento al quale sono stati sottoposti (due o tre DogBone). Tramite il software radiografico vengono infine effettuate le misurazioni dei diametri e delle superfici craniale e caudale dei diversi tunnel ossei.

RISULTATI

In base alle misurazioni effettuate e ai risultati ottenuti, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa tra le dimensioni dei fori a livello clavicolare nei due diversi gruppi presi in esame. Diversi i risultati ottenuti a livello della coracoide, dove è stata osservata una differenza statisticamente significativa tra i due diversi tipi di tecniche.

CONCLUSIONE

Grazie all'analisi effettuata, si evince come, nonostante nell'intervento proposto con tecnica a tre DogBone due tapes vengano fatti passare esternamente al foro coracoideo, il grado di lisi ossea risulti comunque maggiore rispetto al classico intervento a due DogBone. Dal momento che in letteratura numerosissimi studi confermano come la tecnica con tre DogBone da un punto di vista clinico dia risultati migliori in termini di stabilità e resistenza, sarebbe utile approfondire ulteriormente tale aspetto e valutare una possibile correlazione tra clinica e diagnostica. In particolare sarebbe interessante aumentare il follow up dei pazienti per verificare un possibile arresto nell'avanzamento di tale lisi e per controllare che la percentuale di eventuali complicanze che potrebbero insorgere, prima fra tutte la frattura della coracoide, non sia maggiore rispetto a quella delle altre tecniche chirurgiche.

ATTENDIBILITÀ DEI REPERTI TC NELLO STUDIO DEI LINFONODI LATERO-CERVICALI NEI TUMORI TESTA-COLLO

Dr.ssa Maria Sole Scalia

OBIETTIVI

Benché in letteratura sia presente un'ampia varietà di caratteristiche TC per la valutazione del parametro linfonodale su cui sia il chirurgo che il radiologo devono porre attenzione nella valutazione dei referti, non esiste tuttavia un atteggiamento unanime nella descrizione di tale reperto che permetta di fare affidamento sulla presenza di un linfonodo benigno, nonché di uno patologico. Di conseguenza, lo scopo del nostro studio è quello di mettere in evidenza i criteri TC che nel nostro centro hanno dimostrato essere maggiormente significativi e attendibili nel predire la presenza di metastasi linfonodali nei pazienti affetti da carcinoma squamoso della regione testa-collo.

DISCUSSIONE

Una adeguata valutazione linfonodale è la chiave per raggiungere la migliore stadiazione e, di conseguenza, prognosi dei pazienti con HNSCC. Sebbene il primo ed insostituibile approccio ai linfonodi debba sempre essere l'esame clinico con la palpazione bilaterale del collo, risulta cruciale farlo seguire da una indagine radiologica. Tra le tecniche disponibili che permettono di definire la presenza di estensione locoregionale, i più usati sono la TC e la RM (entrambi con mezzo di contrasto), l'ecografia, e la PET-TC.

La scelta tra l'utilizzo della TC o della RM dipende principalmente dalla sede del tumore primitivo, con la RM considerato esame di prima scelta nei tumori del cavo orale, dell'orofaringe, della laringe, e del rinofaringe.

Anche se viene preferita per la sua maggiore risoluzione al contrasto dei tessuti molli e per la sua abilità nell'evidenziare anche piccoli tumori e l'eventuale invasione dei tessuti limitrofi (sia per quanto riguarda il primitivo che le sue metastasi), è viziata da alcune limitazioni logistiche che alla fine rendono la TC la tecnica maggiormente utilizzata. D'altra parte, le tecniche disponibili al giorno d'oggi sono fornite di spirali moderne multidetettore, con il vantaggio di permettere l'esecuzione di acquisizioni rapide e multiplanari, in assenza di rilevanti artefatti da movimento.

Secondo quanto riportato in letteratura, i maggiori criteri utilizzati finora per descrivere l'aspetto dei linfonodi all'imaging sono la dimensione, la morfologia (che può essere predittiva sia di un carattere maligno che di uno benigno), la forma, i margini (utile nell'identificazione dello spread extracapsulare), la distribuzione (come l'impacchettamento linfonodale), e l'aspetto dell'enhancement in seguito a somministrazione intravenosa di mezzo di contrasto. Altre caratteristiche menzionate riguardano la loro sede, il loro numero, la presenza di metaplasia adiposa, l'aspetto cistico, e viene segnalata l'utilità di utilizzare il diametro assiale minimo come metodo di misura più accurato nel predire la presenza di metastasi intranodale. L'AJCC sottolinea l'importanza di indicare la presenza di ECE così come appare radiologicamente, considerato che la sua presenza è altamente suggestiva per la presenza di superamento extracapsulare, determinando quindi una catalogazione più grave dello stato linfonodale. Tra gli altri criteri di malignità, diversi studi riportano l'attenzione sulla presenza di linfonodi di aspetto necrotico, caratteristica altamente associata con la

presenza di malattia metastatica che si rende manifesta in TC per la presenza in un'area centrale di lieve attenuazione. Reza Forghani suggerisce un approccio mnemonico utile nel ricordare i principali criteri per definire una linfadenopatia metastatica, tramite l'utilizzo dell'acronimo inglese CRISPS (clustering, rounded shape, inhomogeneity, size, periphery, sentinel location). Ad ogni modo, dobbiamo ricordare che benché negli anni sia stato sviluppato un ampio numero di criteri morfologici, nessuno di questi venga ancora assunto in modo definitivo.

I criteri utilizzati nel nostro studio sono stati scelti sia sulla base di ciò che già veniva fornito dalla letteratura, sia in base a ciò che più frequentemente veniva messo in evidenza nei nostri referti TC quando venivano valutati i linfonodi cervicali; abbiamo scelto di utilizzare valutazioni eseguite da diversi esperti radiologi per non cadere in un bias dovuto all'interpretazione del singolo. Conseguentemente, abbiamo effettuato la nostra analisi concentrandoci sulle caratteristiche riguardanti forma, dimensione, caratteristiche di benignità, caratteristiche di malignità, superamento extracapsulare, enhancement, ed altre (quali riconoscibilità dell'ilo e la presenza di linfogramulia).

Per quanto riguarda la forma, dal nostro studio è emerso che ciò che in TC appariva come sospetto o irregolare era più frequentemente associato alla presenza di metastasi intranodale, mentre questa tendenza non era vera quando i linfonodi venivano descritti come rotondeggianti o ovalari, suggerendo come queste caratteristiche non dovrebbero essere utilizzate in modo attendibile per la presenza di malignità. Questi risultati sono in disaccordo con Jenny K. Hoang, il quale suggerisce che linfonodi rotondeggianti o ovalari dovrebbero essere considerati sospetti per metastasi, e con Franz J. Wippold

Il, secondo cui i linfonodi rotondeggianti tendono ad essere neoplastici, mentre quelli ellittici o reniformi sono generalmente normali o iperplastici.

Al contrario, i nostri risultati sono in accordo con Brekel et al, il quale suggerisce che qualsiasi forma diversa da quella di un linfonodo reniforme va considerata meno affidabile del solo criterio del diametro assiale minore, e con Arjun Vikram Kaji, il quale afferma che l'uso della sola forma come criterio di differenziazione tra un linfonodo maligno o benigno esita inevitabilmente in un elevato tasso di falsi negativi, per cui il radiologo deve fare utilizzo di altre caratteristiche radiologiche, dotate di maggiore specificità per la presenza di coinvolgimento metastatico intranodale. Reza Forghani, propone l'utilizzo del rapporto tra la massima lunghezza longitudinale e quella assiale (L/T) per esprimere in modo pratico la presenza di linfonodi con forma rotondeggiante in quelli di diametro maggiore di 8-10 mm, anche se sottolinea come sia un criterio di difficile applicazione a linfonodi di dimensioni minori. In ogni caso, lo stesso autore concorda con noi nell'affermare che l'irregolarità della forma sia suggestiva di malignità.

Per quanto riguarda il criterio "dimensione", dal nostro studio è risultato che i linfonodi che appartengono al gruppo B o C, e la descrizione della stessa lunghezza linfonodale (indipendentemente dal gruppo dimensionale di appartenenza), sono criteri suggestivi per la presenza di metastasi intranodale. Per contro, l'utilizzo dei termini "piccoli o nei limiti", o di "ingranditi", oppure l'omissione nel descrivere tale caratteristica alla TC, non si è dimostrato significativo nel predire la presenza di interessamento linfonodale.

Hoang et al, suggerisce come la dimensione non sia un tratto affidabile per supporre la presenza di malignità, in quanto linfonodi

piccoli possono nascondere piccole metastasi che non lo ingrandiscono e, contrariamente, linfonodi benigni possono frequentemente essere di aumentate dimensioni perché reattivi. D'altra parte, Vassallo et al. suggerisce l'uso del rapporto tra il diametro longitudinale massimo e quello minimo (L/T) per definire l'ingrandimento e, in questo modo, differenziare un linfonodo reattivo da uno metastatico quando il rapporto risulta maggiore di 2. Nel complesso, Reza Forghani, concorda con noi nell'affermare che la dimensione sia un fattore importante nel predire la presenza di malignità ma dichiara che minore è il cut-off utilizzato come criterio dimensionale, più alta è la sensibilità di rilevazione, ma questo va a spese di una ridotta specificità, risultando in un numero inaccettabile di falsi positivi. Curtin et al, utilizza il diametro assiale maggiore di 15 mm come cut-off di interessamento linfonodale, constatando che linfonodi più piccoli di questo cut-off non erano metastatici ma anzi spesso reattivi, quindi concordando con noi in una più alta frequenza di metastasi a dimensioni maggiori.

In ogni caso, Brekel et al, suggerisce come l'uso del diametro assiale minimo di 11 mm per i linfonodi giugulo-digastrici, e di 10mm per tutti gli altri linfonodi è risultato nella più alta sensibilità e specificità (84% and 94%), comparato all'uso del diametro assiale maggiore, che veniva associato a malignità solo nel 45% dei suoi casi.

Secondo la letteratura, un linfonodo reattivo è spesso caratterizzato da metaplasia adiposa, la quale è visibile in TC sotto forma di un ilo evidente che corrisponde istologicamente alla presenza di infiammazione, e che senza mezzo di contrasto appare isodensa al muscolo. Inoltre, secondo quanto riportato da

de Bondt et al, i linfonodi infiammatori risultano essere più facilmente identificabili alla TC rispetto che alla palpazione bimanuale, suggerendo l'elevata possibilità di ritrovare numerosi falsi positivi. La sede dei linfonodi è un altro parametro che influenza la probabilità di evidenziare un linfonodo reattivo rispetto che uno metastatico: i giugulo-digastrici e i sottomandibolari sono frequentemente coinvolti in comuni processi infiammatori e per questa ragione tendono ad essere più grandi degli altri linfonodi cervicali. Anche le infezioni acute o la terapia post-radioterapica possono manifestarsi con la presenza di cellulite, nonché infiltrazione del grasso sottocutaneo e ispessimento del muscolo platisma superficiale; questo reperto aspecifico può essere mal interpretato e quindi associato alla presenza di malignità.

In relazione a quanto sopra enunciato e per quanto riguarda le caratteristiche di benignità, nel nostro studio non abbiamo trovato alcuna differenza tra il gruppo con caratteristiche di franca benignità (i cui linfonodi venivano descritti come "normali" oppure "reattivi") e il gruppo senza tali caratteristiche, il che sta a significare che quando il radiologo specificava un chiaro criterio di benignità questo non era poi correlato con una ridotta incidenza di malattia linfonodale metastatica.

Analizzando i criteri di malignità, abbiamo formato i nostri gruppi senza considerare una caratteristica più importante o peggiore di un'altra in termini di capacità di predire la presenza di malattia neoplastica. Infatti, non è risultata significativa la differenza tra i casi in cui il radiologo definiva la presenza di linfonodi a pacchetto, rispetto a quelli in cui vi era assenza di piano di clivaggio, oppure necrosi, colliquazione, o compressione di

strutture. Inoltre abbiamo trovato molti casi in cui il radiologo definiva chiaramente un linfonodo per la presenza di franco aspetto patologico, dimostrando significatività nel predire la presenza di malattia istologicamente metastatica. Analogamente, abbiamo riscontrato significatività nella relazione tra la presenza di linfonodi neoplastici e di qualsiasi tra le caratteristiche di malignità sopra elencate, il che sta a significare come sia sufficiente l'evidenza di almeno un criterio maligno per definire la probabilità di trovare all'esame istologico il linfonodo coinvolto dalla malattia.

In letteratura possono essere ritrovati numerosi parametri per valutare i caratteri di chiara anormalità. Franz J Wippold II et al concorda con noi nell'utilità di delineare la presenza di necrosi e di linfonodi a pacchetto, definito come un raggruppamento di tre o più linfonodi contigui malati localizzati nello stesso livello laterocervicale. Molti autori sottolineano l'importanza di valutare la presenza di necrosi, parametro considerato come il più valido segno di metastasi linfoghiandolare, che si rende visibile alla TC sotto forma di un'area centrale di lieve attenuazione. D'altra parte però, Brekel et al indica la possibilità di necrosi linfonodale spontanea anche a causa di altri fenomeni, come la presenza di neoplasie diverse dallo SCC, cisti, ascessi, o di metaplasia adiposa, che possono dissimulare all'imaging la necrosi centrale e conseguentemente portare alla diagnosi di falsi positivi. Il suo studio, tuttavia, dimostrava che l'utilizzo di questo parametro determinava una discesa in specificità di soli 6 punti percentuale, mantenendola ancora ad elevati livelli (dal 100% al 94%), dunque confermando i benefici dell'utilizzo del criterio necrosi.

Con riguardo ai linfonodi a pacchetto, Kaji et al ricorda come diversi studi facciano rientrare nel raggruppamento linfonodale anche

linfonodi definiti "borderline", così chiamati per avere un diametro 1 o 2 mm inferiore rispetto a quello scelto come cut-off; tuttavia resta ancora un parametro sotto investigazione e non tutti sono d'accordo nell'utilità dell'impacchettamento linfonodale in qualità di criterio addizionale per definire le metastasi cervicali.

Per quanto riguarda ciò che da noi è stato descritto come colliquazione, si può associare all'aspetto cistico che per Brekel et al facilmente simula la necrosi, mentre per Hoang et al, è da considerarsi relazionato alla presenza di HPV e, quindi, legato al tumore primitivo con sede orofaringea. Viceversa, lo stesso Hoang et al e Kaji et al concordano nel sostenere che le cisti possono essere relazionate ad una risposta infiammatoria da carcinoma papillare della tiroide; dunque per questi motivi e per la necessità di eseguire ulteriori valutazioni, al momento sconsigliamo l'uso della colliquazione per indicare la presenza di metastasi intranodale. Allo stesso modo, anche la compressione delle strutture non viene chiaramente specificata in letteratura ma può essere altresì associata a linfonodi ingranditi che, a causa della loro aumentata dimensione, comprimono le strutture limitrofe.

Nel nostro studio, abbiamo riscontrato significatività nell'ammettere la presenza di invasione extracapsulare rispetto ai casi in cui non veniva riscontrata alcuna caratteristica di malignità; tuttavia la presenza di ECE non si è dimostrata efficace nel predire la presenza di metastasi intranodale quando veniva associata all'uso di altre caratteristiche patologiche, come la presenza di linfonodi a pacchetto, necrosi, colliquazione, compressione di strutture e l'assenza di un piano di clivaggio.

Secondo Mermod et al e Souter et al, ECE rappresenta il predittore più importante per

la presenza di metastasi a distanza, e la sua presenza alla TC può essere rivelata per la comparsa di margini linfonodali indistinti, con o senza un margine di enhancement capsulare, e per l'infiltrazione delle strutture adiacenti (vasi sanguigni, muscolo o grasso). D'altra parte, Steinkamp et al, ha trovato un significativo numero di casi falsi positivi quando l'ECE veniva attribuito all'invasione delle strutture limitrofe, con una specificità del solo 72.7%, e Souter et al evidenzia l'importanza di includere radiologi dotati di una buona esperienza nell'ambito della regione testa-collo per migliorare la sensibilità dell'individuazione alla TC.

In contrasto con i nostri risultati, Zoulaman et al e King et al prevedevano l'uso di parametri radiologici additivi per definire la presenza di ECE, così rinvenendo che la presenza combinata di necrosi centrale ha un elevato valore predittivo negativo (NPV; 98%) nel prevedere la presenza di diffusione extranodale. In aggiunta alla necrosi, Seeburg et al suggerisce che i migliori predittori di invasione extracapsulare istologicamente dimostrata siano anche l'irregolarità dei bordi e l'invasione grossolana delle strutture adiacenti, situazioni che possono essere paragonate all'assenza di piano di clivaggio descritto dai nostri radiologi. Infatti, nel nostro studio non è stata rilevata alcuna differenza tra l'affermare la presenza di ECE o l'assenza di un piano di clivaggio.

Nel valutare l'enhancement, abbiamo riscontrato esserci una differenza significativa tra i due gruppi descritti dopo la somministrazione di mezzo di contrasto, a dimostrazione di come la distorsione di ciò che dovrebbe apparire come un enhancement omogeneamente distribuito sia associato con la presenza di linfonodi metastatici più di quando esso viene ritrovato omogeneo

alla TC. Conformemente ai nostri risultati, Brekel et al, Haberal et al e Steinkamp et al affermano che i linfonodi normali tendono a rispondere al mezzo di contrasto in modo omogeneo e leggermente più intenso rispetto al muscolo, mentre i linfonodi maligni tendono a farlo con una restrizione in diffusione, apparendo con una rima neoplastica più esaltata e, di conseguenza, in modo disomogeneo.

Viceversa, altri autori quali Curtin et al, Seeburg et al, e Anzai et al non segnalano l'utilizzo dell'enhancement come criterio per determinare la presenza di metastasi linfatiche cervicali alla TC, e considerano più importante la valutazione dell'irregolarità alla RM mediante immagini pesate in T2.

Tra gli altri criteri, abbiamo trovato casi in cui i linfonodi venivano descritti sotto forma di "linfogramulia". Questo parametro si è dimostrato essere significativo nel predire la presenza di metastasi quando confrontato con i casi che non venivano descritti per questo connotato e tantomeno per qualsiasi altra caratteristica di malignità, a dimostrazione di come non sia influenzato dalla presenza di altri criteri di anormalità. Ad ogni modo, la linfogramulia non è stata confermata da sufficienti elementi e per questo motivo avrebbe bisogno di ulteriori valutazioni per definire la sua affidabilità.

Infine, non abbiamo trovato alcuna evidenza statistica tra i casi con riconoscibilità dell'ilo e la sua influenza nel predire la presenza di malattia linfonodale metastatica. Questo risultato è in accordo con quanto descritto da Forghani et al e da Hoang et al, i quali affermano che un linfonodo normale tende ad apparire alla TC con un ilo adiposo ben definito. Contrariamente, lo stesso Hoang et al, suggerisce come artefatti a volume parziale

del normale ilo possano simulare la presenza di necrosi linfonodale e per questo motivo costituire una trappola, mentre Brekel et al evidenzia come l'immagine di ciò che viene descritto come metaplasia adiposa possa essere allo stesso modo mal interpretata come un focolaio di necrosi. Ad ogni modo, ricordiamo come l'ecografia resti la metodica d'elezione per la valutazione dell'ilo adiposo linfonodale.

CONCLUSIONI

Secondo la nostra esperienza, i parametri linfonodali risultati attendibili nel prevedere la presenza di metastasi intranodale sono risultati la forma, quando definita sospetta o irregolare, e la dimensione, sia quando è stata valutata per qualsiasi suo diametro, sia quando i linfonodi sono risultati >15 o 20 mm (livello 2A). Inoltre abbiamo riscontrato come anche la distorsione dell'enhancement, e la presenza di almeno un carattere di malignità, di franco aspetto patologico e/o di superamento extracapsulare (ECE) siano risultati criteri affidabili per la descrizione di linfonodi sospetti per neoplasia. Le caratteristiche che invece sono generalmente riportate come maligne ma che nella nostra casistica non hanno riportato significativa associazione con metastasi sono la dimensione maggiore di 10 o 15 mm (livello 2A), la presenza di linfonodi ingranditi e con forma rotondeggiante. Inoltre, nessuna caratteristica di malignità si è dimostrata più importante di un'altra nel prevedere malignità.

Tra i reperti generalmente riportati come benigni, non si sono dimostrati utili nel descrivere benignità la riconoscibilità dell'ilo, la forma ovale e la presenza di linfonodi piccoli o nei limiti, mentre la linfogramulia, nonostante la casistica resti limitata, si è dimostrata essere predittiva di malignità



IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLE COMPLICANZE NEI PAZIENTI PEDIATRICI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 1

Dr.ssa Sara Solidoro

BACKGROUND

La nefropatia diabetica (ND) è una frequente complicanza del diabete tipo 1 (DM1) e la microalbuminuria (MA) è sempre stata considerata la prima manifestazione della ND.

Negli ultimi anni, tuttavia, questo paradigma è profondamente mutato, almeno nell'adulto. Si è progressivamente consolidato il concetto che un basso filtrato glomerulare stimato (eGFR) senza MA rappresenti la fase più precoce e prevalente della ND.

La nuova ipotesi, quindi, è che la ND sia caratterizzata, nella fase iniziale, da due distinti fenotipi:

1. basso eGFR non-microalbuminurico (MA - eGFR -) (eGFR < 90 ml/min/1.73m²);
2. fenotipo microalbuminurico con normale eGFR (MA + eGFR +).

Questi nuovi orientamenti sono stati ampiamente dimostrati nel diabete tipo 2 ma mai nei bambini e adolescenti con DM1. Per tale ragione negli ultimi anni, tutti gli sforzi si sono concentrati nel verificare se in ambito pediatrico e nel DM1 ci fosse effettivamente un riscontro con quanto rilevato nel DM2 dell'adulto. Una scoperta inaspettata ed altrettanto interessante è stata identificare una prevalenza del 30% del fenotipo eGFR- nei bambini e negli adolescenti con DM1 e come il fenotipo fosse associato ad una serie di condizioni, tra cui più alti livelli di acido urico, maggior prevalenza di malattie autoimmuni, infiammazione di basso grado espressa come alto rapporto neutrofililinfociti e maggior prevalenza del sesso maschile.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale dello studio è analizzare la prevalenza e la sua variazione a distanza

di 1 anno di follow-up in una coorte di bambini ed adolescenti con DM1 di:

- ridotto eGFR (< 90 ml/min/1.72 m²)
- riduzione dell'eGFR (>3.3% in 1 anno)
- presenza di microalbuminuria (>30-299 mg/die) o aumentato rapporto albumina/creatinina nelle urine (>30-299 mg/g di creatinina)
- dislipidemia (definita come LDL-C >130 mg/dl)

Tra gli obiettivi secondari, la ricerca di i fattori predittivi o associati a ciascun fenotipo che possono guidare la diagnosi precoce ed il follow-up.

METODI

Si tratta di uno studio osservazionale retrospettivo che ha valutato un campione di bambini ed adolescenti con DM1, dal 01 luglio 2017 al 31 dicembre 2019.

I pazienti inclusi nello studio sono bambini ed adolescenti di età compresa tra i 6 ed i 18 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 1 da almeno due anni in assenza di episodi di chetoacidosi e/o d'infezioni nei 3 mesi alla visita.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con diabete non autoimmune e che hanno manifestato chetoacidosi diabetica e/o malattia infettiva nei precedenti 3 mesi.

All'arruolamento i pazienti sono stati caratterizzati per tutti i dati anagrafici, clinici, laboratoristici, terapeutici e relativi allo stile di vita.

I dati raccolti includono:

- Dati clinici:
 1. Peso in kg;
 2. Altezza in cm;
 3. BMI in z-score (secondo le curve di Cacciari);
 4. Pressione arteriosa Sistolica in mmHg;
 5. Pressione arteriosa Diastolica in mmHg;

6. Pubere (no=0, sì=1).
7. Durata del DM1 in mesi;
8. DKA alla diagnosi (no=0, sì=1);
9. Unità giornaliere totali di insulina in U/kg/die.

- Dati laboratoristici:

1. Emoglobina glicosilata (HbA1c) in % e mmol/l;
2. Colesterolo in mg/dl;
3. Trigliceridi mg/dl;
4. HDL in mg/dl;
5. Creatinina in mg/dl;
6. Microalbuminuria in mg/dl*
7. Globuli Bianchi: conteggio totale in migliaia per μ L;
8. Neutrofili: conteggio totale in migliaia per μ L;
9. Linfociti: conteggio totale in migliaia per μ L;
10. Proteina C reattiva (PCR) in mg/dl.

Non è stato considerato, invece, l'acido urico perché non rientra nel consueto follow-up.

- Dati sull'eventuale presenza di comorbidità:

1. Celiachia (no=0, sì=1);
2. Tiroidite autoimmune (no=0, sì=1);
3. Altra autoimmunità (no=0, sì=1).

* La positività della MA impone una conferma su almeno un secondo campione indipendente dal primo ed a distanza di situazioni interferenti quali infezione, rialzo febbrile, stress fisico, brusco cambio climatico, ciclo mestruale.

RISULTATI

L'analisi di questa coorte ha permesso di definire la prevalenza del fenotipo eGFR ridotto non microalbuminurico nella popolazione pediatrica che è passata dal 13 al 15% nel corso di 1 anno di follow-up. Non sono stati rilevati casi di pazienti con eGFR ridotto e mi-

croalbuminuria, mentre la prevalenza di casi con microalbuminuria (con eGFR nella norma) è passata dall'1 al 2% nel corso dell'anno di follow-up, con una prevalenza di rapporto microalbuminuria/creatininuria patologico stabile al 6%.

Nella nostra coorte di pazienti, non sono stati considerati i livelli di acido urico (non essendo questo esame parte integrante del follow-up ed essendo lo studio retrospettivo) ma altri parametri clinico-laboratoristici si sono dimostrati fortemente correlati al fenotipo eGFR <90 ml/min/1.73 m²:

la prima associazione riguarda i valori di HbA1c che fanno dedurre una possibilità di miglioramento della condizione renale a seguito di un controllo glicemico più rigoroso, in accordo con gli studi precedenti.

anche il sesso maschile e l'età maggiore sono associate al fenotipo eGFR ridotto, così come la pressione arteriosa sistolica al tempo 1, in linea con quanto detto in letteratura;

al tempo 2 abbiamo riscontrato un'associazione dell'eGFR ridotto anche con la celiachia, come descritto in letteratura, e la quota di linfociti (ma non il rapporto N/L) e il fabbisogno insulinico gioranliero.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha verificato la prevalenza delle principali complicanze del diabete mellito di tipo 1 in età pediatrica secondo le varie definizioni e l'evoluzione nell'arco di 1 anno di follow-up.

I dati rafforzano quanto già descritto dai lavori antecedenti, sottolineando in particolare il forte impatto del fenotipo eGFR ridotto non microalbuminurico nello scenario della nefropatia diabetica. Tuttavia, le prevalenze del fenotipo con eGFR ridotto non microalbuminurico e della microalbuminuria persistente sono nettamente ridotte nella nostra coorte rispetto a quanto segnalato nei precedenti studi.

APPLICAZIONE DI UN SISTEMA
AUTOMATIZZATO
PER LA VALUTAZIONE DELLA DENSITÀ
OSSEA IN TC CONE BEAM
A SCOPO IMPLANTARE

Dr.ssa Jessica Stocchi

OBIETTIVO

La valutazione pre-chirurgica della densità ossea mediante la Tomografia Computerizzata Cone Beam (CBCT) che precede il posizionamento dell'impianto rappresenta una fase fondamentale per ottimizzare i risultati della terapia impianto-protetica. Tuttavia, al giorno d'oggi, un metodo quantitativo e standardizzato di valutazione della densità non è ancora disponibile. Questo studio mira a sviluppare un algoritmo automatizzato per la valutazione delle scansioni CBCT che permetta di elaborare i dati riguardanti la densità ossea del sito implantare programmato con il fine ultimo di creare un indice uniforme e coerente che possa guidare il clinico, attraverso un approccio oggettivo, verso corrette valutazioni diagnostiche e verso scelte operative mirate.

MATERIALI E METODI

Sono state raccolte dal database della Clinica Odontoiatrica dell'Ospedale Maggiore di Trieste 47 immagini CBCT di pazienti anonimizzati. Per ognuna è stata selezionata una porzione di cresta edentula per pianificare virtualmente il posizionamento di un impianto. Per ogni immagine CBCT è stata esportata una regione di interesse (ROI) in matrice 512x512, selezionata evitando di coinvolgere limiti anatomici come il canale alveolare inferiore ed il seno mascellare. È stata analizzata, attraverso un software di visualizzazione DICOM, una ROI di 20x20 pixel (7 mm). È stato dunque creato un software

personalizzato basato su un algoritmo automatizzato in grado di differenziare in questo volume le componenti più o meno dense dell'osso trabecolare che sono state rappresentate in due curve gaussiane.

Il rapporto tra l'area meno densa e quella più densa è rappresentato da un valore positivo che è stato messo in correlazione con la classificazione dell'osso spongioso proposta da Vercellotti come segue: "Low" <0.5 , "High" >1 , "Medium" per i restanti valori e "NC" quando il software non è in grado di calcolare questo rapporto.

Le stesse sezioni CBCT sono state inoltre valutate secondo le classificazioni di Misch e di Vercellotti da cinque diversi operatori (quattro chirurghi orali esperti -CS- -FB- -AR- -TL- ed un radiologo esperto -FC-). I dati ottenuti sono infine stati analizzati utilizzando il test di concordanza di Fleiss.

RISULTATI

La percentuale di accordo fra gli operatori per la classificazione di Misch è stata del 50,21% (kappa marginale libero=0,34; kappa marginale fisso=0,27). Per quanto riguarda la valutazione dell'osso spongioso secondo la classificazione di Vercellotti, la percentuale di accordo è stata del 56,81% (kappa marginale libero =0,35; kappa marginale fisso =0,34). Per quanto riguarda la misurazione dello spessore dell'osso corticale secondo la classificazione di Vercellotti il kappa marginale libero è risultato essere 0.60 ed il fisso 0.56, con una percentuale di accordo fra gli operatori del 70%.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dall'analisi al software si evince che l'unione delle Gaussiane non è sempre stata rilevata in modo ottimale. In alcuni casi la somma dei parametri approssima bene l'andamento dell'istogramma, ma una delle due curve ri-

sulta essere piatta: in questi casi il parametro delle funzioni Gaussiane è stato eseguito manualmente. È stata creata una tabella dove vengono riportati e suddivisi i valori correlati alla valutazione dell'osso spongioso secondo la classificazione di Vercellotti ottenuti automaticamente e manualmente.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati dei test di concordanza fra più esaminatori confermano quanto sia soggettiva la valutazione ed interpretazione della densità ossea osservando le immagini CBCT ed applicando le classificazioni esistenti.

Il sistema delle Gaussiane utilizzato stima in modo ottimale l'intero grafico ottenuto dall'istogramma ma non separa adeguatamente le due funzioni e di conseguenza il 50% dei risultati non è classificabile. Stimando manualmente i parametri delle funzioni Gaussiane, i risultati migliorano significativamente. Sulla base dei dati preliminari di questa tesi, possiamo considerare promettenti i risultati ottenuti con l'algoritmo sviluppato per la valutazione oggettiva della densità ossea, anche se al momento la sua applicazione non è completamente automatica. Per ovviare a questo problema verrà sviluppato e studiato un nuovo metodo di stima Gaussiana basato sulla stima della densità Kernel.

RUOLO DI BNP E MET NELLA VALUTAZIONE PREOPERATORIA DEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CHIRURGICO SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ORTOPEDICA IN ELEZIONE

Dr. Amerigo Tabacco

INTRODUZIONE

Si stima che il numero di interventi chirurgici

al mondo superi i 310 milioni di procedure ogni anno, mentre in Europa, questo numero, ammonta annualmente a 5.000-5.500 procedure per 100.000 abitanti, pari a 37-40 milioni di procedure all'anno.

Inoltre, secondo le più recenti linee guida dell'*European society of cardiology*, si presume che circa un terzo di questi interventi vengano eseguiti su pazienti ad alto rischio per complicanze cardiovascolari.

Nei pazienti adulti sottoposti a chirurgia non cardiaca in Europa, la mortalità intraospedaliera si aggira intorno al 4% e questo valore può superare a volte la soglia del 7% nei pazienti con malattia coronarica e/o insufficienza cardiaca congestizia.

La stratificazione del rischio peri-operatorio rappresenta quindi un momento fondamentale nella valutazione preoperatoria del paziente da sottoporre a chirurgia maggiore non cardiaca.

Le linee guida a tal riguardo in Europa sono state pubblicate dalla *European Society of Anesthesiology (ESA)* in accordo alla *European Cardiology Society (ECS)*.

Attualmente esistono numerose serie di score per la stratificazione del rischio cardiaco peri-operatorio del paziente candidato a chirurgia non cardiaca. Tra questi, l'*American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA-PS)*, il *Revised Cardiac Risk Index (RCRI)* e il *National Surgical Quality Improvement Program Myocardial Infarction and Cardiac Arrest (NSQIP MICA)* sono quelli maggiormente accreditati.

È stato dimostrato inoltre che anche alcuni markers laboratoristici come gli ormoni natriuretici *Brain Natriuretic Peptide (BNP)* e il pro-B-type natriuretic peptide, suo precursore, possano essere utili a valutare il profilo cardiovascolare del paziente e di conseguenza il suo rischio di eventi avversi nel peri-operatorio.

Sempre in accordo con le linee guida dell'ESA

2014, la stima della capacità funzionale cardiovascolare, misurata in equivalenti metabolici, risulta essere un aspetto importante in quanto riflette il massimo consumo di ossigeno raggiunto sotto sforzo.

È stato dimostrato in diversi studi come la misura della fitness cardiovascolare, per mezzo della valutazione del paziente con test da sforzo, sia associata ad eventi cardiovascolari e di come questa possa essere stimata anche tramite questionari da sottoporre ai pazienti per valutare la loro capacità di svolgere attività quotidiane. Questi studi però sono stati condotti per la maggioranza dei casi solo in ambito non operatorio e i dati per tali aspetti sono molto limitati nei pazienti chirurgici.

Questo progetto di tesi si propone di valutare il potere predittivo del MET stimato e dei livelli plasmatici di BNP in fase preoperatoria al fine di prevenire eventi avversi maggiori di natura cardiaca (MACE), quali la fibrillazione atriale, scompenso cardiaco acuto o l'infarto miocardico in pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico ortopedico di sostituzione protesica d'anca in elezione.

SCREENING SUI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE E PATOLOGIE CONCOMITANTI, NEL TERRITORIO DI LATINA, PREDISONENTI ALLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Dr. Marco Taurian

INTRODUZIONE

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia sopra ventricolare con maggior incidenza nella "old population" la quale, con alta probabilità, si evidenzia clinicamente con un stroke. La FA rimane oggetto di ampio studio nel mondo accademico.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Abbiamo voluto osservare, nello stile di vita quotidiano, se esistono dei fattori di rischio cardiovascolari noti nelle L.G. internazionali che coadiuvano l'origine della FA sia persistente che parossistica

MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati arruolati 87 pazienti, di età media $69,62 \pm 11$ anni. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi. Il Gr.A comprendeva 40 pz (23M e 17F) in FA persistente; il Gr.B 47 pz (31M e 16F) in FA parossistica. Sono stati valutati per ogni paziente fattori di rischio e patologie associate. Ogni paziente è stato sottoposto a una visita medica cardiologica, un elettrocardiogramma (ECG) a 12 derivazioni e ad un ecocardiogramma color-doppler transtoracico

RISULTATI

Il calcolo del t di student applicato alla media delle età nei due gruppi di studio Gr.A e Gr.B ha dato come risultato una significatività, ($p < 0,02$). L'ipertensione si è riscontrata nel 95% dei pazienti, seguita dalla dislipidemia presente nel 64,37% dei pazienti, dalla familiarità con l'incidenza del 59,75%, dall'iperomocisteinemia e dal fumo presenti rispettivamente nel 50,57% e 35,63. Le patologie valvolari si sono riscontrate nel 94% dei pazienti, seguite dalle patologie intestinali nel 30%, dalla BPCO e scompenso cardiaco presenti nel 20 % della popolazione e sindrome bradi-tachi nel 18%. I valori della FE non hanno mostrato significatività nel confronto fra i due gruppi ($p > 0,05$), mentre è stata riscontrata una significatività tra il valore della FE tra gli uomini dei due gruppi Gr.A e Gr.B ($p < 0,05$). Il confronto tra le dimensioni dell'atrio sinistro e destro nei due gruppi ha mo-

strato una significatività ($p < 0,05$). Parimenti significativo è risultato il confronto tra le dimensioni atriali tra gli uomini e le donne nei due gruppi ($p < 0,05$)

CONCLUSIONI

Lo studio ha sostanzialmente confermato a livello territoriale i dati presenti a livello nazionale sulla fibrillazione atriale. L'età avanzata si è confermata come un fattore legato alla cronicizzazione della fibrillazione. L'ipertensione, con un'incidenza del 95%, si conferma essere il fattore di rischio più evidente nei pazienti fibrillanti; la patologia valvolare, con un'incidenza del 94%, la patologia associata di maggior riscontro. L'aumento delle dimensioni atriali è correlato alla cronicizzazione della patologia.

TRATTAMENTO DELL'IPERPARATIROIDISMO PRIMITIVO IPERCALCEMICO CON CALCIOMIMETICI: RISULTATI A BREVE E MEDIO TERMINE IN UNA COORTE DI PAZIENTI AMBULATORIALI

Dr.ssa Silvia Taurian

L'iperparatiroidismo primitivo è un disturbo endocrino causato nella maggior parte dei casi dalla presenza di un adenoma delle ghiandole paratiroidee piuttosto che un'ipertrofia ghiandolaire o la presenza di un carcinoma che causano un eccessivo rilascio dell'ormone paratormone.

Il paratormone partecipa alla

Calcemia (mg/dL)	11,45	10,59	10,49	10,61	10,54	10,16
------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Grafico 1: Nel grafico è illustrato come variano i livelli di calcio sierico dal momento 0 corrispondente all'assenza di trattamento e poi nei follow-up successivi a distanza di 3-6 mesi l'uno dall'altro.

regolazione dell'omeostasi del metabolismo del calcio-fosforo e una sua eccessiva presenza provoca manifestazioni scheletriche, manifestazioni renali, cardiovascolari e in maniera meno evidente alterazioni neurocognitive e gastrointestinali.

La risoluzione del disturbo prevede l'approccio chirurgico ma per i casi in cui questo non sia possibile (pazienti non candidabili all'intervento chirurgico per comorbidità, pazienti ad alto rischio operatorio, rifiuto dell'intervento, presenza di iperparatiroidismo primitivo persistente dopo una prima chirurgia o recidiva, mancata localizzazio-

Paratormone (pg/mL)	236,0725	240,713	187,355	211,2026	204,2806	196,06
---------------------	----------	---------	---------	----------	----------	--------

Grafico 2: Il grafico descrive la variazione dei livelli di paratormone dallo stato basale in cui i pazienti non assumono Cinacalcet fino al follow-up numero 5.

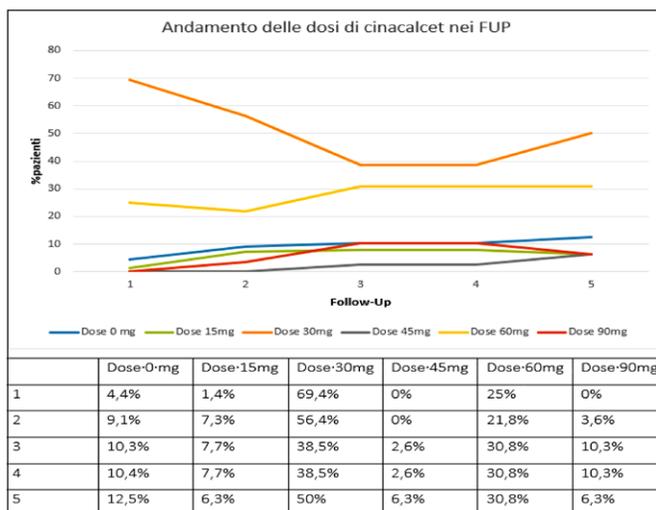


Grafico 15: Andamento delle dosi di Cinacalcet assunte dalla popolazione nel corso dei vari follow-up.

ne dell'adenoma paratiroideo da imaging negativo) il trattamento di scelta è medico farmacologico tramite presidi volti a ridurre il turnover osseo (bifosfonati, estrogeni) o ridurre il rilascio di paratormone (vitamina D, Cinacalcet).

Prima del trattamento i pazienti mostravano ipercalcemia, ipofosforemia lieve ed elevati valori di paratormone.

Gli studi registrativi dei farmaci vengono condotti, di norma, su popolazioni molto omogenee, arruolate in base a criteri di inclusione rigorosi; la risposta ai trattamenti, di conseguenza, risulta ottimale, proprio per l'omogeneità clinico-laboratoristica dei soggetti studiati. Nella pratica clinica comune, la cosiddetta "real-life", al contrario, i pazienti presentano molte comorbilità ed assumono terapie complesse, che, spesso, riducono l'efficacia dei farmaci somministrati. Il nostro intento, pertanto, è stato quello di valutare la risposta clinico-laboratoristica al cinacalcet nella "real-life".

Pur non dimenticando che il trattamento di scelta nell'iperparatiroidismo primitivo è la chirurgia, si può considerare Cinacalcet per ridurre i livelli di calcio sierico nella popolazione di pazienti con iperparatiroidismo primitivo, sono risultati diversi rispetto al riscontro in letteratura gli effetti del farmaco in termini di riduzione dei livelli di paratormone e del rialzo del fosfato sierico anche se, come già detto, ciò potrebbe essere ascritto ai bassi dosaggi terapeutici da noi impiegati. Questa scelta viene attuata nella real-life perché spesso i pazienti trattati, sono anziani e gravati da diverse comorbilità

IL TRAUMA CRANICO LIEVE IN PRONTO SOCCORSO: CARATTERISTICHE CLINICO- STRUMENTALI E OUTCOME

Dr. Giacomo Tomat

INTRODUZIONE

Il trauma cranico lieve è la forma di trauma cranico epidemiologicamente più rappresentata e si configura come una sfida gestionale importante: sebbene l'aggressività terapeutica necessaria rispetto alle forme di trauma moderate e severe sia minore, diventa fondamentale individuare la quota di pazienti con mTBI che svilupperà lesioni intracraniche, senza però somministrare esami di neuroimaging in maniera indiscriminata. Il presente lavoro si propone di valutare l'associazione di alcuni elementi clinicamente e laboratoristicamente rilevabili e il referto della TC cranio nei pazienti accolti in Pronto Soccorso per o con mTBI e di confrontare i risultati ottenuti con la letteratura già presente sull'argomento.

METODI

È stato effettuato uno studio retrospettivo sulla base dei dati raccolti tra i pazienti accolti in pronto soccorso con trauma cranico lieve. I dati sono stati rilevati dai medici responsabili della gestione del paziente e comprendono: età, sesso, data del ricovero, ora della presa in carico, ora della prima TC, tempo trascorso tra la presa in carico e la prima TC, comorbilità, uso di anticoagulanti e antiaggreganti, INR, piastri, GCS in ingresso, presenza di sintomatologia neurologica, dinamica del trauma, eventuale associazione con altre lesioni, presenza di anomalie alla prima TC e loro tipologia, eventuale esecuzione della



seconda TC (con tempo trascorso rispetto alla prima e con eventuali modificazioni), gestione del paziente, tipologia di dimissione e giornata di dimissione, follow-up al trentesimo giorno per presenza di esiti, valutazione dei punteggi secondo NICE e CCHR. Non tutti i dati raccolti sono stati presi in analisi nel presente lavoro.

RISULTATI

Sono stati analizzati 507 pazienti, di questi 505 sono stati sottoposti alla TC e 33 sono risultati positivi per elementi considerati significativi per il presente lavoro. Sebbene sia stata individuata una correlazione statisticamente significativa tra alcuni parametri analizzati e referti anomali alla TC, i risultati di maggior rilievo sono stati l'elevato valore predittivo negativo (96%) della assenza di sintomi per positività alla TC e la non significatività ($p=0,4$) per l'associazione tra assunzione di farmaci anticoagulanti ed episodi ICH post-traumatica.

CONCLUSIONE

La limitata potenza statistica del campione impedisce di trarre conclusioni definitive ma, a seguito delle osservazioni effettuate, è ragionevole sostenere che l'utilizzo routinario della TC nel paziente con mTBI non sia sempre l'approccio più corretto.

SENSIBILIZZAZIONE AD ACRILATI E METACRILATI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E NEI SOGGETTI CON SOSPETTA ALLERGIA DA CONTATTO

Dr. Mattia Zorzin

INTRODUZIONE

I monomeri acrilici e metacrilici sono una famiglia di composti chimici che si presentano

come esteri, sali o basi coniugate dell'acido acrilico; sono infiammabili, volatili, tossici e incolore allo stato liquido, usati diffusamente nella loro forma monomeriche: nei prodotti di ogni giorno, come adesivi, colle, vernici, rivestimenti tessili e non; nell'utilizzo ospedaliero: come cementi per le protesi, sia odontoiatriche che ortopediche; sia nella loro forma polimerizzata come plastiche.

A causa della loro grande diffusione ed utilizzo, questi composti sono stati ampiamente descritti e valutati sin dagli anni '40, quando venne descritta per la prima volta la dermatite da contatto causata dal metilmetacrilato (MMA). Dagli anni '50 in poi numerosi studi su queste molecole si sono susseguiti andando a valutare le dermatiti occupazionali fino al giorno d'oggi. Tuttavia, sono ancora pochissimi gli studi effettuati sulla popolazione generale. L'obbiettivo del nostro studio è stato quello di andare a valutare la prevalenza della sensibilizzazione agli acrilati nei pazienti che hanno eseguito il patch test a Trieste dal 1998 al 2018.

METODI

La popolazione oggetto del nostro studio è composta da pazienti indirizzati da ortopedici ed odontoiatri all'ambulatorio di Allergologia dell'Unità Clinico Operativa di Medicina del Lavoro dal 1998 al 2018 che hanno eseguito patch test per acrilati e metilacrilati al fine di diagnosticare una possibile allergia da contatto successivamente a protesi già posizionata o ad esposizione professionale in ambito odontoiatrico, o per escludere una sensibilizzazione primitiva all'applicazione di protesi ortopedica od odontoiatrica. In aggiunta al patch test specifico per le protesi, in entrambi i casi i pazienti sono stati valutati con la serie standard dal 1998 al 2015.

Per tutti il medico ha compilato un questionario standardizzato con informazioni sullo stato di salute, sulla familiarità allergica,

sulle allergie cutanee e respiratorie presenti o pregresse, sull'intolleranza alla bigiotteria, sulle allergie alimentari e a farmaci. Successivamente, tutti sono stati sottoposti a una visita medica prima dell'applicazione del patch test.

RISULTATI

Tra il 1998 e il 2018 sono stati sottoposti a patch test con serie acrilati (serie protesi ortopediche, serie protesi odontoiatriche, serie odontoiatri) 783 persone, delle quali 197 (25,2%) maschi e 586 (74,8%) donne, inviati alla Medicina del Lavoro di Trieste per accertamenti medici: o per la valutazione di eventuali allergie primitive al posizionamento di protesi ortopediche e portesi odontoiatriche, o per sospetta dermatite allergica da contatto in protesi già posizionate. In totale sono stati diagnosticati 31 casi positivi di dermatiti allergiche da contatto ad almeno un acrilato (4%), di cui 7 maschi (22,6%) e 24 donne (74,4%). Abbiamo suddiviso il nostro campione totale in due popolazioni sulla base della causa con cui i pazienti afferivano alla Medicina del Lavoro: per essere testati precedentemente al posizionamento di una protesi, o presentatisi con sintomatologia di dermatite allergica dopo il posizionamento di una protesi o correlata alla mansione odontoiatrica. Di entrambe le popolazioni si è valutata la prevalenza agli acrilati: all'interno della popolazione generale sono stati identificati 26 casi positivi ad almeno un acri-

lato con una prevalenza del 4,3%; nella popolazione sintomatica, invece, i casi sono stati 5 con una prevalenza del 2,7%. Infine, se vogliamo andare a valutare la sottoclasse lavorativa, su 18 casi testati ad acrilati solamente 1 è risultato essere positivo con una prevalenza del 5,5%.

CONCLUSIONI

L'analisi della nostra casistica ha permesso di valutare nell'arco di vent'anni la prevalenza della DAC da acrilati nella realtà della Medicina del Lavoro di Trieste. Dai risultati emersi la prevalenza del nostro campione è risultata essere nettamente più elevata rispetto alle stime riportate in letteratura. Inoltre, la prevalenza della popolazione generale è risultata nettamente più elevata rispetto alla popolazione sintomatica (sicuramente già venuta in contatto con acrilati).

Tra gli acrilati testati invece è emerso che l'etil acrilato è risultato l'allergene più comune con una prevalenza del 2,55%, in letteratura questo allergene è risultato tra i più comuni in un singolo studio, gli altri studi in letteratura hanno identificati 2-HEMA come allergene più comune, da noi risultato sempre negativo. Inoltre abbiamo riscontrato come queste sostanze non correlino in nessun modo con gli altri apteni studiati, mentre tra di loro possano esserci fenomeni di cross-reattività o di cosensibilizzazione.



Emilio Devetta
IL VIAGGIATORE IMMOTO

Il libro contiene una silloge di 167 poesie da me scelte tra quelle scritte dal 2006 al 2019. Le liriche sono una riflessione sugli accadimenti di cui sono stato protagonista o spettatore ed hanno l'ambizione di trasmettere un messaggio universale poiché le mie esperienze sono o potrebbero essere quelle in cui ognuno si imbatte nella vita. Il tema conduttore che lega tutta la produzione è quello del tempo. Il libro è stato presentato nel corso del 2019 all'Auditorium di Ronchi dei Legionari, al museo di Santa Chiara a Gorizia nell'ambito della mostra su Francesco Giuseppe ed alla Prefettura di Gorizia per i 100 anni della sezione goriziana della Dante Alighieri. Il volume, per chi fosse interessato, è disponibile nelle librerie a Gorizia, Monfalcone e Ronchi dei Legionari.



Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	3
<i>A Illegio è protagonista la bellezza scomparsa e prodigiosamente riapparsa di straordinari capolavori della storia dell'arte</i>	4
<i>In copertina</i>	5
<i>L'arte di Gustav Klimt</i>	8
<i>"Due righe" in tempi di Covid-19</i>	11
Abstract delle tesi di laurea	
<i>Dr.ssa Martina Angelini</i>	13
<i>Dr. Andrea Ballaben</i>	13
<i>Dr. Francesco Caliri</i>	14
<i>Dr.ssa Maura Camolese</i>	15
<i>Dr. Alberto Chiandetti</i>	16
<i>Dr.ssa Anna Cicigoi</i>	17
<i>Dr. Rodrigo Cicuttin</i>	19
<i>Dr.ssa Matilde Contessa</i>	20
<i>Dr. Jacopo Conti</i>	23
<i>Dr. Davide Femia</i>	24
<i>Dr.ssa Federica Grazian</i>	25
<i>Dr.ssa Caterina Liudmila Graziani</i>	26
<i>Dr.ssa Martina Laganà</i>	27
<i>Dr.ssa Margherita Langella</i>	28
<i>Dr.ssa Cecilia Lezcano</i>	29
<i>Dr.ssa Angelica Loprete</i>	31
<i>Dr.ssa Irene Malni</i>	32
<i>Dr.ssa Ilaria Martellani</i>	33
<i>Dr.ssa Giorgia Mrakic</i>	35
<i>Dr. Federico Nitti</i>	36
<i>Dr. Filippo Orlando</i>	38
<i>Dr.ssa Ylenia Padoan</i>	38
<i>Dr. Federico Pica</i>	40
<i>Dr. Davide Pisacane</i>	41
<i>Dr.ssa Donatella Maddalena Sansone</i>	42
<i>Dr.ssa Maria Sole Scalia</i>	43
<i>Dr.ssa Sara Solidoro</i>	49
<i>Dr.ssa Jessica Stocchi</i>	51
<i>Dr. Amerigo Tabacco</i>	52
<i>Dr. Marco Taurian</i>	53
<i>Dr.ssa Silvia Taurian</i>	54
<i>Dr. Giacomo Tomat</i>	55
<i>Dr. Mattia Zorzin</i>	56

Direttore responsabile:

Dr. Adriano Segatori

Comitato di redazione:

Il Consiglio dell'Ordine

Presidente:

Dr.ssa Roberta Chersevani

VicePresidente:

Dr. Albino Visintin

Segretario:

Dr. Antonio Colonna

Tesoriere:

Dr.ssa Liliana Foghin

Consiglieri:

Dr.ssa Manuela Bosco

Dr Fulvio Calucci

Dr.ssa Teresa Carbone

Dr. Paolo Coprives (odontoiatra)

Dr. Gianfranco Ferrari (odontoiatra)

Dr.ssa Francesca Medeot

Dr.ssa Laura Zulli

Commissione Albo Odontoiatri:**Presidente:**

Dr. Gianfranco Ferrari

Componenti:

Dr. Paolo Coprives

Dr.ssa Maria Gabriella Grusovin

Dr.ssa Monica Massi

Dr. Lorenzo Spessot

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

Dr.ssa Marcella Bernardi

Componenti effettivi:

Dr. Romano Guerra

Dr.ssa Leila Tomasin

Componente supplente:

Dr Walter Ziani

Proprietario:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

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

P. zza Vittoria 41, 34170 Gorizia

Tel. 0481 534787 / Fax 0481 30111

E-mail egoserv@tmedia.it**Consulenza legale****Avv. Alberto Tofful**

Via Morelli 34, 34170 Gorizia

Tel. 0481 33367 / Fax 0481 34778

E-mail altofful@tin.it**Avv. Rossanna Gregolet**

Via IX Giugno 103, 34074 Monfalcone

Tel. 0481 412414 / Fax 0481 419490

E-mail rgregolet@tiscalinet.it**Segreteria: Orari di apertura al pubblico**

lunedì: 10.00-14.00

martedì: 10.00-14.00

mercoledì: 10.00-14.00

giovedì: 10.00-14.00

venerdì: 10.00-14.00

www.ordinemedici-go.ite-mail: info@ordinemedici-go.itPec: segreteria.go@pec.omceo.it

tel. 0481 531440

Dicembre 2020

copia omaggio

anno 20 n. 1

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

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

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

