

Bollettino

n. 1/2022



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

Editoriali dei Presidenti



Madonna della Pace:

Eravamo in realtà alla ricerca di un'immagine rappresentativa dell'indifferenza, che caratterizza questo momento storico, dopo aver pensato di tralasciare immagini di aggressività.

Abbiamo incontrato una Madonna con cerotti, che diventa un simbolo laico, semplice, alla portata di tutti, ancorché icona bizantina donata a Venezia nel tredicesimo secolo. Questa Madonna è molto umana, la si sente vicina, con i cerotti che ne testimoniano il restauro in atto, e forse anche una certa debolezza, che ci avvicina ulteriormente. Figura da rispettare anche da agnostici, al di là dei propri credi. Come sempre grazie ad Albino Visintin, per il suo apporto culturale e questa volta anche mistico.

La Madonna della Pace ci sta facendo compagnia, in un percorso complesso, di cui non conosciamo l'esito. Qualcuno avrà da obiettare: certo non occorre credere alla Madonna, ma spesso seguiamo tristi guru molto meno accreditati nel tempo e nella storia, che stanno condizionando i nostri comportamenti. Ognuno è padrone di decidere a chi affidarsi! Magari anche ai social.

L'esortazione è alla Pace, tenendo in considerazione la sua definizione più ampia e completa e non solo una antitesi alla guerra. Pace come condizione di assenza di conflitti e di normalità di rapporti.

Far Pace - sì - tra pazienti e medici sempre più in guerra, tra pazienti e Servizio Sanitario Nazionale (teniamocelo stretto), tra quella curiosa e incomprensibile bagarre tra vax e no vax, impossibile da sostenere in ambito sanitario.

Far Pace con gli autori di gravi minacce.

Far Pace in ambito dell'insegnamento universitario che ha visto episodi non accettabili di mancato rispetto tra docenti e discenti.

Far Pace in ambito di Enti Previdenziali deputati al sostegno dei nostri colleghi pensionati. Il Covid non ha manifestato solo perduranti sintomi long, ma ha incrementato la nostra cattiveria e aggressività. Il nostro malessere deve trovare un colpevole: il Governo, la politica, il Ministero, l'Ordine, la riunione di condominio, la precedenza all'incrocio. Ha slatentizzato l'aggressività. E allora torniamo a quella Madonna della Pace, al senso di comunità, alla carità.

A ciascuno il suo esame di coscienza.

Vi auguro un Natale e un 2023 di Pace.

Roberta Chersevani



Desiderio di indipendenza?

Da alcuni anni è aperta una discussione che ogni tanto torna di moda. Si parla di Ordini separati tra odontoiatri e medici. La legge Lorenzin ha portato significative modifiche all'assetto della gestione interna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Applicando la legge completamente, la componente odontoiatrica potrebbe avere tutta l'autonomia necessaria, sia quella gestionale, che quella economica. Siamo da anni in attesa dei decreti attuativi della suddetta legge e come spesso capita in Italia, qualche politico più o meno illuminato riesce a far passare in parlamento una nuova legislazione,

ma poi l'interpretazione della stessa e la sua applicazione, risultano posticipate all'infinito a causa di lentezze burocratiche e sabbia gettata ad hoc negli ingranaggi della macchina ministeriale, dalle persone a cui non fa comodo il cambiamento. E quindi cosa fare? Costituire un Ordine degli Odontoiatri indipendente? Ci troveremo di fronte a grosse difficoltà sia economiche che organizzative.

Anni fa si era cercato di fare i conti sui costi dell'operazione e si era giunti alla conclusione che, per mantenere l'attuale assetto provinciale, sarebbe stato necessario un contributo annuo per iscritto di circa 1.500 Euro. Decisamente troppo importante. Per avere costi molto più contenuti l'alternativa sarebbe quella di costituirsi in forma federativa come oggi, ma con delegazioni non provinciali, ma regionali. Questo comporterebbe due grandi problemi: da un lato che la distanza da coprire per raggiungere la sede regionale dell'Ordine, sarebbe in certe realtà, come per esempio la Sardegna, la Sicilia, l'Emilia Romagna o la Lombardia, molto o troppo rilevante, difficoltà sia per gli iscritti che per i dirigenti, dall'altro che, conoscendo la litigiosità campanilistica e la differenza nel numero degli iscritti tra le grandi città e la provincia, il patrimonio culturale ed intellettuale proveniente dalle piccole realtà, potrebbe andare disperso.

E poi? Cosa potremmo fare da soli? È chiaro che il compito dell'Ordine è quello che lo Stato gli ha destinato, cioè contribuire a tutelare la salute dei cittadini. Ma quanto peso specifico riusciremmo ad avere di fronte al decisore politico senza la forza dei numeri legata alla componente medica?

Da alcuni anni il clima tra la componente ordinistica nazionale e quella sindacale, che prima era invivibile, è decisamente migliorato ed anche tra il sindacato più rilevante dei dentisti e gli altri importantissimi sindacati medici, adesso è buono. La situazione è quindi attualmente serena e con premesse anche migliori.

La mia opinione è che non sia giusto pensare ad una scissione, ma solo ad una discussione interna all'Ordine. Una discussione che ribadisca e rafforzi, sia l'indipendenza gestionale, che quella economica della componente odontoiatrica, ma in un rinnovato e consolidato patto con la componente medica. Sono convinto che sia possibile ed auspicabile.

Auguri di Buon Natale a tutti.

Paolo Coprivez



FNOMCeO



FNOPI



FadInMed

Ricordando ai Colleghi che è in scadenza il Triennio di formazione ECM 2020-2022, comunichiamo che a questo link <https://www.fadinmed.it/> è possibile accedere alla piattaforma FadInMed inserendo ID e PIN, oppure tramite SPID, CIE e CNS.

Sono disponibili i seguenti corsi gratuiti per medici:

- La radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020 per medici e odontoiatri (8 crediti, codice ECM 353910) **on line fino al 31 dicembre 2022**
- La violenza nei confronti degli operatori sanitari (10,4 crediti codice ECM 340437) **on line fino al 31 dicembre 2022**
- Il codice di deontologia medica (12 crediti, codice ECM 340434) **on line fino al 31 dicembre 2022**
- Sicurezza e interventi di emergenza negli ambienti di lavoro (12 crediti, codice ECM 351069) **on line fino al 31 dicembre 2022**
- Gestione e valutazione del rischio professionale negli ambienti di lavoro (9 crediti, codice ECM 340661) **on line fino al 31 dicembre 2022**



In copertina

Vergine Odighitria, Tempera su tavola

Pittore bizantino attivo fra il XIII e il XIV secolo inizio del XIV secolo.

Dal XVI secolo, l'immagine è chiamata *Madonna della Pace*

a cura di Albino Visintin

Per la precarietà e fragilità, per l'assoluta necessità di attenzioni e cure, per la sua storia legata al destino delle vicende umane, per il senso di solitudine che traspare è stata scelta come immagine simbolo del nostro bollettino e unita, per analogia, al poetico discorso tenuto da Giuseppe Ungaretti a Gorizia.



**SE VUOI SOSTENERE L'OPERA DI RESTAURO,
PUOI CONTRIBUIRE CON UNA DONAZIONE
PRESSO LA BASILICA O IL CONTO DEDICATO:**

Intestatario: Basilica SS. Giovanni e Paolo
IBAN: IT76 0030 6902 1171 0000 0007 286
SWIFT: BCITITMM
Causale: Madonna della Pace

Sarai inserito nella lista dei donor ufficiali della Basilica!
PRENDIAMOCI CURA DEL NOSTRO PATRIMONIO

La devozione verso la Madonna della Pace fu particolarmente fervente durante le due guerre mondiali quando la tragicità degli eventi indusse moltissime persone a chiedere conforto e salvezza alla Beata Vergine per i famigliari impegnati al fronte.

L'opera fu portata a Venezia da Costantinopoli nel 1349 dal senatore veneziano Paolo Morosini che la donò ai Frati Domenicani della Basilica dei Santi Giovanni e Paolo.

Nella chiesetta di San Nicolò all'interno del convento, fu conservata fino al 1503 quando fu tralata nella nuova cappella della Madonna della Pace la cui costruzione era iniziata nel 1498, si trovava all'esterno della basilica tra la Scuola Grande di San Marco (attuale ingresso ospedale) ed il primo chiostro.

Nel 1546 in suo onore venne fondata la Scuola di Santa Maria della Pace.

Nel 1812 in seguito alle soppressioni napoleoniche, la cappella fu distrutta e l'icona venne trasferita all'interno della Basilica nella cappella di San Giacinto* che da allora divenne la cappella della Madonna della Pace.

La Vergine è rappresentata come tradizione a mezzo busto; Il Bambino è sorretto dal braccio sinistro ed indicato dalla mano destra; Gesù, con lo sguardo magnetico, fissa lo spettatore e lo benedice con la mano destra alla greca; nella mano sinistra stringe il rotolo (Gesù Cristo venne sulla Terra per fare la volontà di Dio come era stato predetto nelle Scritture Ebraiche, "nel rotolo del libro", per dimostrare che Gesù Cristo era il Figlio di Dio ed il Messia).

Lo stato di conservazione non è ottimale. I volti sono stati ridipinti nell'osservanza dei

canoni orientali che traspaiono dei nasi affilati, dalle palpebre pronunciate, dagli occhi grandi e nelle sottili labbra ma che permettono comunque di collocare il dipinto ad una serie di icone prodotte in area bizantina all'inizio del Trecento.

Oltre ai segni del tempo, l'opera mostra le tracce di numerosi restauri, alcuni effettuali con superficiale perizia, nonché le conseguenze delle plurisecolari pratiche devozionali dei fedeli.

* Nell'anno 1595 il Capitolo dei frati domenicani decise di erigere la cappella di San Giacinto per celebrare la canonizzazione del domenicano polacco Giacinto Odrovaz, evangelizzatore di Polonia, Boemia, Ucraina e Moravia, vissuto tra il 1185 e il 1257 e canonizzato nel 1594 da Clemente VIII.

Sulla parete di destra è collocato un quadro di Leandro dal Ponte detto Bassano: rappresenta San Giacinto mentre attraversa miracolosamente il Dniepr.

Rievoca il miracolo che salvò Kiev dalla distruzione, quando San Giacinto, portando via la pisside con le ostie e la statua della Madonna, attraversò miracolosamente le acque del fiume Dniepr.



Leandro dal Ponte detto Bassano, (Bassano del Grappa, 1557 - Venezia, 1622), *San Giacinto attraversa miracolosamente il Dniepr* 1606 - 1610 circa. Olio su tela; 230 x 462 cm.

Discorso pronunciato da Giuseppe Ungaretti nella sala degli Stati Provinciali al Castello di Gorizia a cinquant'anni dalla pubblicazione di "Il Porto Sepolto"

Il nome di Gorizia, dopo cinquant'anni, mentre si compie il primo cinquantennio della vicenda che l'ha mutata, torna a significare per me ciò che per noi, soldati in un Carso di terrore, significava allora.

Esistono vittorie sulla terra se non per illusione sacrilega – ma il nome d'una comune sofferenza, la nostra e quella di chi ci stava di fronte e che dicevano il nemico, ma che noi, pure facendo senza viltà il nostro dovere, chiamavamo nel nostro cuore fratello.

Ho ripercorso ieri qualche luogo del Carso. Quella pietraia – a quei tempi resa, dalle spalmature appiccicose di fango colore come d'una ruggine del sangue, infida a chi, tra l'incrocio fitto del miagolio delle pallottole, l'attraversava smarrito nella notte – oggi il rigoglio dei fogliami la riveste.

È incredibile, oggi il Carso appare quasi ridente. Pensavo: ecco, il Carso non è più un inferno, è il verde della speranza; ecco, pensavo, si fa sede pacifica di poesia, invita a raccolta chi si propone di diffondere poesia, cioè fede ed amore. Ho sbagliato nella mia vita interminabile, tante volte – chi oserebbe contarle, tante sono – e sono difatti un uomo, posso vantarmi di essere stato sempre un uomo anche sbagliando – sono un uomo, sono in ogni momento che passa, fallibile; patisco, come ogni altra persona umana, d'abbagli.

Ma qui sul Carso, quando mi cavavo dall'anima le parole, le mie povere parole, non sbagliavo. Ero solo, in mezzo ad altri uomini soli. Di null'altro eravamo possessori, noi poveri uomini, se non della propria solitudine, cia-

scuno. Il luogo era un luogo nudato, un luogo calvo dallo spavento, ma non ne era spaventata la nostra anima, era sola, offesa che il nostro corpo fosse, in mezzo a tanta impazienza della morte, tanto, e solo, presente alla propria fragilità.

Fu allora, per in qualche modo guarirci dall'ossessione della fragilità, che nell'anima ci nacque – e crebbe – una forza maggiore e molto più importante della guerra e della morte; fu allora che riudimmo nascere, crescere nell'anima la forza vera, quella che può annientare nell'oblio la solitudine, quella che può muoversi inerme e incolume anche in mezzo al fulmineo, visibile, continuo mietere della morte: era il sentimento ancora tremulo, ancora cauto, ma, come di solito succede alle voci di scoppio primaverile, già, per l'eccesso della delicatezza, troppo impetuoso; era il sentimento che ogni uomo è, senza limitazioni né distinzioni, quando non tradisce se stesso, il fratello di qualsiasi altro uomo, fratello come se l'altro non potesse essergli meno simile d'un altro se stesso.

Tornava a nascere tra lo scheggiarsi della roccia in voli di sventagliature micidiali, un sentimento al quale è ancora all'uomo urgente di abilitarsi, finalmente.

Ho ancora altro a cuore da esprimervi. In Gorizia ha reso l'anima a Dio, Umberto Saba. Dall'anima eletta, da questa città dove ebbe il letto d'agonia, invoco la grazia dell'ispirazione, che ci assista sempre.

Giuseppe Ungaretti

Gorizia 22 maggio 1966

L'evoluzione iconografica mariana: l'esempio della Madonna della Pace del Pinturicchio

Alessandra Grassi

La quarta di copertina è dedicata alla Madonna della Pace, opera di Bernardino di Betti, noto ai più come Pinturicchio (Perugia 1452 - Siena 1513). Fu un grande maestro della scuola umbra, capace di padroneggiare la pittura nei suoi vari supporti (tavola, affresco e miniatura). Un artista a tutto tondo e talentuoso, che con la sua arte seppe dare notevole impulso e slancio per lo sviluppo dello scenario artistico rinascimentale del secondo Quattrocento. Pinturicchio si formò prevalentemente a Roma, dove entrò in contatto con l'arte di Botticelli e del Ghirlandaio, che saranno determinanti per la formazione del suo stile.

La tavola dipinta che andiamo a "raccontare", databile al 1490 circa, fa parte della collezione della Pinacoteca civica ospitata nel Palazzo Tacchi-Venturi in San Severino (Marche). Fu commissionata da Liberato Bartelli, protonotaro apostolico e canonico in Santa Maria in Trastevere a Roma. Egli volle mandarla in dono alla Cattedrale di San Severino (nelle Marche, in provincia di Macerata), suo luogo natio, probabilmente in occasione della nomina a priore nel 1488.

Ciò che immediatamente si rileva, a differenza dell'icona in copertina, è l'evoluzione iconografica della Madonna con il Bambino. Fermo restando che un'icona, per tecnica e finalità, è caratterizzata da elementi intrinseci che non possono essere paragonati ad una tavola dipinta, ciò che qui preme evidenziare però è la forte componente spirituale-simbolica legata alla devozione mariana che

nei secoli si è protratta nelle sue molteplici forme e connotazioni stilistiche. La Madonna ha dei lineamenti quasi adolescenziali, possiede una bellezza idealizzata (e qui mi sovviene la Madonna di Filippo Lippi) ma non rivolge lo sguardo allo spettatore, bensì al committente, inginocchiato in basso a destra, raffigurato con grande realismo epidermico e anatomico, "granitico", a differenza delle finissime figure eteree e sacre che popolano l'impianto. Gesù Bambino, in piedi su un cuscino e benedicente, rivolge anch'egli lo sguardo al committente. Con la sua mano sinistra regge il Globo Crucigero, simbolo già caro all'arte medievale, che rappresenta il potere cristiano e la supremazia di Cristo sui poteri terreni. Completano la scena due angeli ai lati della Madonna, fondamentali nei bilanciamenti compositivi.

A Pinturicchio non gioca con stratificazioni e illusioni prospettiche. Lo sfondo brillante e nitido composto da alberelli e colline abbraccia la scena in primo piano ed è parte integrante. Dal gusto piuttosto fiammingo, con chiari rimandi anche alla tradizione pittorica umbra e ai luoghi ove egli crebbe, possiamo identificare con facilità un borgo, un fiume ed un gruppo di soldati posti a sinistra che varcano una sorta di trabeazione in pietra. La capacità descrittiva del Pinturicchio è eccezionale: minuti dettagli, profusione di oro, la resa pittorica dei tessuti preziosi è maniacale ed eseguita con una meticolosità incredibile. Solennità e Devozione, Bellezza e Perfezio-





ne, Dolcezza e Amore: il tutto veicolato dalla figura della Vergine, che qui perde la sua ieratica fissità bizantina. Tracciando un breve excursus dell'iconografia mariana, si può chiaramente affermare che la Madre di Dio nel corso dei secoli ha subito un processo di umanizzazione, evolvendosi in una valida intermediaria tra il Divino e i fedeli. Lei intercede per noi, accentua il suo ruolo salvifico, ci porta pace e assicurazione.

Nella prima arte cristiana l'iconografia mariana non gode di grande specificità. Il Concilio di Efeso (431) e il Concilio di Costantinopoli (553) fissarono i due concetti cardine della maternità divina e della perpetua verginitas. La Madonna degli albori è quindi una "immobile" Madre di Dio mentre tiene il Bambino in braccio. In un secondo momento diventerà lo specchio del cerimoniale di corte costantinopolitano, indossando vesti preziose ed assumendo un'aura di sacralità tale da generare un rispettoso timore nei fedeli.

Il "tipo" della Odigitria bizantina, che la leggenda vuole derivante da un ritratto che San Luca fece della Vergine, è un primo, timido accenno di quel processo di umanizzazione che inizia a popolare l'iconografia mariana e ben presto troverà diffusione nella Penisola: ecco che con la sua mano ci "accompagna" verso la benedizione di Gesù Bambino. Rompe la frontalità, ci viene in aiuto, si mostra con umiltà. La Madonna sta diventando Madre di tutti i fedeli: intercede per noi, dandoci un senso di sollievo e di misericordia.

Il processo si completa nel XIII e nel XIV secolo, quando gli ordini mendicanti favorirono notevoli impulsi allo sviluppo della mariologia. Le rappresentazioni si arricchirono di storie inedite tratte dai vangeli apocrifi e di aneddoti sulla vita di Maria. Una Madonna, quindi, sempre più vicina ai popoli e più affettuosa nei gesti, come quella di Coppo di Marcovaldo del 1261.

L'importanza delle immagini e della comunicazione viva si sono attestate potenti sin dagli albori; il ruolo chiave nell'educazione dei fedeli e delle masse in generale è stato ampiamente dimostrato in vari studi (cito solamente le riflessioni di William M. Ivins, fondatore del Gabinetto delle Stampe al MET). Non solo fenomeno meramente artistico, ma strumento di divulgazione ed espressione del contesto culturale con le relative implicazioni sociali e psicologiche che caratterizzano un periodo e un determinato luogo.

Immagini potenti e simbologie cariche di significati tramandati nel corso dei secoli e che oggi, talvolta, ci viene arduo comprendere avendone perso le chiavi di lettura e di interpretazione. Passano gli anni, si modificano i costumi, le culture, le istituzioni e si perdono le testimonianze; la società muta, inevitabilmente. Il progresso scientifico e la conoscenza accessibile a tutti ci fanno percepire un po' meno quella necessità di appellarci ad una immagine votiva.

Chiudo con un "aggancio" letterario di rinforzo. Nella Divina Commedia dantesca, nel XXXIII Canto del Paradiso, san Bernardo deve rivolgere una preghiera alla Vergine affinché interceda presso Dio, in modo tale che il Poeta possa penetrare i misteri dell'Universo nonostante il suo corpo mortale. È una delle più belle preghiere mariane che ancora una volta evidenzia la grande fiducia nella Madonna e la sua azione di soccorritrice per l'umanità sofferente, colei che contribuì alla redenzione del mondo attraverso l'incarnazione di Cristo.

Al di là di valutazioni individuali e credenze personali, ieri come oggi la rappresentazione della Madonna, in una qualsiasi delle sue forme e rappresentazioni iconografiche, ci



10

rimanda ad un senso di sacralità che si fonde con la necessità quasi apotropaica di trovare in essa una “formula” che ci tenga al riparo dai dolori e ci garantisca la serenità d’animo.

Non sarà necessario riempire la casa di icone e di tavole dipinte, ma cogliamone il senso e le virtù per ritrovare il valore della vita e il rispetto gli uni verso gli altri. Facciamo parte tutti dello stesso mondo.

Ringraziamento ai Medici vaccinatori volontari

Il Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia ringrazia i Colleghi che si sono resi disponibili *gratuitamente* al programma di vaccinazione anti Sars-COV-2 in tempi di sicura e grave emergenza.

Hanno dimostrato dedizione alla relazione di cura, alla professione, al comportamento etico e deontologico che ci contraddistingue.
Con stima, ammirazione e riconoscenza.





Abstract delle tesi di laurea

DAPAGLIFLOZIN COME TERAPIA AGGIUNTIVA AD INSULINA NEL DIABETE TIPO 1: UNA ESPERIENZA REAL-WORLD DEL NOSTRO CENTRO

Dr.ssa Francesca Bonazza

INTRODUZIONE

Il diabete mellito è una condizione caratterizzata da una iperglicemia cronica associata ad altre alterazioni metaboliche che nella fattispecie del diabete mellito tipo 1 è dovuta ad un' inadeguata o assente secrezione di insulina. L'iperglicemia cronica insieme ad un'alta variabilità glicemica rappresentano degli importanti fattori di rischio per lo sviluppo di complicanze associate al diabete. I pazienti con DM1 devono superare numerose sfide per la gestione della malattia e nonostante i progressi tecnologici per il monitoraggio della glicemia e la somministrazione di insulina, solo una piccola percentuale (~ 20%) di loro riesce a raggiungere i target glicemici raccomandati (70-180 mg/dl). Inoltre, ben oltre la metà sono in sovrappeso, spesso come conseguenza della terapia insulinica e degli sforzi per evitare l'ipoglicemia attraverso un'alimentazione di correzione. Le correnti linee-guida della American Diabetes Association per la gestione del diabete mellito raccomandano come obiettivo terapeutico un'HbA1c < 7% (53 mmol/mol). È stato dimostrato che un rigoroso controllo glicemico riduce il rischio di complicanze tardive, ma più è basso il livello di HbA1c, maggiore è il rischio di ipoglicemia, che influisce negativamente anche sulla compliance e sulla stabilità glicemica. L'unico trattamento oggi disponibile è rappresenta-

to dalla somministrazione sottocutanea di insulina esogena che purtroppo nella maggior parte dei casi non è sufficiente a garantire un efficace e sicuro controllo glicemico. L'aggiunta di altri farmaci è stata proposta nel tentativo di migliorare il controllo glicemico, ridurre il rischio di ipoglicemia, garantire un maggior controllo del peso corporeo e ridurre il rischio di complicanze micro- e macrovascolari. Molti di questi vengono già utilizzati nella terapia del diabete di tipo 2 e talvolta utilizzati al di fuori dell'indicazione ufficiale ("off label") come adiuvanti l'insulina in pazienti selezionati con diabete tipo 1. In particolar modo, sembrano dare promettenti risultati gli inibitori dei co-trasportatori SGLT-2, in grado di inibire il riassorbimento di glucosio e sodio a livello renale. Questo si traduce in un aumentato e paradossale effetto glicosurico, ovvero in un'aumentata eliminazione di calorie e di liquidi per effetto osmotico a cui segue una significativa riduzione della pressione arteriosa. Dapagliflozin è stata la prima gliflozina ad esser stata approvata dall'EMA nel 2012 per il trattamento del DM2. Nel 2019 l'EMA ha approvato altresì il suo utilizzo come adiuvante alla terapia con insulina nei pazienti adulti con DM1 e un BMI >27 kg/m² il cui controllo glicemico rimane insoddisfacente nonostante la terapia ad alte dosi di insulina.

SCOPO E DISEGNO DELLO STUDIO

Il mio è stato uno studio prospettico longitudinale condotto su pazienti con diabete tipo 1 seguiti presso l'Unità di Programma

di Diabetologia dell'Adulto dell'AOU Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (Napoli, Italia).

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare gli effetti sul controllo glicemico e sui principali indici di variabilità glicemica in una popolazione di giovani adulti con diabete tipo 1 in terapia insulinica intensiva associata a terapia con Dapaglifozin 5mg, dopo 1 anno di follow-up.

Sono stati inclusi nello studio uomini e donne con almeno 1 anno di malattia, in terapia insulinica intensiva (*terapia insulinica multi-iniettiva*, MDI o in *regime di infusione sottocutanea continua di insulina*, CSII), associata ad un *monitoraggio in continuo* della glicemia (CGM) o monitoraggio intermittente della glicemia (FGM).

I principali criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- episodi di ipoglicemia asintomatica o chetoacidosi diabetica nei 2 anni precedenti;
- gravidenza o programmazione della gravidanza nel breve termine;
- terapia steroidea per malattie sistemiche.

I pazienti sono stati suddivisi in sottogruppi di controllo in base al sesso, al tipo di monitoraggio della glicemia e alla modalità di somministrazione dell'insulina.

Per la valutazione dei profili e delle fluttuazioni glicemiche, i pazienti hanno utilizzato il CGM DexCom G6 o l'FGM FreeStyle Libre. Da entrambi è possibile ricavare le metriche del controllo glicemico che includono tre parametri chiave: il TIR (Time in Range), il TBR (Time Below Range) e il TAR (Time Above Range).

RISULTATI

I pazienti inclusi nello studio sono stati in tutto 34 adulti con un'età media di 38 ± 13 anni, un peso corporeo di 85.8 ± 12.6 kg, una

durata di malattia di 17.4 ± 8.4 anni ed un livello medio di HbA1c del 8.7%.

Dopo un anno di trattamento con l'aggiunta di Dapaglifozin 5 mg alla terapia insulinica i pazienti hanno mostrato una riduzione dei livelli di HbA1c ($7.6\% \pm 0.7$, $p < 0.001$), un aumento del tempo speso nell'intervallo target glicemico TIR (da $46.7\% \pm 25.9$ a $58.6\% \pm 20.8$, $p 0.035$) e una diminuzione del tempo speso tempo al di sopra dell'intervallo target glicemico TAR (livello 1 da $32.1\% \pm 11.6$ a $27.9\% \pm 10.2$, $p < 0.001$; livello 2 da $24.8\% \pm 20.1$ a $15.0\% \pm 16.9$, $p < 0.001$). Non sono state riscontrate differenze significative inerenti alla dose insulinica totale, basale e prandiale.

DISCUSSIONE

Lo studio condotto ha dimostrato che l'aggiunta di Dapaglifozin 5 mg alla terapia insulinica intensiva in pazienti con diabete mellito tipo 1 risulta essere efficace indipendentemente dal sesso, dalla modalità di somministrazione dell'insulina e dal tipo di monitoraggio della glicemia utilizzato dai pazienti. Infatti, a distanza di un anno si riscontra, indipendentemente dalla suddivisione della popolazione nei vari sottogruppi, miglioramenti relativi agli indici di controllo glicemico. Possiamo concludere che Dapaglifozin riduce la variabilità glicemica e se appropriatamente utilizzato non vi è rischio di sviluppare chetoacidosi diabetica e ipoglicemie severe. Studi futuri sono necessari per chiarire se il controllo glicemico ottenuto utilizzando Dapaglifozin in combinazione con la terapia insulinica intensiva sia prospetticamente collegato a un minor rischio di sviluppare complicanze croniche legate al diabete.

MONITORAGGIO DELLA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA MEDIANTE TOMOGRAFIA AD IMPEDENZA ELETTRICA NELLE MANOVRE DI PRONOSUPINAZIONE IN ARDS

Dr.ssa Chiara Bressan

La sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) è un'entità clinica che colpisce in modo acuto il parenchima polmonare e può essere innescata da diverse condizioni predisponenti; è caratterizzata da danno alveolare diffuso, aumento della permeabilità vascolare polmonare, aumento del peso polmonare e perdita di aerazione del polmone. Clinicamente, l'ARDS si manifesta con marcata ipossiemia, distress respiratorio, diminuzione della compliance polmonare e aumento dello spazio morto.

Attualmente, il 10% dei pazienti nelle unità di terapia intensiva (UTI) e il 23% di quelli sottoposti a ventilazione meccanica hanno ARDS. Oltre all'elevata mortalità (circa il 40%) l'ARDS è accompagnata da morbilità a lungo termine come deterioramento cognitivo, depressione e disturbo da stress post-traumatico, debolezza neuromuscolare, disfunzione polmonare, anomalie radiologiche, limitazioni all'esercizio e utilizzo continuo dell'assistenza sanitaria con ridotta qualità della vita. Nell'ARDS c'è un caratteristico gradiente verticale di collasso polmonare e/o allagamento degli spazi aerei dorsali. Poiché la circolazione polmonare è preferibilmente distribuita a queste stesse regioni dorsali, si creano ampie aree con un rapporto V/Q ridotto o shunt. In queste condizioni, il volume corrente applicato sarà diretto alle regioni ventrali, imponendo loro grandi sforzi e di conseguenza danno polmonare indotto dal ventilatore (VILI), anche quando si utilizzano protocolli di ventilazione meccanica protettiva.

Il trattamento dell'ARDS è complesso e com-

porta strategie di gestione ventilatoria e non ventilatoria, tra cui gestione conservativa dei fluidi, trattamento e prevenzione delle infezioni, supporto d'organo, nutrizione precoce enterale, manovre di reclutamento polmonare, ventilazione protettiva, posizionamento prono, terapia vasodilatatrice inalatoria, sedazione e paralisi e, nei casi refrattari, ECMO.

Il posizionamento prono recluta le regioni collassate e riduce il gradiente di pressione pleurica tra regioni ventrali e dorsali, promuovendo una distribuzione omogenea della ventilazione, soprattutto se applicato precocemente e per almeno 16 ore.

Se i polmoni sono ventilati in modo uniforme riducendo la sovraddistensione regionale e reclutando la regione collassata, lo stress (uguale alla pressione transpolmonare) e lo strain (ossia la variazione del volume polmonare rispetto al volume a riposo) locali possono essere migliorati, con conseguente prevenzione del danno polmonare indotto dal ventilatore.

Una delle caratteristiche fondamentali dell'ARDS è l'aumento della permeabilità epiteliale ed endoteliale secondaria alla generazione di gap cellulari. L'edema infiammatorio aggrava il collasso verso le regioni polmonari declivi (cosiddette "dipendenti") e la quantità di tessuto normalmente aerato nei polmoni dei pazienti con ARDS a pattern diffuso varia da 200 a 500 g, paragonabile alla dimensione polmonare di un bambino di 5 anni, motivo per cui è stato coniato il termine "baby lung".

La TC è uno strumento utile nella gestione e nello studio dei pazienti con ARDS. Ha consentito la valutazione di fenomeni associati allo sviluppo di VILI, come l'apertura e la chiusura ciclica degli spazi aerei, la sovradi-

stensione alveolare e lo strain globale e regionale. Inoltre, ha fornito informazioni rilevanti per il processo decisionale clinico, come la quantificazione del potenziale di reclutamento. Tuttavia, l'uso delle radiazioni e la necessità di trasferire il paziente nella sala TC ne limita l'uso di routine. In questo scenario, negli ultimi anni, la tomografia ad impedenza elettrica (EIT) è emersa come un importante dispositivo per monitorare e regolare la gestione dei pazienti ventilati meccanicamente.

Lo studio oggetto della presente tesi ha provato ad analizzare aspetti come la reclutabilità polmonare, le aree dipendenti e l'EIT come sistema di monitoraggio e come adiuvante nella scelta di strategie terapeutiche come la pronosupinazione.

Parole chiave: tomografia ad impedenza elettrica, sindrome da distress respiratorio acuto, ventilazione meccanica, distribuzione della ventilazione, imaging polmonare, baby lung, pronazione.

IMPATTO PROGNOSTICO DEL DIABETE MELLITO SUGLI OUTCOMES A BREVE E A LUNGO TERMINE DOPO ENDOARTERECTOMIA CAROTIDEA

Dr. Andrea Carere

In questo studio si è presa in considerazione una popolazione di 414 pazienti sottoposti ad endoarterectomia carotidea. Questa popolazione è stata suddivisa in due gruppi in base ad una variabile che è il diabete mellito. Lo studio propone di evidenziare il possibile ruolo di questa patologia nel favorire l'insorgenza di possibili complicanze sia a breve termine (nei 30 giorni dall'operazione) che a lungo termine (tra i 30 e i 3 anni dall'operazione) e cerca di dimostrare ciò attraverso 3 obiettivi.

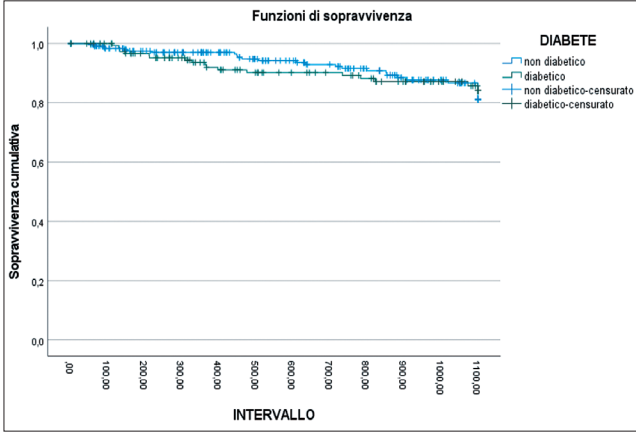
VARIABILE	DIABETICI (N=159)	NON DIABETICI (N=255)	P-VALUE (<0.05)
BMI>30	32 (20,12%)	25 (9,8%)	0.004
FEMMINE	45 (28,30%)	93 (36,47%)	0.107
MASCHI	114 (71,69%)	162 (63,5%)	0.107
IPERTENSIONE	149 (93,70%)	204 (80%)	<0.001
MCC	48 (30,20%)	52 (20,39%)	0.031
SC	16 (10,06%)	11 (4,30%)	0.035
PTCA	29 (18,23%)	33 (12,94%)	0.184
BPCO	17 (10,69%)	35 (13,72%)	0.451
STORIA DI CANCRO	22 (13,83%)	42 (16,47%)	0.561
AOCP	30 (18,86%)	33 (12,94%)	0.135
STATO DI IRC	24 (15,09%)	17 (6,66%)	0.008
FA	17 (10,69%)	28 (20,98%)	0.943
CREATININA>1.2	39 (24,52%)	36 (14,11%)	0.011
DURATA INTERVENTO>60min	138 (86,79%)	216 (84,71%)	0.658
EMOGLOBINA< 12	31 (19,49%)	40 (15,68%)	0.386
FUMO	86 (54,08%)	131 (51,37%)	0.662

VARIABILE	DIABETICI (N=159)	NON DIABETICI (N=255)	P-VALUE (<0.05)
ASA	136 (85,53%)	212 (83,13%)	0.610
CLOPIDOGREL	31 (19,49%)	55 (21,56%)	0.733
DOPPIO ANTIAGGREGANTE	22 (13,83%)	32 (12,54%)	0.819
ANTICOAGULANTE	20 (12,57%)	24 (9,41%)	0.393
STATINE	136 (85,53%)	216 (84,70%)	0.929
DIURETICI	74 (46,54%)	67 (26,27%)	<0.001
BETA BLOCC/ CA ANTAG	114 (71,69%)	144 (56,47%)	0.002
ACE INIBITORI	125 (78,61%)	155 (60,78%)	<0.001

Tabelle riferenti il primo obiettivo: individuare le differenze significative tra i due gruppi.

VARIABILE	VARIABILE 2	DIABETICI(N=159)	NON DIABETICI (N=255)	P-VALUE
STROKE	TUTTI	6 (3,77%)	3 (1,17%)	0,156
	ASINTOMATICI	5 (3,14%)	1 (0,39%)	0,633
	SINTOMATICI	1 (0,39%)	2 (0,78%)	0,678
TIA	TUTTI	1 (0,39%)	3 (1,18%)	0,971
	ASINTOMATICI	0 (0%)	1 (0,39%)	///////
	SINTOMATICI	1 (0,39%)	2 (0,78%)	0,678
TIA/STROKE	TUTTI	7 (4,40%)	6 (2,35%)	0,382
	ASINTOMATICI	5 (3,14%)	2 (0,78%)	0,156
	SINTOMATICI	2 (1,26%)	4 (1,57%)	0,868
STROKE/TIA /IMA/MORTE	TUTTI	8 (5,03%)	6 (2,35%)	0,235
	ASINTOMATICI	6 (3,77%)	2 (0,78%)	0,074
	SINTOMATICI	2 (1,26%)	4 (1,57%)	0,868
LESIONE NERVI CRANICI	TUTTI	20 (12,58%)	30 (11,76%)	0,926
	ASINTOMATICI	12 (7,55%)	20 (7,84%)	0,937
	SINTOMATICI	8 (5,03%)	10 (3,92%)	0,771

Tabella appartenente al secondo obiettivo : differenze significative di incidenza degli outcomes a breve termine (30gg dopo operazione).



DIABETE	N.TOT DEI CASI	N. DI EVENTI	N. CASI RIMANENTI
non diabetico	255	27 (10,58%)	228(89,41%)
diabetico	159	18 (11,32%)	141(88,72%)
globale	414	45 (10,87%)	369(89,14%)

Tabella e grafico appartenente al terzo obiettivo: valutare la mortalità nei due gruppi a lungo termine (fino a 3 anni). Grafico ottenuto tramite kaplan meier, i dati censurati sono pazienti che non hanno subito l'evento di morte nei 3 anni di follow up.

Il primo obiettivo che ci si è prefissati è quello di evidenziare le caratteristiche dei due gruppi (pazienti diabetici e non) attraverso i parametri (es. ipertensione , età, sesso) del baseline raccolto e valutare le possibili significative differenze. Il secondo è quello di valutare le possibili differenze di outcomes a breve termine(Stroke, TIA, evento di morte) tra i due gruppi già descritti, ponendo particolare attenzione all'evento di ictus. Infine l'ultimo obiettivo preposto era quello di evidenziare, sempre tra i due gruppi, la possibile significativa differenza dell' evento di morte a lungo termine.



LA PERMEAZIONE CUTANEA DELLE NANOPARTICELLE DI NICHEL *IN VITRO*: EFFETTI DELLE CREME BARRIERA

Dr.ssa Elisa Cocetta

INTRODUZIONE

Le nanoparticelle di nichel (NiNPs) rappresentano un nuovo tipo di esposizione professionale, in quanto possono rilasciare una maggiore quantità di nichel rispetto ai sali di nichel, date le loro piccole dimensioni (nm) e la loro ampia area di superficie. Questo studio *in vitro mira a valutare l'effetto protettivo di due creme barriera quali Nik-L-Block e Ceramol 311 in seguito all'esposizione cutanea delle NiNPs.*

MATERIALI E METODI

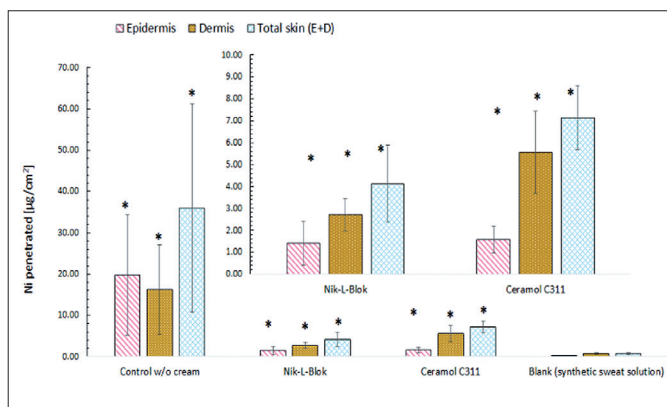
Per effettuare l'esperimento sono state utilizzate le celle di Franz; esse sono composte da un compartimento donatore, una membrana, che nel nostro esperimento era composta da pelle umana, e un comparto ricevente da cui verranno effettuati i prelievi. Al tempo zero è stato posta nel comparto donatore una sospensione di polvere di nanoparticelle di nichel al 5% in sudore sintetico, sono stati poi effettuati dei prelievi ad intervalli prefissati a 3, 6, 9, 12, 21, 24 ore. Alla fine dell'esperimento, quindi dopo 24 ore, sono state recuperate le fasi donatrici, la cute e fasi riceventi.

Per le analisi è stata effettuata una mineralizzazione al microonde di derma ed epidermide separatamente e poi i diversi campioni di soluzione donatrice, soluzione ricevente, derma ed epidermide sono stati analizzati tramite spettroscopia di massa e ottica.

RISULTATI

I risultati ottenuti hanno dimostrato un aumento significativo della permeazione di Ni nei campioni trattati con le due creme Nik-L-Block e Ceramol 311 raggiungendo rispettivamente valori di 713.61 ± 307.53 ng/cm² e di 543.31 ± 81.77 ng/cm² dopo 24 ore di esposizione, rispetto ai controlli (campioni non pretrattati con le creme) dove la quantità di Ni osservata era pari a 351.04 ± 85.17 ng/cm².

Tuttavia, è stata osservata una riduzione significativa della penetrazione cutanea del nichel nei vari strati cutanei (epidermide e derma) dei campioni trattati con le creme (Nik-L-Block 4.13 ± 1.74 µg/cm² e Ceramol 311 7.14 ± 1.46 µg/cm²) rispetto ai controlli (36.0 ± 25.3 µg/cm²).



Confrontando le due creme si evince che quella maggiormente efficace è la Nik-L-Block probabilmente grazie alla presenza di acido dietilen-triamino-pentacetico (DTPA) che formando complessi stabili con il nichel impedisce che questo si accumuli nella pelle. La crema Nik-L-Block, infatti, è stata studiata specificatamente per il nichel, mentre la Ceramol C311 non è una crema specifica, ma è possibile sostenere che entrambe hanno un effetto barriera confrontandole ai controlli.

CONCLUSIONI

Lo studio ha evidenziato l'effetto protettivo delle creme barriera testate in seguito all'esposizione alle NiNPs, ma è stato anche evidenziato un aumento della permeazione di tale metallo, probabilmente legata alla lunga durata delle applicazioni di tali formulazioni.

INSUFFICIENZA TRICUSPIDALE E RISCHIO DI MORTALITÀ NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

Dr. Daniele Cocianni

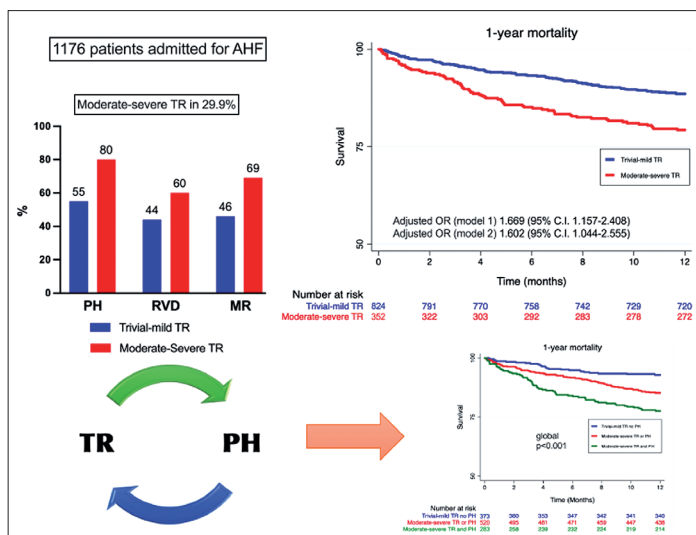
BACKGROUND E OBIETTIVI

L'insufficienza tricuspide (TR) è un reperto ecocardiografico molto comune, e predice outcome sfavorevoli nei pazienti con scompenso cardiaco cronico. Comunque, le evidenze scientifiche riguardanti l'impatto prognostico della TR rilevata nello scompenso cardiaco acuto (AHF) sono carenti. Ci siamo proposti di indagare se la presenza di TR di grado moderato o severo aumenti il rischio di mortalità nel primo anno dopo una ospedalizzazione per AHF.

METODI E RISULTATI

In questo studio, abbiamo reclutato 1176 pazienti ammessi nel nostro Centro con una diagnosi primaria di AHF, valutati ecocardiograficamente per la severità di TR e pressione arteriosa polmonare sistolica (PASP). La TR moderata o severa era presente in 352 pazienti (29.9%). I pazienti con TR moderata-severa presentavano una maggiore età media, un maggior carico di comorbidità

(come l'insufficienza renale), esami di laboratorio più critici (es. peptidi natriuretici) e più severe alterazioni ecocardiografiche, tra cui una maggior prevalenza di ipertensione polmonare (PH), disfunzione del ventricolo destro (RVD) e insufficienza mitralica (MR). Durante il primo anno di follow-up, sono morti 134 (15.6%) pazienti. All'analisi multivariata, la TR moderata-severa era associata al rischio di mortalità dopo l'aggiustamento per parametri ecocardiografici come PASP, frazione di eiezione del ventricolo sinistro (LVEF), RVD e MR significativa (HR=1.669, p=0.006) e anche con l'aggiunta di variabili cliniche (pressione arteriosa sistolica, diabete, arteriopatia periferica e cardiopatia ischemica) e bioumorali (peptide natriuretici, urea ematica) al modello ecocardiografico (HR=1.602, p=0.045). All'analisi per sottogruppi, l'associazione tra TR e l'outcome era consistente nei pazienti con e senza PH, con e senza RVD, e nello spettro di LVEF. Inoltre, i pazienti con coesistenti TR moderata-severa e PH avevano un rischio



Abstract grafico.

di mortalità >3 volte aumentato rispetto ai pazienti senza TR e senza PH (HR=3.230, $p<0.001$).

CONCLUSIONI

L'insufficienza tricuspide significativa è risultata associata con un aumentato rischio di mortalità a 1 anno in pazienti ricoverati per AHF, indipendentemente dalla presenza di PH. La coesistenza di TR significativa e PH ha determinato un rischio di mortalità ancora maggiore.



ALLERGIA IgE-MEDIATA ALL'UOVO: INTRODUZIONE PRECOCE IN ALTERNATIVA ALLA DIETA DI ELIMINAZIONE NEL LATTANTE

Dott.ssa Sara Fumis

INTRODUZIONE

Con la diagnosi di allergia alimentare IgE-mediata, la maggior parte delle linee guida internazionali raccomandano una dieta di rigorosa eliminazione e l'esecuzione di un Test di Provocazione Orale (TPO) non prima di 9-12 mesi dalla diagnosi, finalizzato a verificare la possibile risoluzione spontanea dell'allergia. La sensibilizzazione allergica alle uova inizia già nei primi mesi di vita e tende ad accrescersi negli anni successivi con un successivo decremento e tassi di risoluzione spontanea superiori al 50% in età scolare. Sebbene l'acquisizione della tolleranza spontanea possa avvenire anche in adolescenza, vi è una percentuale non trascurabile di soggetti che sviluppano un'allergia persistente e non vi sono fattori specifici che alla diagnosi permettano di prevederne l'evoluzione. Evidenze scientifiche crescenti dimostrano come l'esposizione allergeni-

ca precoce sia cruciale per lo sviluppo della tolleranza orale, ma anche come l'immunoterapia orale sia efficace nel favorire la desensibilizzazione, pratica però attualmente utilizzata per lo più nelle allergie mature e persistenti. Infine, va ricordato che l'allergenicità dell'uovo cambia in base ai processi di cottura cui viene sottoposto negli alimenti e che ci sono crescenti evidenze della capacità di modulare la risposta allergica in senso tollerogeno anche assumendo solo gli alimenti in cui l'uovo è estensivamente cotto.

OBIETTIVO

Lo scopo della tesi è di valutare sicurezza e fattibilità di strade alternative alla dieta di eliminazione nel lattante con allergia IgE-mediata all'uovo neo-diagnosticata, attraverso un protocollo di desensibilizzazione orale precoce con uovo fresco. Parallelamente nella popolazione in studio si è andata a valutare la tolleranza all'uovo cotto in matrice di frumento, sia valutando i tipi di alimenti che hanno indotto la prima reazione allergica sia attraverso l'introduzione precoce dell'uovo cotto in matrice di frumento nelle prime fasi di desensibilizzazione orale all'uovo fresco sia in chi si dimostrava altamente reattivo all'uovo come tale e non era candidabile alla desensibilizzazione precoce.

MATERIALI E METODI

Un test di provocazione orale con dosi crescenti di uova crude (0,33 ml/1 ml/2 ml di emulsione), è stato eseguito in 78 lattanti (52 maschi; età <18 mesi) con una storia di allergia all'uovo (reazione immediata da ingestione e sensibilizzazione dimostrata a test allergologici) o con potenziale allergia agli stessi alimenti (dermatite atopica e prick-test o IgE sp positive). In questo secondo gruppo sono stati arruolati per lo studio solo i lattanti con TPO positivo. A meno di reazione alla prima

dose del TPO o di reazione grave in corso dello stesso a una delle 3 dosi, i lattanti hanno iniziato ad assumere a casa quotidianamente la dose testata in ospedale con aumenti periodici della stessa fino al raggiungimento della quantità di 40 ml. In seguito, la dieta veniva liberalizzata per l'uovo in tutte le sue forme. A tutti i bambini è stato introdotto l'uovo cotto in matrice di frumento, a casa raggiunti i 2 ml di emulsione di uovo fresco, in ospedale dopo TPO in chi era stato escluso dal percorso di desensibilizzazione con uovo fresco per l'estrema sensibilità allo stesso.

RISULTATI

Dei 78 lattanti sottoposti al TPO a basse dosi, 66 sono stati dichiarati eleggibili per la desensibilizzazione precoce con uovo fresco. Al netto dei persi al follow-up (7), di chi ha sospeso il protocollo (2 per reazioni a domicilio 1 per avversione per l'alimento) e di chi è attualmente in fase di desensibilizzazione, il protocollo di desensibilizzazione è stato attualmente completato con successo da 53/66 bambini (80%) in un tempo medio di 6 mesi (intervallo QI: 4-7). Alla fine del protocollo di immunoterapia orale (OIT) si è verificato un aumento significativo di IgG4 sp e un'importante diminuzione parallela di IgE sp. La grande maggioranza dei lattanti ha avuto la sua prima reazione allergica consumando uovo poco cotto spesso in quantità significative (porzione) e l'uovo cotto in matrice di frumento è stato introdotto e tollerato con successo dalla totalità della popolazione in studio.

CONCLUSIONI

Lo studio dimostra che l'immunoterapia orale precoce può essere considerata come una strada percorribile in quanto a sicurezza e verosimile efficacia nel lattante con allergia all'uovo all'esordio. Inoltre, mostra come i

tassi di tolleranza all'uovo cotto in matrice di frumento nei lattanti con allergia all'uovo all'esordio siano ben più alti di quanto atteso contrastando il paradigma dominante della dieta di eliminazione completa come gestione di prima linea una volta posta diagnosi di allergia all'uovo.

VALUTAZIONE IN VITRO DELLA RESISTENZA A FATICA DINAMICA E ANALISI AL SEM DI PROVVISORI REALIZZATI AL CAD/CAM E ALLA STAMPA 3D

Dr. Daniele Furlan

OBIETTIVI

Questo studio in vitro ha lo scopo di valutare la resistenza a fatica di ponti provvisori a tre elementi realizzati con metodica additiva (stampa 3D) e con tecniche sottrattive (CAD/CAM) e successivamente di andare ad analizzarli al SEM (microscopio elettronico a scansione). L'ipotesi nulla di questa sperimentazione è che non ci siano differenze statisticamente significative in termini di resistenza a fatica di ponti provvisori a tre elementi in resina realizzati alla stampa 3D rispetto a ponti provvisori a tre elementi in resina realizzati al CAD/CAM.

MATERIALI E METODI

Per la realizzazione di questo studio è stato creato un modello master in lega di titanio mediante tecnica sottrattiva CAD/CAM che presenta due elementi dentari (4.7 e 4.5) preparati a moncone ed una sella edentula intermedia. Lo studio si è voluto concentrare su 6 gruppi diversi di ponti provvisori a 3 elementi, di cui 2 gruppi realizzati mediante stampa 3D (Temporis e NextDent) e

4 gruppi realizzati mediante CAD/CAM (BreCam.HIPC, DD Temp Med, Nacera Hybrid e Tempo Multi). I dispositivi protesici, per poter andare incontro alle prove di fatica dinamica, sono stati cementati sul modello master in lega di titanio attraverso il cemento provvisorio TempBond, ossia un cemento auto-polimerizzabile a base di ossido di zinco ed eugenolo (ZOE).

Il modello master viene posizionato sul piedistallo della macchina TA Electroforce 3300 per le prove di fatica; attraverso un puntale a semisfera di allumina viene esercitata una forza assiale a livello occlusale dell'elemento intermedio del ponte protesico. La sequenza delle forze assiali per il test di resistenza a fatica è stata scelta con un protocollo ben definito che vede: precarico di -50N; carico tra -50 e -200 N, 5.000 cicli, frequenza: 10 Hz; carico tra -50 e -400 N, 30.000 cicli, frequenza: 10 Hz; carico tra -50 e -600 N, 30.000 cicli, frequenza: 3 Hz; carico tra -50 e -800 N, 30.000 cicli, frequenza: 3 Hz; carico tra -50 e -950 N, 30.000 cicli, frequenza: 3 Hz. L'intensità della forza esercitata e la conseguente entità della flessione (displacement) del manufatto protesico sono state rilevate dal macchinario ogni 0.002 secondi nei cicli con frequenza 10Hz, ed ogni 0.0006 secondi nei cicli con frequenza 3Hz. Per ogni campione è stata registrata la forza esercitata in Newton ed il numero di cicli al momento della frattura. Nel caso in cui si verificasse la frattura del campione, il macchinario registra un carico di 0 Newton e dunque il test in esame viene arrestato.

Terminata la sperimentazione di ciascun campione, i dati sono stati esportati in un file con formato CSV e sono stati elaborati con il foglio di calcolo Microsoft Excel.

RISULTATI

Per quanto riguarda i ponti provvisori realizzati con metodica sottrattiva CAD/CAM emerge come a 125.000 cicli di resistenza a fatica dinamica sono sopravvissuti cinque dei sei campioni del gruppo DD Temp MED (mentre il campione rimanente si è fratturato durante il carico da -950N) e cinque dei sette campioni del gruppo BreCAM.HIPC (mentre i due campioni rimanenti si sono fratturati durante il carico da -950N); il gruppo Tempo Multi ha invece visto tutti e sette i campioni fratturarsi quando sottoposti al carico da -950N; il gruppo Nacera Hybrid ha mostrato risultati molto eterogenei in quanto un campione si è fratturato quando sottoposto al carico da -600N, quattro campioni si sono fratturati quando sottoposti al carico da -800N, un campione si è fratturato quando sottoposto al carico da -950N e un campione è sopravvissuto ai 125.000 cicli. Per quanto riguarda invece i ponti provvisori realizzati con stampa 3D, il gruppo Temporis ha visto quattro dei suoi campioni fratturarsi durante carichi da -600N e tre dei suoi campioni fratturarsi durante carichi da -800N; il gruppo NextDent invece ha visto un campione fratturarsi durante il carico da -400N, cinque campioni fratturarsi durante il carico da -600N e un campione fratturarsi durante il carico da -800N.

Osservando le immagini rilevate al SEM si può notare come i materiali realizzati alla stampa 3D, a differenza di quelli prodotti con fresatura CAD/CAM, siano dotati di un'importante rugosità di superficie. Inoltre, è possibile osservare come i campioni realizzati attraverso fresatura CAD/CAM vanno in contro prima ad usura occlusale e poi eventualmente a frattura catastrofica, mentre i campioni realizzati alla stampa 3D sembra che vadano direttamente in contro a frattura catastrofica, senza che siano rilevabili parti-

colari zone di usura. Questo potrebbe essere spiegato dalla costruzione strato per strato che prevede la stampa 3D, tale da non garantire dei legami abbastanza forti tra i layer, che sembra porti a bypassare la fase plastica, il che porta il materiale direttamente a fratturarsi.

CONCLUSIONI

Dai risultati emerge come nessun campione realizzato con stampa 3D (Temporis e NextDent) abbia mai superato il ciclaggio con carico superiore a -800N, infatti la maggior parte dei campioni di entrambi i gruppi si sono fratturati durante il carico da -600N. Riguardo invece ai gruppi di provvisori realizzati con metodica sottrattiva CAD/CAM è emerso come, dei quattro gruppi in esame, due gruppi in particolare, DD Temp Med e BreCam.HIPC, hanno visto i risultati migliori in termini di resistenza a fatica in quanto la maggior parte dei loro campioni è riuscita a sopravvivere ai 125.000 cicli totali, mentre, i gruppi Nacera Hybrid e Tempo Multi hanno invece dimostrato di essere in media molto meno resistenti, in quanto, nessuno dei campioni è riuscito a sopravvivere ai 125.000 cicli totali (a parte un campione Nacera Hybrid). L'ipotesi nulla di questa sperimentazione è stata rigettata in quanto è emerso come i ponti provvisori in resina realizzati con stampa 3D presentano una resistenza a fatica nettamente inferiore rispetto ai ponti provvisori in resina realizzati con metodica CAD/CAM.

VALUTAZIONE PROSPETTICA DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA IN PAZIENTI CON CARCINOMA MAMMARIO IN FASE INIZIALE, SOTTOPOSTE A TERAPIA ADIUVANTE CON INIBITORI DELL'AROMATASI

Dr.ssa Chiara Gonano

BACKGROUND

Gli inibitori dell'aromatasi (IA) rappresentano il trattamento adiuvante standard per il carcinoma mammario in fase iniziale (EBC) nelle pazienti ormonoresponsive. Tali farmaci però, possono avere potenziali ripercussioni sulla composizione corporea. Dal 50 al 90% delle pazienti con carcinoma mammario, a seguito della terapia, riporta al medico un incremento del peso dopo la diagnosi. Tuttavia il peso non discrimina fra massa magra e grassa, non risulta quindi essere un'affidabile misura per valutare l'obesità, mentre lo è la composizione corporea che discrimina queste due masse, grassa e magra. Questo aspetto è importante in quanto in caso di eccesso di massa grassa c'è un aumentato rischio di recidiva, di insorgenza di diabete di tipo II e malattie cardiovascolari. Il calo della massa magra invece si associa a rischio di cadute e declino funzionale.

OBBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questo studio prospettico e monocentrico, condotto presso l'Unità di Oncologia Medica e senologia dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Spedali Civili di Brescia, è quello di valutare il cambiamento dopo 18 mesi di terapia con IA:

- del peso;
- del BMI;
- della composizione corporea e nello specifico della massa magra e grassa, totale e nei

diversi distretti corporei quali: testa, arti superiori, tronco e arti inferiori.

METODI

Fra i metodi utilizzati, oltre l'esame obiettivo per valutare il peso e poi calcolare il BMI, c'è la DEXA (Dual X-ray Absorptiometry). Tramite questa indagine radiologica si è valutata la composizione corporea, quindi la massa magra e grassa totale e nelle diverse regioni del corpo.

I criteri di inclusione nello studio sono i seguenti:

- EBC confermato istologicamente;
- idoneità al trattamento adiuvante con IA;
- disponibilità di due scansioni DEXA eseguite al tempo 0 e dopo 18 mesi;
- disponibilità di aderire al protocollo di studio firmando il modulo di consenso.

Sono state invece escluse le pazienti:

- con scarso performance status;
- scarsa compliance;
- malattia metastatica o precedentemente trattate per altri tumori.

RISULTATI

Dopo un follow-up di soli 18 mesi è stato ottenuto un modestissimo aumento, peraltro non significativo, del peso (+0,5%) e del BMI (+0,8%). Solo il cambiamento della composizione corporea ha invece evidenziato dei dati statisticamente significativi.

Nello specifico l'aumento medio della massa grassa totale è stato del +6.9% ($p < 0.001$) rispetto al basale. La distribuzione dell'aumento della massa grassa nei diversi distretti corporei, varia notevolmente con un range da +2.8% ($p < 0.001$) nella testa a +10.6% ($p < 0.001$) nel tronco. Un sostanziale aumento che va dal +5.7% ($p < 0.001$) al +8.4% ($p < 0.001$) si è verificato sia negli arti superiori che in quelli inferiori.

La perdita media della massa magra totale è stata del -3.4% ($p < 0.001$) rispetto al basale. Anche la massa magra dei diversi compartimenti è diminuita significativamente con una variabilità costante dal -4.2% ($p < 0.001$) nella testa al -1.6% ($p < 0.001$) nel braccio destro.

PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

I punti di forza di questo studio sono dati dal disegno prospettico, dall'ampia casistica (428 pazienti), dalla valutazione della composizione corporea tramite DEXA (che rappresenta il gold standard) e dal fatto che sia uno studio monocentrico e dunque i dati sono stati valutati tramite lo stesso strumento DEXA e dallo stesso gruppo di radiologi. Quanto ai punti di debolezza invece, vi è l'assenza di un braccio di controllo delle pazienti menopausali non in terapia con IA ed il follow-up breve (18 mesi).

CONCLUSIONI

Dai dati ottenuti possiamo affermare che queste donne, che presentano una riduzione della massa corporea magra associata ad un aumento della massa grassa, hanno un aumentato rischio di andare incontro all'obesità sarcopenica. Per questo dovrebbero essere seguite da un gruppo multidisciplinare costituito dall'oncologo, dal medico di famiglia, dallo specialista di scienze motorie e dal nutrizionista.

CAUSE DI "NAO FAILURE" NEI PAZIENTI CON ICTUS ISCHEMICO ACUTO: ANALISI DEI DATI DELL'UDINE REGISTRY

Dr. Filippo Komauli

INTRODUZIONE

A livello mondiale l'ictus costituisce la seconda causa di morte e nel 35% dei soggetti colpiti residua una grave disabilità, risultando

essere così la terza causa di disabilità a livello globale, gravando sulla società con importanti costi umani ed economici. Circa l'80% degli eventi cerebrovascolari è rappresentata dagli ictus ischemici, di questi il 20-35% è di natura cardioembolica. La principale fonte embolica cardiaca è rappresentata dalla fibrillazione atriale non valvolare, la cui prevalenza arriva fino al 12-16% nella popolazione con età superiore ai 75 anni. I soggetti con tale aritmia cardiaca hanno un rischio aumentato di 3-5 volte di sviluppare un evento ischemico cerebrale rispetto alla popolazione generale e, con un rischio annuo medio di ictus del 5% circa, lo stroke ischemico può rappresentare la prima manifestazione di tale patologia. La mortalità e la disabilità derivanti dagli ictus ischemici secondari alla fibrillazione atriale sono tendenzialmente peggiori rispetto agli stroke da altre cause, con una mortalità a 3 mesi del 32.8%. Per tale motivo, dopo un'accurata valutazione del rischio trombotico ed emorragico, è importante impostare una terapia anticoagulante orale in coloro che non possono essere ricondotti ad un ritmo sinusale per ridurre il rischio di ictus del 60-80%.

In numerosi trial clinici randomizzati controllati i DOACs hanno dimostrato la loro non inferiorità, in alcuni casi anche la superiorità, in termini di efficacia e sicurezza rispetto agli antagonisti della vitamina K. Dunque, grazie all'ottimo profilo d'efficacia, alla prevedibilità dell'effetto anticoagulante con la somministrazione di dosi standard ed al favorevole rapporto rischi-benefici in confronto agli AVK, attualmente i NAO sono la terapia d'elezione per l'anticoagulazione dei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. In questo modo sono arrivati ad essere la categoria più utilizzata di anticoagulanti, ma di pari passo sono stati riscontrati più di frequente episodi di un loro fallimento terapeutico.

Tra gli ictus che si verificano in corso di terapia anticoagulante è opportuno distinguere un vero fallimento terapeutico da uno apparente. Le NAO failure apparenti comprendono le situazioni di scarsa compliance del paziente, la prescrizione di dosi sub-terapeutiche e la sospensione temporanea della terapia per permettere lo svolgimento di procedure chirurgiche o di indagini invasive. Le vere NAO failure includono tutti i casi di ictus ischemico che si verificano nonostante un'anticoagulazione terapeutica del paziente. Possono essere secondarie alla presenza di altri meccanismi che competono nella genesi dell'evento ischemico, di comorbidità importanti che alterano la farmacocinetica o la farmacodinamica, di possibili interazioni tra farmaci assunti in concomitanza.

OBIETTIVI

Il nostro studio si è posto come obiettivo principale quello di contribuire a caratterizzare la popolazione degli stroke ischemici secondari alla NAO failure mediante l'analisi dell'incidenza e la valutazione delle caratteristiche cliniche, oltre che degli outcomes clinici a breve termine. Sono pochi gli studi presenti in letteratura che abbiano approfondito tale tematica, riguardante questa ridotta categoria di ictus ischemici che si caratterizza per un peculiare profilo di rischio ed una gestione clinica più complessa, sia per la difficoltà nello svolgere le terapie di ripercussione che per il meticoloso work-up diagnostico che viene richiesto. Successivamente è stata analizzata la distribuzione dei livelli plasmatici dei NAO al momento del ricovero per ictus ischemico ed è stata studiata la possibile interazione di tipo farmaco-farmaco con gli inibitori di pompa protonica.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio monocentrico che ha analizzato retrospettivamente i dati dei pazienti ricoverati presso la Stoke Unit del Dipartimento di Neuroscienze dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine nel periodo compreso tra gennaio 2020 e aprile 2022.

Le informazioni su cui si basa lo studio sono state ricavate passando in rassegna le cartelle cliniche elettroniche, ovvero il G2 clinico, dei pazienti ricoverati.

Per ogni paziente sono stati raccolti dei dati demografici, dati clinici generali, dati clinici dell'evento ischemico al momento del ricovero e dati sulla terapia anticoagulante orale.

Per quanto concerne la statistica, per l'analisi univariata è stato utilizzato il t-test di Students per le variabili continue ed il test del chi-quadro o il Fisher's exact test per le variabili categoriche. È stato posto un livello di significatività del 5% ed un valore di $p < 0.05$ è stato considerato statisticamente significativo.

RISULTATI

Degli 852 pazienti presenti nel database della Stroke Unit dell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine, 674 erano ricoverati per ictus ischemico (età media di 73.2 ± 12.9 anni; 43,6% F) e tra questi vi erano 78 pazienti che hanno sviluppato l'evento ischemico in corso di terapia anticoagulante orale (età media 77.4 ± 10.3 anni; 56,4% F). Di essi 52 (66,7%) erano in terapia con i DOACs e 26 (33,3%) con VKA.

Si è potuto osservare un andamento di crescita relativo nella proporzione degli ictus ischemici verificatisi in corso di terapia con gli anticoagulanti orali diretti (DOAC) rispetto al totale degli ictus ischemici per singolo anno di rilevamento (2020 6,4%; 2021 7,0%; 2022

11,1%) ed una riduzione relativa della proporzione degli ictus verificatisi nonostante la terapia con VKA. Tale evidenza è in linea con i dati presenti in letteratura e riflette la transizione che in questi anni si sta verificando nella profilassi tromboembolica della FANV.

Dal confronto tra i pazienti con stroke in assenza di terapia anticoagulante ed i casi di vere NAO failure, è emerso che quest'ultimo gruppo di pazienti era più anziano (77.1 ± 8.8 anni vs. 72.6 ± 12.9 anni, $p=0.005$) ed era più frequentemente in prevenzione terziaria in quanto presentava più spesso pregressi ictus in anamnesi (32,4% vs. 9,3%, $p < 0.001$). Veniva sottoposto meno frequentemente alla riperfusione mediante trombolisi e.v. (2,7% vs. 37,2%, $p < 0.001$) e bridge therapy (0% vs. 13,8%, $p=0.016$), ma proporzionalmente veniva sottoposto più spesso alle procedure di trombectomia meccanica per la riperfusione del vaso occluso (35,1% vs. 7,1%, $p < 0.001$). Non sono state identificate altre differenze significative per quanto riguarda il sesso, gli score di gravità dell'ictus e quelli di compromissione funzionale, oltre che per gli altri fattori di rischio vascolare.

Tra i pazienti con NAO failure i cui livelli ematici dei DOAC sono stati rilevati al momento del ricovero (16), si è potuto osservare che il 43,8% dei dosaggi plasmatici si collocava sotto i 50ng/mL, il 25,0% era compreso nel range 50-100ng/mL e solo il 31,2% dei livelli plasmatici era superiore ai 100ng/mL. Contrariamente a quanto viene riportato in letteratura, dai nostri dati è emersa una relazione direttamente proporzionale tra la gravità dell'ictus ed i livelli plasmatici rilevati (NIHSS al momento del ricovero di 3,4, 5,5 e 9,4 rispettivamente per livelli plasmatici bassi, intermedi ed elevati), verosimilmente conseguenza della maggior probabilità di infarctimento emorragico della lesione ischemica. Nessuna differenza statisticamente significativa è stata riscontrata tra i pazienti che

assumevano o meno una concomitante terapia con inibitori di pompa protonica nel rilevamento di bassi livelli plasmatici dei NAO (<50ng/mL) al momento del ricovero per ictus ischemico (66.7% vs. 30.0%, $p=0.30$). Tale evidenza rispecchia in parte ciò che è già stato pubblicato sull'argomento: i PPI riducono la biodisponibilità del dabigatran (già di per sé bassa, 3-7%) senza evidenti ripercussioni sulla sua efficacia clinica, mentre non dovrebbero determinare un'alterazione dell'assorbimento degli inibitori del fattore Xa.

Tra coloro che assumevano i DOACs (52), il 71.2% (37) dei pazienti erano aderenti alla terapia prescritta secondo le indicazioni fornite dalle linee guida, mentre il 28.8% (15) li assumeva in maniera errata o ha interrotto la terapia precedentemente all'evento ischemico. Tra coloro che hanno riportato un'errata o mancata assunzione dei DOAC in prossimità dell'evento ischemico cerebrovascolare: il 40% ha sospeso momentaneamente la terapia per svolgere procedure chirurgiche o indagini invasive; il 33% ha riferito una scarsa compliance; il 27% ha interrotto la terapia anticoagulante orale per la comparsa di complicanze emorragiche. Analizzando nel dettaglio i pazienti che subivano uno stroke ischemico secondariamente alla bassa aderenza terapeutica, si è notata una maggior frequenza d'utilizzo dei NAO in monodose nei pazienti con scarsa compliance (80%) rispetto ai pazienti con ictus ischemico che assumevano correttamente la terapia (54%). Tuttavia, per la bassa numerosità campionaria, questa differenza non si è rivelata statisticamente significativa ($p=0.28$). Se ciò dovesse essere confermato da un ampliamento della casistica, tale evidenza potrebbe suggerire che l'associazione tra la scarsa compliance e l'uso dei DOACs in monodose favorisca l'insorgenza degli ictus ischemici, in quanto l'intervallo temporale che intercorre tra la dose precedente e la successiva

alla dose dimenticata è maggiore nei monodose (48h) rispetto ai NAO in duplice somministrazione giornaliera (24h).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il nostro studio è derivato dalla necessità di contribuire a caratterizzare la popolazione degli ictus ischemici secondari al fallimento terapeutico dei NAO. Si è visto come la quota degli stroke in corso di terapia con i NAO sia in relativa crescita negli anni, verosimilmente per un loro utilizzo più frequente, sebbene rappresenti una piccola proporzione degli stroke ischemici. I pazienti con vere NAO failure si contraddistinguono per un'età più avanzata e per la maggior presenza in anamnesi di un pregresso evento cerebrovascolare, presentandosi così in una condizione di prevenzione terziaria. Vengono candidati meno frequentemente alle terapie di riperfusione rispetto agli altri pazienti con ictus ischemico. Si è potuto osservare che nei casi di NAO failure in cui è stato svolto il dosaggio ematico dei DOAC al momento dell'evento acuto, il 43.8% dei pazienti presentava dei livelli plasmatici inferiori a 50ng/mL. Se il dosaggio ematico dei NAO al momento del ricovero fosse esteso a tutti i pazienti con NAO failure, in virtù dell'elevata frequenza di riscontro di basse concentrazioni plasmatiche, una consistente quota di questi pazienti potrebbe essere potenzialmente sottoposta alla trombolisi e.v. e beneficiarne. Non è stata riscontrata alcuna differenza nel rilevamento di bassi livelli plasmatici dei DOAC al momento del ricovero tra i pazienti che assumevano o meno una concomitante terapia con inibitori di pompa protonica. Le principali cause di interruzione, con conseguente NAO failure apparente, erano per ordine di frequenza la sospensione per permettere lo svolgimento

di procedure chirurgiche o di indagini invasive, la mancata assunzione per scarsa compliance del paziente ed infine la sospensione momentanea per l'insorgenza di complicanze emorragiche.

Lo studio presenta indubbiamente un limite dettato dalla bassa numerosità campionaria delle NAO failure identificate ed è pertanto richiesto un ampliamento del campione tramite studi futuri, analizzando un maggior numero di pazienti per confermare i risultati ed approfondire la tematica.

Rimangono del tutto inesplorate questioni come l'utilità del monitoraggio periodico degli anticoagulanti orali diretti, l'utilità della misurazione dei livelli plasmatici a tutti i pazienti ricoverati per ictus in corso di terapia con i DOAC ed il potenziale beneficio derivante dall'associazione di antiaggreganti piastrinici in definiti sottogruppi di pazienti a rischio di stroke ischemico da altre cause.

ASSOCIATION BETWEEN SMALL VESSEL DISEASE - ASSOCIATED DEMENTIA (SVAD) AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFLD)

Dr. Alessandro Petullà

OBIETTIVO

La Malattia Cerebrale dei Piccoli Vasi (CSVD) - con la conseguente Demenza Associata alla Malattia dei Piccoli Vasi (sVAD) - e la Steatosi Epatica Non-Alcolica (NAFLD) sono tra le patologie più comuni che colpiscono rispettivamente il cervello e il fegato, con un impatto rilevante sia sulla vita del singolo paziente e della sua famiglia che sull'intera società (come carico sociale ed economico). Negli ultimi anni, muovendo dai fattori di rischio condivisi e dalle evidenze epidemio-

logiche, si è iniziato ad indagare la possibile relazione tra queste due entità cliniche. Questo nuovo studio mira a trovare un possibile ruolo della NAFLD nello sviluppo della sVAD, sia come possibile fattore di rischio vascolare indipendente, sia considerando il suo ruolo metabolico, associato ad altri fattori di rischio comunemente accettati per sVAD. Inoltre, vogliamo determinare una possibile relazione indipendente con il grado di demenza in una popolazione di pazienti affetti sVAD di recente diagnosi.

METODI

Un totale di 285 pazienti inviati all'Unità di Neurologia dell'Università degli Studi di Trieste dal 1° giugno 2014 al 1° giugno 2019 sono stati affetti da sVAD. I pazienti sono stati quindi divisi in due sottogruppi in base al loro stato rispetto alla NAFLD: il gruppo A (n = 114) includeva pazienti con NAFLD moderata (n = 106, 93%) e grave (n = 8, 7%), mentre il gruppo B (n = 171) includevano pazienti senza (n = 148, 86,5%) o con lieve NAFLD (n = 23, 13,5%). I soggetti dello studio sono stati sottoposti a una valutazione di base standardizzata che includeva: anamnesi dettagliata, esame fisico, test di laboratorio (AST, ALT; colesterolo sierico totale, trigliceridi, HDL e LDL; HbA1c; folati, vitamina B12, omocisteina; vitamina D), valutazioni neuropsicologiche (FAB test, QUALID test, AES-C test, HAM-A test, NPI test) e un'ecografia addominale. I pazienti sono stati quindi classificati, nonostante il loro stato rispetto alla NAFLD, in sottogruppi in base ai valori mediani di ciascun test neuropsicologico (superiore alla mediana = 1; inferiore al valore mediano = 0).

RISULTATI

Sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i pazienti con e senza NAFLD in termini di livello di istruzione mediano (9 vs. 12 anni, $p < 0,001$), HbA1c (6,7 vs.

5,7%, $p < 0,001$), LDL (132,9 vs. 112,4 mg/dL, $p < 0,001$), vitamina D (9,4 vs. 16,5 mg/dL, $p < 0,001$), folati (2,3 vs. 3,1 ng/mL, $p < 0,001$), omocisteina (23,4 vs. 15,4 $\mu\text{mol/L}$, $p < 0,001$), ALT (44 vs. 29,8 UI/L, $p < 0,001$), AST (44 vs. 33,1 UI/L, $p < 0,001$), BMI (34 vs. 23 kg/m², $p < 0,001$). In termini di test neuropsicologici, i pazienti con e senza NAFLD hanno mostrato risultati diversi statisticamente significativi in FAB test mediano (11 vs. 13, $p < 0,001$), QUALID test (31 vs. 23, $p < 0,001$), AES-C test (38 vs. 23, $p < 0,001$), HAM-A test (30 vs. 18, $p < 0,001$) e NPI test (39 vs. 21, $p < 0,001$).

CONCLUSIONI

Il nostro studio testimonia che la NAFLD peggiora la presentazione clinica della demenza vascolare e che le cause possono essere identificate o in un eccesso di carico metabolico o nell'agire come potente induttore neuroinfiammatorio, o in entrambi.

ANNESSIECTOMIA PROFILATTICA NELLE PAZIENTI AD ALTO RISCHIO PER CARCINOMA OVARICO E MANAGEMENT DELLA PAZIENTE BRCA-MUTATA

Dr.ssa Miryeva Polverini

Si stima che oltre il 15% dei tumori ovarici siano legati a condizioni ereditarie, di cui la maggior parte è associata ai geni BRCA: una donna portatrice di una variante patogena del gene BRCA1 avrà un rischio di andare incontro a diagnosi di carcinoma ovarico intorno al 40% nel corso della vita, mentre nel caso di BRCA2 mutato tale stima si aggira intorno al 18%. Per questo motivo, a tali individui devono essere offerte strategie di prevenzione. Quella che ad oggi ha dimostrato i maggiori benefici è la rimozione profilattica bilaterale di salpingi e ovaie, anche conosciuta come Risk-Reducing

Salpingo-Oophorectomy (RRSO). La salpingo-ooforectomia profilattica è raccomandata nelle pazienti BRCA mutate che abbiano completato il desiderio di procreazione, con tempistiche diverse a seconda del gene mutato: 35-40 anni per BRCA1, 40-45 anni per BRCA2.

Prima Parte SCOPO DELLA TESI

L'obiettivo primario di questa tesi è valutare retrospettivamente le caratteristiche delle pazienti che hanno deciso di sottoporsi all'intervento di annessiectomia profilattica presso l'ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine negli ultimi 11 anni e, in particolare, stabilire la percentuale di tumori occulti riscontrati attraverso l'esame istologico del campione. Successivamente, ci si propone di confrontare i nostri dati con quelli relativi a studi che descrivono l'esperienza di tale procedura in altre regioni italiane.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti attraverso il sistema informatico dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale i dati clinici delle pazienti sottoposte ad intervento di annessiectomia profilattica presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica nel periodo compreso tra gennaio 2010 e ottobre 2021. Sono state incluse tutte le pazienti operate presso la nostra struttura di salpingo-ooforectomia con indicazione profilattica, considerate ad alto rischio per cancro ovarico. Sono state escluse le pazienti trattate per patologia ovarica benigna, le pazienti inviate all'annessiectomia con intento terapeutico per carcinoma mammario in stadio avanzato, pazienti con neoplasia ovarica nota o con sospetto clinico o strumentale di neoplasia ovarica, ossia con positività preoperatoria all'imaging o ai marker sierici (CA-125).

RISULTATI

La popolazione presa in esame si compone in totale di 58 pazienti, di cui 44 (il 75,8%) con mutazione patogenetica nota di BRCA (in particolare, 18 pazienti BRCA1-mutate e 26 BRCA2-mutate).

Mutazione	N° pazienti	%
BRCA1	18	31,03
BRCA2	26	44,83
BRCA1-2	0	0
BRCA-negativo	6	10,34
BRCA-sconosciuto	8	13,8
Altri geni non-BRCA	0	0

Le pazienti BRCA1 mutate al momento dell'operazione avevano un'età media di 51,61 anni, le portatrici di mutazione di BRCA2 di 52,85 anni. In questa casistica le pazienti tendono a procedere alla RRSO più tardivamente rispetto a quanto suggerito nelle linee guida.

Il 50% delle pazienti ha subito l'intervento in fase pre o perimenopausale (ossia in amenorrea da <12 mesi e/o con dosaggi ormonali non compatibili con la menopausa). Le restanti pazienti, invece, si trovavano in postmenopausa al momento dell'annessiectomia. Il 50% delle pazienti campionesse aveva deciso di sottoporsi ad un intervento di mastectomia risk-reducing come proflassi chirurgica del carcinoma mammario.

L'88% delle pazienti in esame ha una storia personale positiva per carcinoma mammario precedentemente all'annessiectomia. 9 di esse avevano ricevuto una diagnosi di carcinoma mammario metacrono.

L'esame istologico effettuato sul pezzo operatorio non ha in nessun caso diagnosticato la presenza di un carcinoma ovarico occulto invasivo, o la presenza di lesioni precancerose tubariche quali STIC (*Serous Tubal Intraepi-*

thelial Carcinoma) o STIL (*Serous Tubal Intraepithelial Lesion*).

Di seguito, si riporta il confronto tra la nostra serie di casi e gli studi attualmente pubblicati che descrivono l'esperienza con la salpingo-ooforectomia profilattica in altre realtà italiane:

	Udine	Ricciardi et al. 2017 [198]	Grandi et al. 2020 [212]	Saccardi et al. 2021 [226]
N° di RRSO effettuate	58	411	222	153
Mutazioni:				
BRCA1	18 (31,03%)	157 (38,2%)	121 (54,5%)	80 (52,3%)
BRCA2	26 (44,83%)	119 (29%)	77 (34,7%)	73 (47,7%)
BRCA1-2	-	14 (3,4%)	4 (1,8%)	-
BRCA-negativo / BRCA-VUS	6 (10,34%)	60 (14,6%)	13 (5,8%)	-
BRCA-sconosciuto	8 (13,8%)	61 (14,8%)	7 (3,2%)	-
Altri geni	-	9 (2,2%)	-	-
Età alla RRSO:				
BRCA1	51,88±9,25	47 (mediana)	-	50,6±9,1
BRCA2	51,61±10,76	44 (mediana)	49,5±8,3	49,5±8,9
BRCA1-2	52,85±9,44	45 (mediana)	49,3±8,8	51,8±9,3
Storia di carcinoma mammario:				
Età alla prima diagnosi	51 (88%)	309 (75,2%)	125 (56,3%)	103 (67%)
	47,1±8,02	40 (mediana)	-	39 (BRCA1), 42(BRCA2)
Istologico:				
Negativo	58 (100%)	380 (92,5%)	187 (84,2%)	140 (91,5%)
SCOUT	-	-	12 (5,4%)	-
STIL	-	16 (3,9%)	9 (4%)	6 (3,9%)
STIC	-	7 (1,7%)	7 (3,2%)	4 (2,6%)
Carcinoma invasivo	-	8 (1,9%)	7 (3,2%)	3 (2%)

Seconda Parte

SCOPO DELLA TESI

La seconda parte dello studio ha l'obiettivo di valutare l'incidenza di mutazioni germinali di BRCA tra le pazienti operate in seguito a diagnosi di carcinoma ovarico nel periodo compreso tra gennaio 2015 e ottobre 2021, che abbiano in anamnesi una storia di neoplasia mammaria precedente al riscontro del tumore ovarico. Di questi casi, si vuole analizzare se fosse stato possibile prevenire tale malattia tramite un intervento di proflassi chirurgica, nel caso il test genetico fosse stato effettuato di routine a tutte le donne con una diagnosi di carcinoma mammario.

MATERIALI E METODI

Nel periodo gennaio 2015 - novembre 2021, 116 pazienti sono state sottoposte a trattamento chirurgico in seguito ad una diagnosi di neoplasia ovarica epiteliale. L'elenco di tali nominativi è stato raccolto mediante

consultazione degli archivi cartacei presso l'Istituto di Anatomia Patologica, mentre le informazioni riguardanti lo stato mutazionale di BRCA e la precedente storia clinica sono state ricavate tramite il G2 clinico. Sono state incluse tutte le pazienti con una diagnosi di carcinoma ovarico non mucinoso e non borderline operate negli anni 2015-2021 presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine. Sono state escluse le pazienti con diagnosi di neoplasia benigna o borderline, carcinoma ovarico mucinoso, o tumore ovarico di origine metastatica.

RISULTATI

Delle 116 pazienti in esame con diagnosi di tumore ovarico, un totale di 19 pazienti sottoposti al test genetico sono risultate portatrici a livello germinale di una variante patogenetica nota del gene BRCA1 o BRCA2, il 16,38% di tutte le diagnosi: 8 pazienti con mutazione di BRCA1 e 11 di BRCA2 (rispettivamente il 42,1% ed il 57,89% delle pazienti mutate).

8 di queste donne BRCA-mutate avevano ricevuto in precedenza una diagnosi di neoplasia mammaria, ma il test genetico era stato effettuato solamente in seguito al riscontro di carcinoma ovarico. Si tratta del 6,9% di tutte le diagnosi, e del 42,1% delle pazienti con mutazione germinale di BRCA.

6 di queste pazienti avrebbero potuto, secondo i limiti posti dalle raccomandazioni AIOM, accedere al test genetico già al momento della diagnosi di carcinoma mammario. Poiché in queste pazienti la neoplasia ovarica è stata diagnosticata in media a 9,5 anni di distanza da quella mammaria, si può verosimilmente affermare che in questo gruppo di pazienti il tumore ovarico avrebbe potuto essere evitabile qualora fosse stata svolta precocemente l'indagine genetica poi seguita da un intervento di profilassi chirurgica mediante RRSO.

CHIRURGIA NEPHRON SPARING (NSS): OUTCOME FUNZIONALI ED ONCOLOGICI A CONFRONTO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEFRECTOMIA PARZIALE CON TECNICA LAPAROSCOPICA ED OPEN

Dr. Denis Sartori

BACKGROUND

Il ricorso sempre più frequente alla diagnostica per immagini ci consente oggi di diagnosticare la maggior parte delle masse tumorali renali ad uno stadio precoce (T1), per le quali il trattamento d'elezione è la chirurgia Nephron Sparing (NSS). Questo approccio conservativo, rispetto alla chirurgia radicale, ci consente di preservare il più possibile la funzionalità renale. Un buon outcome oncologico viene valutato col raggiungimento del Trifecta, mentre il raggiungimento del Pentafecta indica un buon esito funzionale. Mentre in una buona quota di pazienti si ottengono dei risultati soddisfacenti dal punto di vista della radicalità oncologica, altrettanto non si può dire per quanto riguarda la conservazione della funzionalità renale.

OBIETTIVI

Lo studio si prefigge di confrontare la tecnica laparoscopica (LPN) e open (OPN) in primo luogo nel raggiungimento del Trifecta e in altri aspetti secondari (PADUA e RENAL score, dimensioni, ischemizzazione e WIT > 25 minuti) e in secondo luogo nel raggiungimento del Pentafecta. Infine, si è valutata la presenza di margini chirurgici positivi nelle due tecniche e se questa potesse essere correlata ad un maggior tasso di recidiva locale; sono stati presi in considerazione anche il Disease - Free Survival (DFS, giorni liberi da malattia) ed il Cancer - Specific Survival (CSS, sopravvivenza cancro - specifica).

METODI

Sono stati studiati in maniera retrospettiva i pazienti sottoposti a NSS da gennaio 2013 a giugno 2021, che sono stati suddivisi nelle coorti LPN e OPN. Per il primo obiettivo sono stati inclusi i pazienti che disponevano di imaging preoperatorio (144 soggetti). Esclusi eventuali fattori confondenti (sesso, BMI, età all'intervento), si sono successivamente valutati: PADUA e RENAL score stratificati, dimensione, ischemia, WIT > 25 minuti, raggiungimento del Trifecta. Nei 65 pazienti provvisti di adeguato follow up, si è valutato il raggiungimento del Pentafecta. Infine, di 143 pazienti sono stati descritti: stato dei margini chirurgici (PSM o NSM); tasso di recidiva con PSM, NSM e qualsiasi margine; CSS con PSM e NSM; DFS con PSM e NSM. Si è valutato se potesse esserci una correlazione tra margini positivi, tasso di recidiva locale, DFS e CSS.

RISULTATI

Per il trattamento delle masse più complesse (RENAL > 5 e PADUA > 7) ed estese, contrariamente alle aspettative, non viene preferita dal punto di vista statistico la tecnica OPN (rispettivamente 82%, 64,3% e 41,52 mm) alla LPN (57%, 41,4% e 35,6 mm). La tecnica LPN permette di eseguire più interventi "clampless" (ischemizzazione nel 28,4% vs. 42,9% OPN), ma, quando necessaria, risulta > 25 min nel 45,5% (vs 16,7% OPN). In termini assoluti, WIT è > 25 min nel 13% della coorte LPN e nel 7% della coorte OPN. Un RENAL score > 5 non risulta essere correlato ad un aumentato ricorso all'ischemizzazione. Non ci sono state differenze significative nel raggiungimento né del Trifecta (66,4% LPN vs. 67,9% OPN) né del Pentafecta (32% LPN vs. 27% OPN). Nella coorte LPN il PSM è stato del 17% mentre nella OPN il 14%. Maggiore

tasso di recidiva con PSM (19% LPN vs. 67% OPN), sebbene non rilevante, rispetto a NSM (14% LPN vs. 23% OPN), nessuna differenza statisticamente significativa ($p=0,139$) nemmeno tra le due tecniche in senso assoluto. DFS non è risultato rilevante con NSM (865 gg) rispetto a PSM (284 gg), non è stata osservata nessuna differenza per quanto riguarda il CSS.

CONCLUSIONI

Si conferma l'equivalenza tra le tecniche LPN e OPN per quanto riguarda sia un buon outcome chirurgico che funzionale. Gli score anatomici risultano essere minimamente dirimenti allo scopo di guidare il chirurgo nella scelta della tecnica con masse di maggiori dimensioni, probabilmente grazie ad un aumento delle skills chirurgiche nella gestione di masse più complesse; viceversa con una preferenza della LPN per le masse meno complesse. La tecnica LPN riduce il ricorso all'ischemizzazione, aspetto da considerare per evitare l'aggravarsi di una condizione di CKD preesistente. Non ci sono state differenze tra le due tecniche neanche riguardo allo stato dei margini chirurgici. Non è stato osservato un maggior tasso di recidiva in caso di margini positivi rispetto ad un margine negativo, con un intervallo libero da malattia seppur superiore, non statisticamente rilevante, rispetto al caso di margini negativi. Questo non sembra influire sulla mortalità cancro-specifica, quindi un margine libero appare essere auspicabile ma non indispensabile. L'adeguato follow up post-chirurgico risulta sufficiente ad evitare un secondo intervento mirato ad ampliare il margine di resezione. Il presente studio è stato accettato per essere esposto al XXIX congresso nazionale AURO 2022.



INDIVIDUAZIONE DEL PICCO DI CRESCITA SCHELETRICO: VALUTAZIONE DELLA DURATA DEGLI STADI NEL METODO MPM

Dr.ssa Giulia Zentilin

INTRODUZIONE

Il trattamento funzionale per la correzione di una malocclusione scheletrica necessita la valutazione della maturità scheletrica. L'effetto scheletrico della terapia, indipendentemente dal tipo di dispositivo utilizzato (fisso o mobile), risulta più efficace se attuato durante il picco di crescita puberale. Negli anni sono stati introdotti diversi indicatori per l'individuazione dell'età scheletrica, i quali hanno il compito di individuare il timing del picco di crescita mandibolare in cui la risposta al trattamento risulta ottimale per quel soggetto. Tra questi il metodo di maturazione della falange media (MPM) è quello che ha suscitato il maggior interesse per la ridotta esposizione ai raggi X rispetto agli altri metodi radiografici, per la sua facile interpretazione degli stadi e per l'assenza di sovrapposizione delle strutture anatomiche. Questo metodo ha una buona accuratezza diagnostica e studi precedenti hanno mostrato una buona ripetibilità intra-operatore quando la stadiazione è eseguita da un ortodontista qualificato. In breve, lo stadio MPS2 precede il picco di crescita puberale, che coincide con lo stadio MPS3. Il limite principale del metodo di maturazione della falange media è l'assenza di informazioni definitive sulla durata di ciascuna fase.

Per quanto riguarda il metodo di maturazione delle vertebre cervicali, uno studio di Perinetti e collaboratori ha valutato la durata media degli stadi CVM da 2 a 4, che è risultata essere intorno all'anno.

Lo scopo di questo studio, quindi, è di indagare la durata media dei singoli stadi in soggetti appartenenti ad una popolazione

contemporanea, per conoscere l'intervallo di tempo necessario tra le indagini radiografiche per avere la certezza di intercettare i picchi di crescita di interesse ortodontico.

MATERIALI E METODI

Sono state analizzate radiografie della falange media del terzo dito effettuate a intervalli di 6 mesi appartenenti a 128 pazienti ortodontici (54 femmine e 74 maschi) di età compresa tra 9 e 14 anni. Dopo la stadiazione, le singole età cronologiche sono state utilizzate per derivare la durata di ogni stadio ed è stata studiata la differenza tra maschi e femmine in ciascuna fase.

RISULTATI

MPS2 ha mostrato una durata media di 13 mesi nei maschi e 11 mesi nelle femmine. MPS3 è durato significativamente meno nei maschi (9 mesi) rispetto alle femmine (11 mesi) ($P=0,009$). MPS4 ha avuto una durata tra 7 e 8 mesi sia nei maschi che nelle femmine. Per gli stadi da MPS2 a MPS5 sono state riscontrate differenze significative tra maschi e femmine sull'età all'inizio di ogni stadio ($P\leq 0,001$). MPS2 è iniziato a 10y10m nelle femmine e 12y2m nei maschi, MPS3 è iniziato a 11y9m nelle femmine e 13y2m nei maschi, MPS4 è iniziato a 12y9m nelle femmine e 13y10m nei maschi e MPS5 è iniziato a 13y5m nelle femmine e 14y4m nei maschi.

CONCLUSIONE

Lo stadio MPS3 è significativamente più breve nei maschi rispetto alle femmine. In questi soggetti quindi bisogna intraprendere un monitoraggio più ristretto per non rischiare di perdere il corretto timing d'intervento. Tutte le fasi hanno mostrato una durata intorno all'anno, con medie leggermente inferiori rispetto alle evidenze precedenti.

Aniello Langella
Margherita Langella
LA LOMBALGIA

Youcanprint

Il mal di schiena, la lombalgia, il low back pain, appaiono oggi come sinonimi di una medesima patologia. Ma l'espressione clinica di queste è il dolore. La lombalgia che tratta il mio testo vuole essere un contributo alla ricerca scientifica ed alla conoscenza di questa patologia che tanto incide sul piano sociale ed economico nel mondo della sanità. La lombalgia che tratto nel mio testo è la summa di tantissime cause, di tanta eziopatogenesi, spesso concomitante. Conoscere le cause della lombalgia è il primo passo per la cura. Non è possibile trattare la lombalgia senza una diagnosi e questo è un atto medico. Compete solo a lui la diagnosi, l'indirizzo diagnostico, il programma di cura, la prognosi e l'aspetto medico legale. In questo concetto, e nel testo è ribadito molte volte, ho voluto ribadire la centralità della figura del medico, sia esso specializzato o meno.



Matteo Bassetti

IL MONDO È DEI MICROBI

Piemme

Sarò brutale: il Covid ce lo siamo, in parte, andati a cercare. Evitare una futura pandemia sta solo a noi, alla nostra volontà e al nostro senso di responsabilità». Siamo ancora dentro la pandemia, eppure nuove e importanti sfide aspettano la scienza e la medicina in particolare. Il Covid-19 non è il nostro unico problema. In questi anni i batteri, i virus, i funghi, i protozoi, che fanno meno paura di un tumore o una gamba rotta, sono diventati sempre più potenti. Sono loro i veri padroni del mondo, ci precedono e a noi sopravvivono. Sono con noi anche dove pensiamo di essere al sicuro, perfino nei luoghi sterili. E siamo stati noi a renderli più pericolosi con le nostre abitudini. Con un uso (o un abuso) sconsiderato degli antibiotici, anche solo per un banale mal di gola o qualche lineetta di temperatura. Questi farmaci, che hanno contribuito a portare l'aspettativa di vita media oltre gli ottanta anni, rischiano di non funzionare più. Come si può, allora, convivere con questi nemici invisibili? Quali rimedi o accortezze ci offre la medicina?

MATTEO BASSETTI

con Martina Maltagliati

IL MONDO È DEI MICROBI

La nostra battaglia
contro i nemici
invisibili



PIEMME

Bisogna capire cosa fare, cambiare il presente per salvare il futuro, perché le nostre scelte condizioneranno in maniera irreversibile la vita delle prossime generazioni.

Matteo Bassetti

È tra i volti più noti che il grande pubblico ha imparato a conoscere durante la pandemia. Infettivologo e ricercatore, è Professore Ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Genova e diret-

tore del reparto Malattie Infettive dell'Ospedale San Martino di Genova. Personaggio notissimo in televisione (e sotto scorta per le minacce dei no vax), oltre che scienziato di fama internazionale, ci porta dentro la prossima emergenza sanitaria. Alternando vicende autobiografiche e riflessioni con i numeri alla mano, *Il mondo è dei microbi* è una guida chiara e accessibile, capace di spiegare in forma semplice le complessità di una materia con cui tutti stiamo facendo i conti.

*Il Presidente, il Consiglio Direttivo,
la Commissione CAO
e il personale dell'Ordine
vi augurano*

Buon Natale e un sereno 2023



Sommario



Editoriale del Presidente dell'Ordine <i>Dr.ssa Roberta Chersevani</i>	1
Editoriale del Presidente la Commissione CAO <i>Dr. Paolo Coprivez</i>	2
FadInMed	3
In copertina <i>a cura di Albino Visintin</i>	4
Discorso pronunciato da Giuseppe Ungaretti	6
L'evoluzione iconografica mariana: l'esempio della Madonna della Pace del Pinturicchio <i>Alessandra Grassi</i>	7
Ringraziamento ai Medici vaccinatori volontari	10
Abstract delle tesi di laurea	
<i>Dr.ssa Francesca Bonazza</i>	11
<i>Dr.ssa Chiara Bressan</i>	13
<i>Dr. Andrea Carere</i>	14
<i>Dr.ssa Elisa Cocetta</i>	16
<i>Dr. Daniele Cocianni</i>	17
<i>Dr.ssa Sara Fumis</i>	18
<i>Dr. Daniele Furlan</i>	19
<i>Dr.ssa Chiara Gonano</i>	21
<i>Dr. Filippo Komauli</i>	22
<i>Dr. Alessandro Petullà</i>	24
<i>Dr.ssa Miryca Polverini</i>	27
<i>Dr. Denis Sartori</i>	29
<i>Dr.ssa Giulia Zentilin</i>	31
Recensioni	32

Direttore responsabile:

Dr. Marco Bisiach

Comitato di redazione:

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine

Presidente:

Dr.ssa Roberta Chersevani

VicePresidente:

Dr. Albino Visintin

Segretario:

Dr. Francesco Corona

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 dei Revisori dei Conti:**Presidente:**

Dott. Comm. Piergiorgio Strizzolo

Componenti effettivi:

Dr.ssa Marta Calligaris

Dr. Romano Guerra

Componente supplente:

Dr.ssa Sara Cocetta

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**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 2022

copia omaggio

anno 22 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.

