

Bollettino

n. 1/2023



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

Editoriali dei Presidenti



Cari tutti.

Neonati prematuri in incubatrice, neonati sani, adolescenti, giovani, anziani, vecchi, non c'è differenza. Se qualcuno si trova coinvolto in una guerra, suo malgrado, muore al di là dei suoi connotati.

Guerra può anche significare perdita dell'assistenza sanitaria, e ricomparsa di malattie che credevamo eliminate dalle vaccinazioni. Leggi ricomparsa della Polio, in Siria, Afghanistan... Ma non c'è bisogno di guerra, basta anche solo che si dia sfogo a una voglia di aggressione.

Morto Abele, siamo veramente tutti figli di Caino?

Qualche giorno fa il ricordo dei nostri caduti a Nassiria, 20 anni fa. Li abbiamo forse rimossi dal ricordo. Erano lì a proteggere la dignità e la vita della popolazione. Come tante altre forze che anche oggi si impegnano in paesi in difficoltà. Fare del bene non sempre ripaga e non vale solo per i nostri militari caduti.

Che dire della violenza che caratterizza in modo sempre più aggressivo la relazione medico-paziente, o meglio paziente-medico?

Che poi è anche violenza quella che si subisce agli incroci stradali, ai passaggi pedonali, alle file del supermercato, in autostrada, alla possibile riduzione delle meritate pensioni verso professioni che hanno dato tutto in questi ultimi anni.

Non si ricordano più gli eroi in tempo Covid, di qualche anno fa.

Il 14 Novembre è stata la giornata della Gentilezza. Ve ne siete accorti?

Ho sperimentato personalmente l'indifferenza di alcuni davanti ad un banco farmaci, creato per offrire un aiuto all'ambulatorio della Croce Rossa locale per bambini disagiati (di qualsiasi nazionalità).

Ma ho anche raccolto delusioni perché il medico che "illustrava" una diagnosi non ha mai guardato negli occhi la persona a cui stava parlando (non oso definirla Paziente!).

Leggo su "La Stampa" di oggi un terribile monito: "la globalizzazione dell'odio".

Auguro a Voi e ai Vostri cari un Natale sereno. E che l'anno nuovo ci faccia recuperare quello che di buono abbiamo ancora dentro. Io sono convinta che ci sia.

Un po' di ulteriore impegno (riconosco quello che avete fatto) lo farà riemergere.

Vale ovviamente anche per me.

Un caro saluto e un abbraccio.

Roberta Chersevani



L'Italia è uno strano paese.

Alla fine di maggio del 2023, è stato approvato in Parlamento il cosiddetto "Decreto Bollette". Sarebbe stato logico pensare che venisse votato un provvedimento che interessasse tutti i Cittadini. Un decreto che mettesse al riparo dall'inopinato rincaro delle bollette causato da tutti gli sconvolgimenti che il mondo ha sopportato negli ultimi tempi.

Certo che, tra il COVID-19, la guerra in Ucraina ed i numerosi focolai di guerra in tutto il mondo, l'economia globale è continuamente messa sotto pressione. Ma all'interno del decreto, a sorpresa, è stato approvato anche un emendamento che ha apportato notevoli cambiamenti per tutti gli Odontoiatri italiani.

Sono tre le novità e sono veramente rilevanti.

La prima è quella che ha reso la laurea in Odontoiatria, una laurea specialistica e pertanto, per entrare nei quadri del Sistema Sanitario Nazionale ed accedere alla dirigenza medica, non è più necessario prendere una specialità tra le poche presenti (Odontoiatria pediatrica, Ortognatodonzia, Chirurgia orale), ma è sufficiente essere iscritti all'Albo degli Odontoiatri. La seconda novità riguarda i colleghi che siano riusciti a laurearsi sia in Odontoiatria che in Medicina e Chirurgia e possono oggi iscriversi sia all'Albo dei Medici che a quello degli Odontoiatri, cosa che prima era stranamente proibita.

La terza, sicuramente rivoluzionaria, è che tutti gli odontoiatri possono oggi praticare la medicina estetica su tutto il volto dei loro pazienti e non solo nel terzo medio e fino alle ossa zigomatiche.

Con l'emendamento è stata modificata la legge numero 409 del 1985, legge istitutiva della professione di Odontoiatra.

All'articolo due era scritto: "Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche. Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione."

Ed è stato aggiunto: "e possono esercitare le attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva al terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso."

Questo comporta una visione completamente nuova della nostra professione e, tenendo conto della necessità di studiare approfonditamente il nuovo argomento, ci darà la possibilità di ampliare i nostri orizzonti operativi.

Buon Natale e buone feste care colleghe e cari colleghi a voi ed alle vostre famiglie.

Paolo Coprizev



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2023

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 tutti gli Iscritti sono invitati a partecipare all'Assemblea, in prima convocazione sabato 16 dicembre 2023 alle ore 23.00 presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**domenica 17 DICEMBRE 2023 alle ore 10.30
presso l'Azienda Agricola Castelvechio
Via Castelnuovo, 2 - 34078 Sagrado (GO)**

Ordine del giorno:

- 1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti;**
- 2. Esame ed approvazione del Bilancio di Previsione 2024;**
- 3. Premiazione dei Medici e Odontoiatri che hanno raggiunto i 50 anni di Laurea;**
- 4. Ricordo dei Colleghi che ci hanno lasciato.**
- 5. Lettura del Giuramento Professionale da parte dei Medici e Odontoiatri neoiscritti;**
- 6. "Rinunciare alla pace e alla speranza?" Intervento di Mons. Carlo Roberto Maria Redaelli, Arcivescovo di Gorizia;**
- 7. Varie ed eventuali.**

Per la partecipazione è tassativa l'iscrizione al seguente portale online
<https://omceego.irideweb.it/events> (accesso tramite SPID o CIE)

entro venerdì 15/12/2023 ore 12.00.

Per supporto contattare la Segreteria via mail info@ordinemedici-go.it

In caso di **intolleranze alimentari e/o allergie** darne avviso alla Segreteria.

Il Presidente dell'OMCEO Gorizia
Dott.ssa Roberta Chersevani



Firmato digitalmente da:
CHERSEVANI ROBERTA
Firmato il 15/11/2023 09:24
Seriale Certificato: 1341524
Valido dal 11/04/2022 al 11/04/2025
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

***** **DELEGA** *****

Il sottoscritto Dr..... nato a il **delega**
a rappresentarlo in sede di discussione e di voto all'Assemblea Ordinaria Annuale del 17/12/2022
(prima convocazione) e del 18/12/2022 (seconda convocazione) il/la Dr.....

Data.....

Firma.....

Ai sensi del 3° comma dell'Art. 24 del D.P.R. 221/50 "**Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe**". La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato. **La delega deve pervenire alla Segreteria a mezzo PEC entro le ore 12.00 di venerdì 15 dicembre 2023, con allegati i documenti di identità del delegato e del delegante.**

In copertina

a cura di Albino Visintin

L'essere umano è dotato di libero arbitrio, ha più gradi di libertà di ogni altra specie, può utilizzare questa libertà per il bene e per il male.

La scelta delle immagini di copertina del bollettino è associata agli avvenimenti che maggiormente hanno caratterizzato l'anno in corso allo scopo di focalizzare l'argomento e proporre una riflessione.

L' *Omaggio a Picasso* è eseguito da un ebanista di Mariano, non un artista affermato ma un ottimo artigiano con vocazione artistica, che usa il legno per riprodurre con le sue mani ciò che lo ha emotivamente coinvolto, riuscendo a conservare l'intensità drammatica dell'opera: è percepibile il frastuono assordante di urla straziate dal terrore, i gemiti, i lamenti, i pianti, i nitriti bestiali, i rantoli agonici.

Picasso ha dipinto *Guernica* nel 1937; escludendo il contesto storico, il capolavoro rappresenta lo strazio delle guerre del passato, del presente e del futuro, è talmente noto ed universalmente conosciuto che ogni descrizione formale è superflua.

Nella quarta di copertina il richiamo è la sofferenza generata dalla violenza.

Music in *Non siamo gli ultimi*, solo trenta anni dopo essere stato internato a Dachau, riesce a testimoniare la sofferenza disumana e "sbendando" la propria memoria ferita, mostra le cicatrici del martirio con le piaghe ancora aperte.

Rappresenta i morti ed i non ancora morti senza spazio e senza tempo, carne maciullata che diventa polvere e cenere. Spettacolo lercio della morte violenta, spoglia del superfluo, solo l'essenziale intriso di sofferenza cosmica.

Ungaretti, con la sua poesia *Non gridate più* composta nel 1945, fa capire che il silenzio è la voce più eloquente dei morti. Tutto quello che si poteva dire è stato detto.

La prima luce che illumina il giorno nuovo origina dalle nostre coscienze.

Prima di copertina

Franco Sartori: *Omaggio a Picasso*, 2010

essenze di legno naturale

136 x 62 cm

Quarta di copertina

Zoran Music: *Non siamo gli ultimi*, 1975

acrilico su tela 100x81 cm

Collezione privata

Zoran Music: *Non siamo gli ultimi*, 1971

olio su tela 65,5 x 81 cm

Collezione privata, Trieste

Foto tratte dal catalogo della mostra *MUSIC*

A cura di Marco Goldin, Linead'ombralibri
Gorizia, Musei Provinciali Palazzo Attems, 12
ottobre 2002 – 7 marzo 2004



Aurora dalla cima del Màngart, m 2677.

Rinunciare alla pace e alla speranza?

Carlo Roberto Maria Redaelli, arcivescovo di Gorizia

In un libro della Bibbia non molto conosciuto, quello del profeta Zaccaria, si trova a un certo punto un appello particolare:

Quanto a te, per il sangue dell'alleanza con te, estrarrò i tuoi prigionieri dal pozzo senz'acqua. Ritornate alla cittadella, prigionieri della speranza! (Zc 9,11-12).

“Prigionieri della speranza”: una parola rivolta a gente imprigionata in fondo a una cisterna senza acqua. Sembra qualcosa di molto strano, di fuori luogo. In ebraico, però, c'è un gioco di parole, perché la parola *mikveh*, che significa raccolta d'acqua/pozzo (e indica anche il bagno rituale) utilizza le stesse lettere della parola “speranza”. Quindi è come se il profeta dicesse: siete prigionieri in fondo a un pozzo, ma quel pozzo è speranza. Siete, per così dire, costretti a sperare e proprio mentre sembra persa ogni speranza. Anzi la stessa realtà che pare uccidere la speranza, può diventare fonte di speranza.

L'umanità oggi è in un pozzo oscuro, in apparenza senza vie d'uscita e senza luce: le ricorrenti crisi economiche, la pandemia, le crescenti tensioni internazionali, le guerre in Ucraina e in Terrasanta, senza dimenticare tante altre sconosciute. Eppure è e non può che essere prigioniera della speranza. Non si può rinunciare alla speranza, come non si può rinunciare alla pace. Almeno al desiderio, al sogno, all'aspirazione alla pace. Pace e speranza sono connesse tra di loro. La pace da intendere nel senso più ampio, quello presentato dalla Bibbia, che non è solo assenza di guerra, ma è serenità, bellezza, concordia, fraternità, solidarietà. Insomma la sin-

tesi del vero, del bene, del bello come realtà condivisa dall'umanità, come meta dell'umanità. E tale meta deve essere sperata, fattivamente sperata, con gesti di pace.

Certo, il sogno della pace è sempre contrastato. Ci sono due pagine famose del profeta Isaia che sognano il futuro di pace. In un passo si usa la metafora del mondo animale (Isaia 11,6-8):

*Il lupo dimorerà insieme con l'agnello;
il leopardo si sdraierà accanto al capretto;
il vitello e il leoncello pascoleranno insieme
e un piccolo fanciullo li guiderà.*

*La mucca e l'orsa pascoleranno insieme;
i loro piccoli si sdraieranno insieme.*

Il leone si ciberà di paglia, come il bue.

*Il lattante si trastullerà sulla buca della vipera;
il bambino metterà la mano nel covo del serpente velenoso.*

In un'altra quella del mondo militare e di quello agricolo (Isaia 2, 4):

*Spezzeranno le loro spade e ne faranno aratri,
delle loro lance faranno falci;
una nazione non alzerà più la spada
contro un'altra nazione,
non impareranno più l'arte della guerra.*

Ma sempre nella Bibbia è presente anche un testo esattamente contrario, nel profeta Gioele (4,9-10):

*Proclamate questo fra le genti:
preparatevi per la guerra,
incitate i prodi,
vengano, salgano tutti i guerrieri.*

*Con i vostri vomeri fatevi spade
e lance con le vostre falci;
anche il più debole dica: «Io sono un
guerriero!».*

La Bibbia è lo specchio dell'esperienza umana, per questo in essa c'è pace e guerra, amore e odio, perdono e vendetta. Ma non viene mai meno la convinzione che alla fine vincerà la pace, l'amore, il perdono.

Una convinzione che deve portare a non perdere mai la speranza e a contrastare la guerra con segni di pace. Con umiltà e pazienza. Qualcuno ha detto, riprendendo quanto continuamente ricorda papa Francesco, che cioè stiamo vivendo dentro una "terza guerra mondiale combattuta a pezzi", che non bisogna pretendere una pace assoluta e universale, ma che si può tentare di contrapporsi alla "guerra a pezzi" con una pace "costruita a pezzi".

Quali potrebbero essere questi "pezzi di pace" alla nostra portata? Alcuni piccoli esempi. Tutto ciò che fa crescere nella giustizia, nel rispetto dei diritti, nell'impegno a favore del bene comune, nel promuovere i poveri, nell'educare alla coscienza, nel rispettare l'altro (come singolo e come grup-

po sociale o etnico), ecc., tutto questo fa crescere anche la pace. Ancora: favorisce la pace una grande attenzione e vigilanza verso ciò che fomenta pregiudizi, odio, letture parziali, ecc., in particolare nell'uso dei social (veri moltiplicatori, nel bene e nel male, delle emozioni). Aiuta la pace la conoscenza della realtà sociale, politica, economica, culturale, religiosa del mondo in cui viviamo e delle persone, spesso straniere, che ci sono vicine. Incoraggia la pace la promozione di una vera attenzione dell'opinione pubblica e della politica sulle problematiche e sulle opportunità esistenti in riferimento alla pace. Per i cristiani poi (e non solo), sono strumenti di pace la preghiera, la Parola di Dio, il magistero dei papi degli ultimi decenni (60 anni fa veniva pubblicata la *Pacem in terris* di papa Giovanni XXIII, in piena guerra fredda e a pochi mesi dalla crisi dei missili a Cuba), la testimonianza di autentici profeti e martiri della pace. Sono pochi accenni a ciò che può costituire una risorsa incredibile per l'educazione alla pace e alla speranza e per viverle, anche solo "a pezzi", ma realmente. Forse un augurio da rivolgerci a vicenda nel prossimo Natale potrebbe essere pertanto proprio quello di restare comunque "prigionieri della speranza".





Abstract delle tesi di laurea

EVENTI AVVERSI IMMUNO-CORRELATI E OUTCOME DEL TRATTAMENTO CON INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO NEI PAZIENTI CON CANCRO DEL POLMONE

Dr. Giulio Francesco Blokar

Il cancro del polmone è responsabile di 1,8 milioni di decessi all'anno e rappresenta la principale causa di morte per tumore nella popolazione generale. La maggioranza delle nuove diagnosi avviene in pazienti con malattia in stadio avanzato quando ormai le opzioni terapeutiche sono limitate al tratta-

mento mirato contro mutazioni driver o, in assenza di queste, alla chemioterapia e all'immunoterapia con inibitori del checkpoint immunitario.

Il trattamento con inibitori del checkpoint può causare l'insorgenza di eventi avversi immuno-correlati, che secondo alcune evidenze scientifiche e in base a un meccanismo biologico non ancora del tutto chiarito, potrebbero costituire un indicatore prognostico di buona risposta alla terapia.

In questo studio retrospettivo e monocentrico abbiamo osservato gli outcome dell'immunoterapia in pazienti con cancro del polmone che hanno riscontrato eventi avversi immuno-correlati, stratificando i

Grado di tossicità	TOTALE			IMMUNOTERAPIA I LINEA			CHT+IMM I LINEA			IMMUNOTERAPIA II LINEA E/O LINEE SUCC.			SOSPESI
	0	1-2	3-4	0	1-2	3-4	0	1-2	3-4	0	1-2	3-4	
RP (%)	23	40	57	27	49	60	21	50	70	19	21	44	58
SD (%)	14	24	14	3	33	7	36	13	10	17	26	33	21
PD (%)	42	28	17	35	14	20	29	31	20	53	40	11	16
RC (%)	1	3	0	3	2	0	0	3	0	0	3	0	0
Non valutabili (%)	20	5	12	32	2	13	14	3	0	11	10	11	5
PFS mediana (mesi)	3	5,5	9	3	10	8	2,5	4	7,5	4	7	11	15
RP= risposta parziale. SD= malattia stabile. PD= progressione. RC= risposta completa. PFS= sopravvivenza libera da progressione.												Tempo alla sospensione mediano	7,5

Tabella: risposta al trattamento. Dati relativi alla popolazione valutabile e ai sottogruppi trattati con immunoterapia e chemioterapia+immunoterapia in I linea e in II linea e/o linee successive. Sono stati indicati come non valutabili i pazienti per i quali mancavano dati sulla miglior risposta. CHT= chemioterapia. IMM= immunoterapia.

risultati per gravità degli eventi secondo la classificazione CTCAE v.5 e per tipo di trattamento ricevuto. Sono stati anche valutati gli outcome nei pazienti che hanno dovuto sospendere la terapia, nell'ipotesi che il trattamento possa fornire un'attività antitumorale prolungata nel tempo, soprattutto dopo eventi di tossicità tale da richiedere la sospensione.

Sono stati inclusi nello studio 254 pazienti, trattati con inibitori del checkpoint in monoterapia in prima linea, nelle linee successive e in associazione con chemioterapia tra il 2015 e il 2021 presso l'ASST Sette laghi di Varese.

Si è osservata una maggiore frequenza di risposta parziale (57%) e una diminuita progressione di malattia (17%) nei pazienti con tossicità di grado 3-4, rispetto al gruppo senza tossicità (23% e 42% rispettivamente). Anche la PFS mediana (progression free survival, tempo trascorso senza progressione di malattia dall'inizio della terapia) ha seguito un andamento simile, passando da 3 a 9 mesi. Nei pazienti che hanno dovuto sospendere la terapia, la risposta parziale si è attestata al 58% e la progressione di malattia al 16%, mentre la PFS mediana ha raggiunto i 15 mesi.

Dai risultati dello studio è emerso che i pazienti con eventi avversi immuno-correlati più gravi tendono ad avere outcome migliori e un beneficio simile si osserva dopo la sospensione del trattamento. Questo risultato si applica anche agli eventi avversi di grado lieve e moderato.

La presenza degli irAE, anche di grado lieve, può quindi essere interpretata come un marcatore di risposta e fornisce un ausilio per identificare i pazienti che possono trarre maggiore beneficio dall'immunoterapia per il cancro del polmone.

ASSENTEISMO SCOLASTICO COME MARKER PREDITTIVO DI DISTURBO SOMATICO: UNO STUDIO PROSPETTICO

Dr.ssa Giada Caiffa

INTRODUZIONE

La letteratura internazionale attesta una prevalenza dell'assenteismo scolastico cronico dell'1-5% tra gli studenti, individuando pertanto in esso un problema relativamente frequente.

Nella maggior parte dei casi, l'atteggiamento assenteista non è associato ad una patologia organica, bensì funzionale, e in questo senso, quindi, potrebbe rappresentare per il pediatra una spia di *impairment* funzionale.

OBIETTIVI

Lo scopo della tesi è valutare quali diagnosi siano maggiormente associate ad una condizione di assenteismo scolastico cronico e, di conseguenza, capire se esso possa assumere il significato di marker predittivo di queste patologie.

Accanto a questo, sono stati valutati i fattori individuali e sociali maggiormente correlati.

MATERIALI E METODI

È stato eseguito uno studio prospettico su una coorte di 70 pazienti ricoverati presso la Clinica Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo da maggio 2021 a maggio 2023.

Di questi 70 pazienti, 35 appartengono al gruppo dei casi, ovvero bambini e ragazzi dagli 8 ai 18 anni che abbiano fatto almeno 15 giorni di assenza da scuola a causa del sintomo riferito al ricovero; tra i criteri di esclusione rientrano la disabilità intellettiva moderata o severa e i disturbi del comportamento alimentare.

I restanti 35 pazienti, appartenenti al gruppo



dei controlli, sono abbinati ai casi per età e sesso, ma a differenza loro si sono assentati da scuola per meno di 15 giorni.

I dati sono stati acquisiti attraverso diverse modalità:

1. Somministrazione di un questionario a bambini/ragazzi e genitori;
2. Consultazione della cartella clinica cartacea;
3. Consultazione della cartella clinica elettronica (G2 clinico);
4. Conversazione telefonica con i genitori.

Per confrontare i due gruppi è stato usato il test del Chi quadro o il test esatto di Fisher quando opportuno, mentre nel caso delle variabili continue ne è stata comparata la distribuzione grazie al test non parametrico di Mann-Whitney. Infine, si sono utilizzati dei modelli di regressione logistica per quantificare le differenze tra i due gruppi e valutare l'effetto combinato delle variabili d'interesse.

RISULTATI

Per quanto concerne i fattori individuali si è riscontrata un'associazione statisticamente significativa tra l'assenteismo e la comorbidità neuropsichiatrica, presente nel 37% dei pazienti assenteisti contro il 14% dei controlli.

Fattori sociali	Casi N=35	Controlli N=35	p-value
Ambiente scolastico, n(%)			<0.001
Negativo	18 (51.4)	3 (8.6)	
Positivo	17 (48.6)	32 (91.4)	
Gruppo di pari, n(%)			<0.001
No	15 (42.9)	2 (5.7)	
Sì	20 (57.1)	33 (94.3)	
Attività sportiva, n(%)			0.11
No	13 (37.1)	7 (20.0)	
Sì	22 (62.9)	28 (80.0)	
Interruzione, n(%)			<0.001
No	3 (13.6)	25 (89.3)	
Sì	19 (86.4)	3 (10.7)	

Tra i fattori sociali, tre aspetti risultano significativi: il 51,4% dei pazienti assenteisti

ha una percezione dell'ambiente scolastico negativa, il 42,9% di loro riferisce di non avere un gruppo di pari e l'86,4% ha interrotto l'attività sportiva per almeno 14 giorni a causa del sintomo riferito.

Le percentuali risultano del tutto diverse nei controlli, connotando così, anche in questo caso, una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

Sintomo cardine, n(%)	Casi N=35	Controlli N=35	p-value
Febbre/Astenia/Cefalea	14 (40.0)	13 (37.1)	1.00
Dispnea	2 (5.7)	1 (2.9)	1.00
Dolore osteo-artro-muscolare	12 (34.3)	3 (8.6)	0.02
Dolore toracico/addominale	12 (34.3)	4 (11.4)	0.04
Dolore lombo-sacrale/cervicale	1 (2.9)	3 (8.6)	0.61
Calo/Aumento ponderale	1 (2.9)	3 (8.6)	0.61
Poliuria/Polidipsia/Vomito/Diarrea	3 (8.6)	5 (14.3)	0.71

Di rilievo anche le differenze in termini di presentazione al ricovero: la maggior parte dei pazienti assenteisti lamenta un sintomo doloroso. Accanto a ciò, esiste una certa stagionalità: il 63% dei pazienti assenteisti è stato ricoverato durante il periodo primaverile, quello di maggiore stress scolastico, mentre nessuno di loro è stato ricoverato durante l'estate.

Diagnosi	Casi N=35	Controlli N=35	p-value
Diagnosi alla dimissione, n(%)			<0.001
Natura organica	2 (5.7)	33 (94.2)	
Natura funzionale/psichiatrica	30 (85.7)	1 (2.9)	
Non categorizzabile	3 (8.6)	1 (2.9)	

In merito alla diagnosi, punto chiave dello studio, si evidenzia come 30 pazienti su 35 all'interno del gruppo dei casi abbiano ricevuto una diagnosi di natura funzionale o psichiatrica, denotando così un valore predittivo positivo dell'assenteismo scolastico per il disturbo funzionale dell'85.7%. Infine, si sottolinea che il 40% dei pazienti appartenenti al gruppo dei casi

non ha ottenuto un miglioramento al follow-up eseguito dopo un tempo mediano di 12

mesi. Nel gruppo dei controlli, invece, la percentuale di persistenza del sintomo si attesta all'11,4%.

CONCLUSIONI

Lo studio effettuato ha dato risultati in linea con quanto affermato dalla letteratura, evidenziando quanto l'assenteismo scolastico cronico possa essere utile al pediatra come indice di *impairment* funzionale.

Sebbene in futuro sarà necessario prendere in esame dei campioni più ampi, inoltre, questo lavoro rappresenta un primo riferimento nella valutazione della popolazione di bambini e ragazzi ricoverati, ai quali è stato possibile estendere le affermazioni già note in precedenza per la popolazione generale.

ANALISI FARMACOGENETICA DEL TRASPORTATORE ABCB1 COME FATTORE PREDITTIVO DELLA RISPOSTA AL FENTANYL NEI NEONATI IN VENTILAZIONE MECCANICA

Dr.ssa Eleonora Cecchinato

INTRODUZIONE

Il fentanyl è un oppioide sintetico comunemente utilizzato per la gestione del dolore e della sedazione nei neonati prematuri e a termine. Tuttavia, la risposta individuale a questo farmaco può variare notevolmente, il che solleva interrogativi sulla possibile influenza dei fattori genetici.

Il gene ABCB1 codifica per una proteina di efflusso, la P-glicoproteina, che è coinvolta nel trasporto di molti farmaci attraverso la barriera emato-encefalica e la membrana cellulare. Il polimorfismo rs1045642 (C3435T) nel gene ABCB1 è stato precedentemente

associato a variazioni nella farmacocinetica e nella risposta ai farmaci in vari studi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi di questo studio sono stati valutare l'associazione tra il genotipo ABCB1 e la risposta al trattamento con fentanyl in neonati ricoverati nell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN). In particolare, si è cercato di determinare se esistono differenze significative nella dose di fentanyl richiesta dai neonati in base al loro genotipo ABCB1 (rs1045642), esaminando i vari genotipi ed esplorando la possibile correlazione tra il genotipo ABCB1 e i punteggi di dolore misurati attraverso l'EDIN (Intensity of Pain in Infants Scale) durante il trattamento con fentanyl. Lo scopo era fornire informazioni sulla variabilità individuale nella risposta al fentanyl per contribuire ad un trattamento farmacologico più personalizzato e sicuro per il controllo del dolore e della sedazione in questa popolazione vulnerabile.

MATERIALI E METODI

In questo studio, è stata condotta un'analisi sia retrospettiva che prospettica su un gruppo di 12 neonati ricoverati nell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'ospedale pediatrico "Burlo Garofalo".

I neonati sono stati selezionati in base a criteri di inclusione, tra cui la necessità di ventilazione meccanica e l'uso di fentanyl per la gestione del dolore.

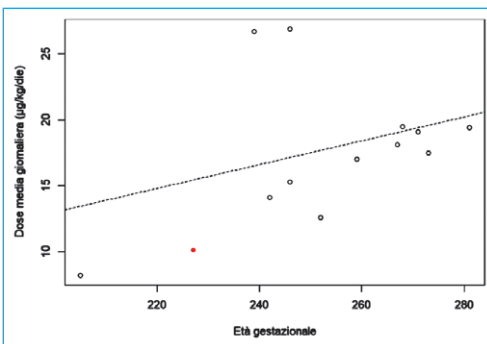
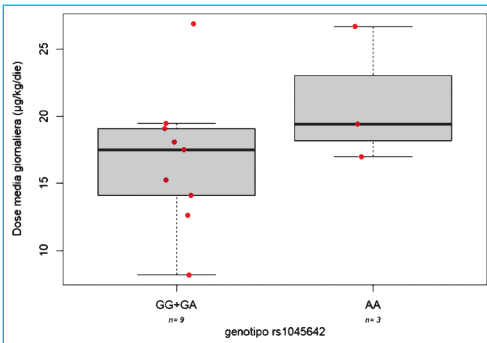
Sono stati ottenuti campioni di DNA dai pazienti per valutare il genotipo ABCB1 (rs1045642).

La dose media giornaliera di fentanyl è stata registrata e normalizzata per il peso corporeo e sono stati valutati i punteggi di dolore e sedazione utilizzando le scale appropriate. L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il test ANOVA per valutare le differenze

nella dose di fentanyl in base al genotipo ABCB1 e all'età gestazionale. Sono stati anche condotti test di potenza statistica per valutare la correlazione tra dose di fentanyl e l'età gestazionale.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Su 12 neonati ricoverati nell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale è stata riscontrata una differenza significativa nella dose di fentanyl richiesta in base al genotipo ABCB1: i neonati con il genotipo GG hanno richiesto una dose inferiore rispetto a quelli con genotipo AG e AA, suggerendo che il genotipo ABCB1 potrebbe influenzare la farmacocinetica del fentanyl in questa popolazione.



Nonostante le dimensioni limitate del campione, questo risultato è stato statisticamente significativo ($p = 0,04$).

Tuttavia ulteriori studi con un numero maggiore di partecipanti sono necessari per

confermare questi risultati. Inoltre, è emersa una tendenza alla correlazione tra l'età gestazionale e la dose di fentanyl, indicando un possibile ruolo dell'età gestazionale nella risposta al farmaco, suggerendo come quest'ultima potrebbe essere considerata nella gestione del dosaggio del fentanyl nei neonati.

In sintesi, i risultati di questo studio contribuiscono alla comprensione della variabilità individuale nella risposta al fentanyl nei neonati e suggeriscono l'importanza di considerare il genotipo ABCB1 e l'età gestazionale nella terapia farmacologica personalizzata. Ulteriori ricerche sono necessarie per consolidare queste scoperte e migliorare la gestione del dolore e della sedazione nei neonati ricoverati in TIN.

IMPIEGO DELLA COMBINAZIONE DI AGENTI DEMETILANTI CON VENETOCLAX COME TERAPIA DI PRIMA LINEA DELLA LEUCEMIA ACUTA MIELOIDE DELL'ANZIANO, ESPERIENZA MONOCENTRICA

Dr.ssa Sara Deiuri

La terapia di combinazione con farmaci ipometilanti (HMA) e venetoclax (V) è diventata negli ultimi anni il gold standard per il trattamento di prima linea della leucemia mieloide acuta (AML) nei pazienti anziani o *unfit* alla chemioterapia intensiva. L'obiettivo del nostro studio di *real-life*, monocentrico e osservazionale era di confermare i dati riportati in letteratura sull'efficacia e sulla sicurezza di questa terapia.

Sono stati valutati retrospettivamente 40

pazienti affetti da AML all'esordio trattati con HMA e V presso la UCO Ematologia di Trieste tra settembre 2018 e aprile 2023. Ventiquattro pazienti (60.0%) hanno ottenuto una remissione completa (CR) e 7 (17.5%) una CR con incompleto recupero ematologico (CRi), con un tasso di risposta completa composita (CCR) pari al 77.5%. Tra i pazienti *responders*, il 67.7% è andato incontro a recidiva, con un intervallo libero da malattia mediano di 13.27 mesi.

La sopravvivenza globale (OS) mediana osservata è stata di 13.77 mesi (95% CI, 9.82-17.72), con una sopravvivenza libera da progressione (PFS) mediana di 11.83 mesi (95% CI, 6.07-17.60). Le variabili che hanno mostrato un impatto statisticamente significativo sulla riduzione della sopravvivenza sono state la presenza di precedenti diagnosi di sindrome mielodisplastica (MDS) o di leucemia mielomonocitica cronica (CMML) e l'assenza di mutazioni a carico del gene *NPM1*.

Tutti i pazienti hanno manifestato almeno un evento avverso e le tossicità più frequenti sono state quelle ematologiche (97.5%), in particolare neutropenia e piastrinopenia di grado 3 e 4, e gastrointestinali (67.5%); inoltre in tutti i pazienti è stato necessario sospendere almeno temporaneamente la terapia o ridurne la posologia.

In conclusione, il nostro studio conferma i risultati riportati in letteratura riguardo al beneficio, in termini di risposta e sopravvivenza, apportato dalla terapia di combinazione con HMA e V, in una categoria di pazienti il cui *outcome*, per età, comorbidità o caratteristiche biologiche della malattia, è notoriamente infausto.

RUOLO DELLA TC PERFUSIONALE NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE SINDROMI AFASICHE: ICTUS ISCHEMICO VERSUS STROKE MIMICS

Dr. Gianpiero Farina

INTRODUZIONE

L'ictus (stroke) può esordire con sindrome afasica, un disturbo del linguaggio che interessa la comprensione e/o la produzione verbale, in un numero di soggetti che può arrivare fino al 40%. Questa condizione è riscontrabile in molteplici patologie che possono entrare in diagnosi differenziale con esso, l'insieme di queste prende il nome di stroke mimics. I più diffusi sono le crisi epilettiche, seguite poi dagli attacchi di emicrania con aura e dai deficit neurologici ad insorgenza acuta attribuibili a disturbo funzionale. Un ruolo importante nella diagnosi dell'ictus e nella valutazione dell'eleggibilità dei pazienti ai trattamenti di trombolisi e trombectomia è rivestito dalla valutazione tramite TC perfusionale.

OBIETTIVI

L'obiettivo dello studio svolto consiste nell'effettuare una comparazione tra i pazienti affetti da ictus ischemico e stroke mimics con sindrome afasica all'esordio per quanto riguarda: dati clinici in ammissione, caratteristiche al neuroimaging, in particolar modo delle mappe perfusionali, e outcomes in dimissione.

MATERIALI E METODI

È stato effettuato uno studio retrospettivo nel quale sono stati raccolti ed analizzati dati clinici di pazienti ammessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cattinara dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) con diagnosi di sindrome afasica da sospetto evento cerebrovascolare acuto e sottoposti a

TC perfusionale. Il campione iniziale di soggetti presi in considerazione durante il periodo di osservazione di questo studio ammontava a 170 pazienti, di questi 140 sono risultati idonei. Attraverso l'imaging di controllo, il campione finale è stato suddiviso in due gruppi: quello dei pazienti con ictus ischemico composto da 116 soggetti, con lesione, e quello degli stroke mimics composto da 24 soggetti, senza lesione. Successivamente, per ogni mappa perfusionale è stata eseguita un'identificazione delle asimmetrie significative ischemiche e non ischemiche e sono state localizzate le aree cerebrali coinvolte. Infine, è stata calcolata la somma delle aree interessate dalle asimmetrie ed è stata valutata l'estensione di queste tramite l'ASPECT score, un punteggio utilizzato nella TC senza mezzo di contrasto, che prevede la sottrazione di un punto da un totale di 10 per ogni area interessata da alterazioni patologiche.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Il fattore di rischio fibrillazione atriale è risultato significativamente diverso tra i due gruppi: 42% nei pazienti con lesione ischemica al controllo contro 4% negli stroke mimics ($p < 0.001$). Oltre alla scarsa associazione con il fattore di rischio fibrillazione atriale, altri elementi che hanno accomunato i mimics sono stati una minore gravità del quadro clinico generale ed un minore esordio con deficit associati ad afasia. In particolare, il 50% del gruppo stroke mimic ha avuto un esordio con sindrome afasica isolata, mentre l'86% del gruppo lesione ischemica ha presentato altri deficit neurologici all'ammissione ($p < 0.001$). È emerso, inoltre, che l'8% dei pazienti del gruppo stroke mimic non è rientrato in alcuna categoria del sistema classificativo adottato per l'analisi delle sindromi afasiche nei pazienti con ictus ischemico. Al contrario, nel gruppo ictus

ischemico, tutti i soggetti sono rientrati in una precisa sottocategoria di sindrome afasica ($p = 0.028$). Per quanto concerne i riscontri neuroradiologici, invece, si è osservato che il 95% dei soggetti con lesione accertata all'imaging di controllo ha presentato delle asimmetrie ischemiche alla TC perfusionale. Al contrario, gli stroke mimics o non hanno presentato alcun tipo di asimmetria o, qualora presenti, queste erano di natura non ischemica ($p < 0.001$). L'analisi delle sotto-mappe ha mostrato come il maggior numero di asimmetrie ischemiche nei pazienti con diagnosi accertata di ictus ischemico sia stato identificato tramite l'ausilio dell'MTT, mentre la seconda mappa più efficace è risultata essere la riassuntiva. In modo coerente a quanto detto anche le somme delle aree anatomiche interessate al MTT per ciascun paziente hanno presentato un valore mediano maggiore rispetto a quelle della mappa riassuntiva. Allo stesso modo l'ASPECTS del MTT è risultato essere quello con il valore mediano minore di tutte le altre mappe, essendo dunque attribuito ad un'estensione maggiore delle asimmetrie. L'MTT ha dimostrato risultati sovrapponibili anche per quanto riguarda l'identificazione di asimmetrie non ischemiche nel gruppo stroke mimic. Analizzando gli outcomes clinici, è emerso come i pazienti del gruppo stroke mimic in dimissione abbiano presentato un valore mediano dell'NIHSS pari a 0, attribuibile ad un quadro clinico risolto, mentre nel gruppo lesione ischemica questo si sia attestato a 3 ($p < 0.001$). Va sottolineato, inoltre, che il gruppo stroke mimic ha presentato una percentuale significativamente maggiore di afasie risolte rispetto al gruppo ictus ischemico: rispettivamente 79% contro 29% ($p < 0.001$).

CONCLUSIONI

In conclusione, il gruppo stroke mimic ha presentato un'associazione non significativa con il fattore di rischio fibrillazione atriale ed una maggior frequenza di un quadro di esordio con sindrome afasica isolata. Tutte le afasie causate da ictus ischemico sono risultate essere categorizzabili, mentre le afasie nei pazienti stroke mimic nel 8% dei casi non sono rientrate in nessuna categoria. La TC perfusionale si è confermata un'indagine sensibile nella diagnosi di ictus ischemico ed in particolare modo l'MTT si è rivelato essere il parametro di maggior rilievo. In dimissione quasi l'80% degli stroke mimics ha presentato una risoluzione del quadro afasico e sono prevalsi i soggetti con un quadro clinico risolto.

ASPETTI METABOLICO-NUTRIZIONALI DELLA MEDICINA SPAZIALE

D.ssa Serena Lise

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

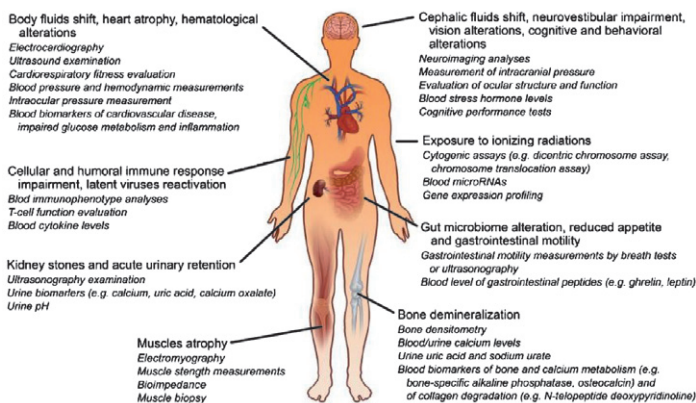
NutrISS (Nutrition monitoring for the International Space Station) è un progetto dell'Agenzia Spaziale Italiana (ASI) che vuole investigare le variazioni della composizione corporea durante voli spaziali di lunga durata. L'obiettivo dello studio è quello di monitorare la composizione corporea degli astronauti e, se necessario, fornire un supporto nutrizionale durante la missione basandosi sulle variazioni

della composizione corporea durante il volo spaziale. Le alterazioni muscolo-scheletriche misurate durante il volo fungeranno da feedback per l'efficacia di tale approccio.

Lo studio è stato eseguito a bordo della Stazione Spaziale Internazionale (ISS) a partire da Luglio 2019 fino a Ottobre 2022 e sponsorizzato dall'Agenzia Spaziale Europea (European Space Agency). Il progetto è finanziato e coordinato dall'ASI, con l'obiettivo di promuovere e favorire la cultura spaziale in tutto il Paese e di fornire l'accesso alla ISS come laboratorio nello spazio alla comunità di ricerca italiana.

Il successo di una missione spaziale rappresenta da sempre una sfida per gli astronauti che ne prendono parte ma anche per la scienza stessa e dipende dal mantenimento di uno stato di salute ottimale dell'astronauta. Il team medico-scientifico supporta e monitora la salute fisica e mentale degli astronauti, in modo da garantirne la preservazione anche in condizioni ambientali estreme.

Gli ostacoli al buon esito di una missione spaziale sono molteplici, ma il fattore che gioca un ruolo chiave in questo contesto è l'annullamento della gravità nello spazio o una sua drastica diminuzione in ambienti planetari.



Modificazioni fisiologiche dell'organismo conseguenti all'esposizione della microgravità.

Tale condizione incide drasticamente sulla fisiologia e sulla composizione corporea dell'organismo.

Gli adattamenti neuroendocrini e biomeccanici maggiori, conseguenti alla microgravità, comportano un'alterata assunzione alimentare (anoressia), un deterioramento della massa muscolare fino all'atrofia e un incremento dello stress ossidativo con conseguenze a carico di equilibrio nutrizionale, trofismo dell'apparato muscolo-scheletrico e controllo della risposta immunitaria.

L'atrofia muscolare che si verifica a seguito di una missione spaziale è un modello rappresentativo di invecchiamento precoce. Tali alterazioni muscolari devono essere quanto più possibile controbilanciate da attività fisiche adattate alla microgravità e un regime nutrizionale ottimale, con particolare attenzione al bilancio energetico e al quantitativo proteico. Infatti, sia le proteine che il bilancio energetico fungono da segnale anabolico per il muscolo, permettendo di limitare la perdita di massa magra.

La riduzione dell'appetito e la difficoltà ad alimentarsi rappresentano uno degli ostacoli maggiori durante le missioni spaziali, portando all'incapacità di mantenere un bilancio energetico neutrale. La maggior parte delle volte, infatti, gli astronauti presentano un introito energetico insufficiente, che rappresenta uno stimolo ulteriore alla perdita di massa muscolare, già condizionata dalla microgravità. Queste alterazioni compromettono lo stato di salute e possono ostacolare la capacità di completare alcuni obiettivi della missione, quali le attività extraveicolari (EVA). Il supporto nutrizionale da solo non sempre risulta sufficiente per invertire o controllare gli effetti di cui sopra, questo perché nello spazio gli astronauti possono avere un aumentato fabbisogno di specifici nutrienti e micronutrienti che devono essere valutati e supplementati all'occorrenza.

L'approccio applicato nello studio NutrISS comporta il monitoraggio periodico (strumentale, bioimpedenziometrico, ematochimico) dell'astronauta, in modo da prescrivere indicazioni nutrizionali ad personam, con il fine di preservare la massa muscolare, la salute in toto, e fornirgli tutti gli strumenti per esprimere il massimo della sua performance.

Gli studi preliminari derivano da osservazioni effettuate durante missioni spaziali precedenti ma soprattutto da modelli che simulano le condizioni analoghe alla microgravità, in primis il bed rest sperimentale su volontari sani, in misura minore l'immobilizzazione di un arto inferiore (in particolare su animali) o la riduzione del numero di passi giornalieri. I risultati e le considerazioni derivanti da studi nutrizionali in condizioni di microgravità o in altri suoi modelli analoghi sono trasferibili e applicabili sulla terra ai soggetti allettati o immobilizzati per ragioni cliniche o a coloro che seguono uno stile di vita sedentario. Gli scopi dello studio NutrISS mirano pertanto a chiarire la fisiopatologia dei cambiamenti della composizione corporea durante il volo spaziale di lunga durata. Si auspica che tali risultati miglioreranno le prestazioni fisiche e la qualità di vita degli astronauti durante il volo spaziale e ottimizzeranno la fase di recupero dell'astronauta una volta tornato sulla Terra. Inoltre, i dati sperimentali ottenuti potrebbero essere adottati anche per la gestione clinica di pazienti immobilizzati malnutriti e/o obesi, migliorando a loro volta la qualità della vita sulla Terra.

MATERIALI E METODI

Lo studio NUTRISS ha coinvolto 3 astronauti sulla ISS (2 uomini, 1 donna).

Ogni astronauta è stato monitorato per la durata media di 6 mesi (durata minima della mis-

INTRODUZIONE FISIOPATOLOGIA SCOPO DELLO STUDIO MATERIALI E METODI RISULTATI CONCLUSIONI

STUDIO NUTRISS

STAZIONE SPAZIALE INTERNAZIONALE

Clinica Medica - Università di Trieste
Kayser Italia
Agenzia Spaziale Italiana



Missione 2020-2021 ISS 61 Luca Parmitano



Missione 2021-2022 ISS 66 Mathias Maurer



Missione 2022 ISS 67 Samantha Cristoforetti

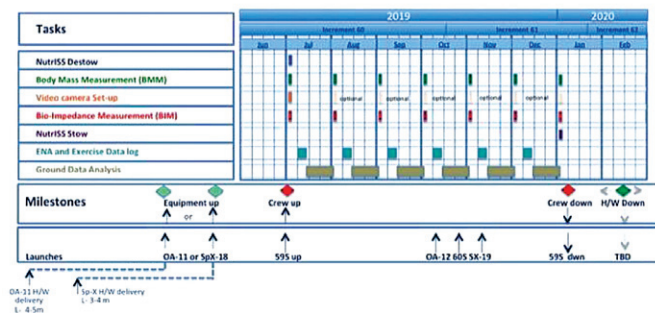
Aspetti metabolico-nutrizionali della Medicina Spaziale

Gli astronauti coinvolti nello studio NutriSS.

sione 3 mesi; durata massima della missione: 8 mesi), che corrisponde alla durata della missione spaziale. L'intero studio si è svolto a partire da Luglio 2019 fino a Ottobre 2022. Per garantire un approccio quanto più personalizzato, ogni astronauta è stato sottoposto a diverse misurazioni. Durante lo studio gli astronauti venivano valutati prima del volo spaziale (pre-flight evaluation), durante il volo spaziale (in-flight evaluation) e al momento dell'atterraggio (post-flight evaluation). Lo studio è stato suddiviso in 2 fasi, come

illustrato in tabella 3; nella 1° fase, le misurazioni sono state effettuate sulla Terra, mentre nella 2° fase le misurazioni sono state effettuate nello spazio, in condizioni di microgravità, durante la missione spaziale. Le valutazioni pre- e post-volo includevano massa corporea (body mass, BM) e composizione corporea analizzate mediante Analisi Bioimpedenziometrica (Bio-Impedance Analysis, BIA), misurazioni antropometriche, quantificazione della spesa energetica e fabbisogno nutrizionale, analisi laboratoristiche per quantificazione dei livelli basali di parametri ematici (insulina, glucosio, profilo lipidico, stress ossidativo e grado di infiammazione).

NutriSS Experiment Time Plan



Piano cronologico dello studio NutriSS.

Le misurazioni durante il volo si effettuavano una volta al mese (ogni 4 settimane), la prima veniva effettuata 3-5 giorni dopo il lancio. Queste includevano la massa, ottenuta dal dispositivo Body Mass Measuring Device (BMMD), e la composizione

Fase 1 - BDCs outlines

Misurazioni effettuate a terra, prima e dopo il volo spaziale:

- **Valutazione dello stato nutrizionale:** misurazioni antropometriche: massa corporea, altezza, composizione corporea estrapolata da analisi BIA; dispendio e fabbisogno energetico
- **Prelievo di sangue,** effettuato a digiuno, con dosaggio di: glicemia, insulina, profilo lipidico, biomarcatori di infiammazione (es. PCR), biomarcatori di stress ossidativo
- **Questionario nutrizionale**

Fase 2 - procedure effettuate durante volo spaziale

Durante il volo, una volta al mese, iniziando con la prima misurazione della massa corporea (BMM – body mass measurement) al 2-3° giorno di volo, l'astronauta doveva:

- Determinare la sua massa corporea mediante BMMD
- Determinare la sua composizione corporea mediante analisi BIA
- Trasmettere i dati al team scientifico caricandoli sull'App EveryWear
- Se la massa grassa era variata significativamente sopra o sotto il valore soglia (1000 g di FM), modificare il suo introito energetico in accordo con le indicazioni del team nutrizionale (PI? Team scientifico assieme al team nutrizionale della ISS e il medico di volo)
 - ➔ Le indicazioni nutrizionali, se necessarie, erano preparate e caricate usando l'app EveryWear entro i 5 giorni lavorativi seguenti (fino a 7 giorni in caso di weekend)
 - ➔ L'astronauta visualizzava le variazioni di uno o più target nutrizionali (energia, macro e/o micronutrienti) sull'App EveryWear
- Compilare il questionario ENA (ESA Nutritional Assessment) non oltre i 5 giorni dopo aver effettuato le misurazioni mediante BMMD e BIA. Tutti i questionari ENA vengono trasferiti al team scientifico che li analizza per l'intera durata della missione
- Monitorare l'attività fisica per valutare la spesa energetica.

Erano richieste almeno 6 sessioni di misurazioni durante la missione.

Descrizione del protocollo seguito durante lo studio.

corporea, ottenuta sempre mediante BIA. I parametri ottenuti dal BMMD e la BIA, assieme all'introito energetico/calorico dell'astronauta, vengono registrati dall'applicazione EveryWear dell'ESA. In questo modo, il team NutrISS sulla Terra è in grado di ricevere i dati pressochè in tempo reale e implementare/riferire qualsiasi variazione necessaria sempre via EveryWear App. Per fornire il valore del loro introito calorico, ogni astronauta scannerizza il codice a barre presente sulla confezione dell'alimento, registrandolo sull'App, e aggiungendo il numero di porzioni consumate. L'applicazione regi-

stra la descrizione dell'alimento e la converte in informazione nutrizionale, ovvero ne indica il contenuto in macronutrienti, micronutrienti e kcal.

L'attività fisica è un altro parametro che era monitorato al fine di correlare i dati sperimentali con il consumo calorico/energetico dell'astronauta.

L'astronauta riceveva alcune correzioni nutrizionali da parte del team NutrISS al fine di mantenere neutrale il suo bilancio energetico per l'intera durata della missione, riducendo così al minimo le variazioni della massa grassa e cercando di mantenere quanto più

possibile il patrimonio della massa muscolare.

Le modulazioni nutrizionali seguivano sempre due principi:

- Mantenere un introito proteico costante (circa 1,1 g/kg/die);
- Modulare l'introito energetico con lo scopo di prevenire e/o correggere variazioni di massa grassa e massa muscolare.

L'intervento nutrizionale era mandatorio ogni qualvolta la massa grassa (Fat Mass, FM) superava i 1000g rispetto al valore di partenza.

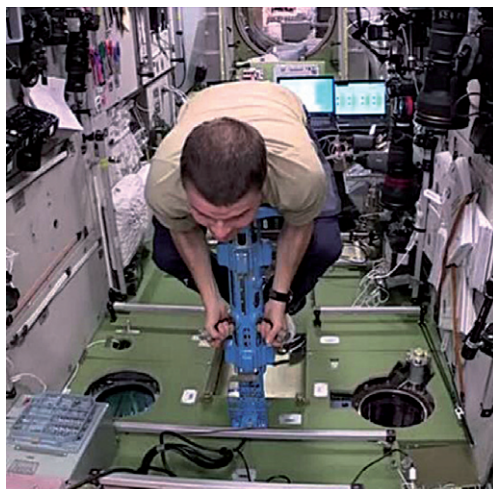
Se si considera che 1g di grasso corporeo equivale a circa 7 kcal e 1000g di grasso corporeo equivalgono a circa 7000 kcal, allora un aumento o diminuzione di 7000kcal nell'arco di un mese richiede un aggiustamento di circa 230 kcal/die.

Il feedback dell'astronauta era fondamentale per regolare al meglio l'introito calorico e il livello di attività fisica.

BMMD – body mass measurement device

Il dispositivo BMMD si trova sul segmento russo a bordo della ISS e permette la misurazione della massa corporea (BM) dell'astronauta. Si tratta di una sedia montata su delle molle, sulla quale si posiziona l'astronauta al momento della misurazione. La massa corporea dell'astronauta è stata estrapolata mediante un'equazione; data come 'M' la massa dell'astronauta e 'm' è la massa effettiva del BMMD, anch'esso oscillante, allora la massa 'M' dell'astronauta si ottiene secondo la seguente equazione: $M = (k/4\pi^2) * T^2 - m$. Dove T indica il periodo di oscillazione e k è una costante oscillatoria.

La misurazione avveniva una volta al mese e doveva essere effettuata la mattina, al risveglio, dopo un digiuno notturno completo di 8-12 ore, prima di assumere qualsiasi cibo o bevanda. La misurazione della BM deve avvenire so-

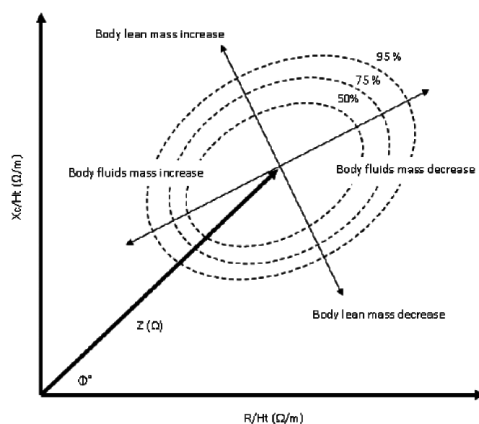


Posizionamento dell'astronauta sul BMMD. Istantaneamente dopo che l'astronauta abbia svuotato la vescica e prima di qualunque attività fisica.

BIA – bioimpedenziometria

La composizione corporea è stata rilevata mediante analisi bioimpedenziometrica (BIA).

La bioimpedenza è una grandezza fisica che misura/rappresenta la tendenza del corpo ad opporsi al passaggio di una corrente elettrica (alternata) di bassa intensità (erogata e misurata mediante applicazione di due elettrodi). I parametri rilevati dall'analisi BIA e indicativi della composizione corporea del soggetto



Rappresentazione grafica di un'analisi BIA.

sono la Fat Mass (FM, massa grassa), Fat-Free Mass (FFM, massa magra e l'angolo di fase (phase angle – PA, un indicatore del grado di idratazione corporea).

La massa magra, rappresentata dalla FFM è ricca di acqua, pertanto si tratta di un buon conduttore di corrente elettrica; diversamente, la massa grassa (FM), a scarso contenuto di acqua, ha un'alta resistività. Queste due misure permettono di determinare la composizione corporea qualora sia nota la massa corporea (BM).

Il dispositivo per la BIA utilizzato a bordo della ISS è il NutriLab, sviluppato dall'azienda Akern; il Nutrilab misura 22x14x4,3 cm e pesa circa 0,5 kg. Il dispositivo è stato adattato per l'utilizzo a bordo della ISS: lo schermo è stato protetto con una pellicola speciale e l'alimentazione elettrica consiste in batterie AA ad alta energia presenti sulla ISS.

L'analisi della body-comp prevede l'applicazione di 4 elettrodi sulla superficie corporea, 2 sulla mano destra (un elettrodo positivo e un elettrodo negativo) e 2 sul piede destro (un elettrodo positivo e un elettrodo negativo) applicati su mano e piede di ogni arto (un elettrodo positivo e un elettrodo negativo per lato). Durante la misurazione era richiesta una foto dell'astronauta per assicurare il corretto posizionamento degli elettrodi. L'analisi BIA doveva essere effettuata la mattina, al risveglio, dopo un digiuno notturno

completo di 8-12 ore, prima di assumere qualsiasi cibo o bevanda (compresa l'acqua), e subito dopo la misurazione con BMMD, in modo da mantenere le stesse condizioni durante le due valutazioni consecutive. Le misurazioni mediante BIA e BMMD devono avvenire solamente dopo che l'astronauta abbia svuotato la vescica e prima di qualunque attività fisica.

Lo strumento misura poi la resistenza e la reattanza del corpo, valori che vengono inviati ad un software specifico sulla Terra e qui analizzati per estrapolare i valori di FM e FFM.

La FFM può essere stimata mediante equazioni che considerano la resistenza/reattanza del corpo umano al passaggio di corrente a bassa intensità; la FM viene poi calcolata sottraendo la FFM al peso totale del corpo.

La valutazione della composizione corporea risultava fondamentale per valutare le variazioni del bilancio energetico nel corso della missione. L'analisi effettuata mediante BIA serve per effettuare uno screening delle alterazioni del bilancio energetico nel corso del tempo.

Ogni astronauta è stato istruito sull'utilizzo della BIA prima del volo spaziale, in particolare ricevendo indicazioni sulla postura da

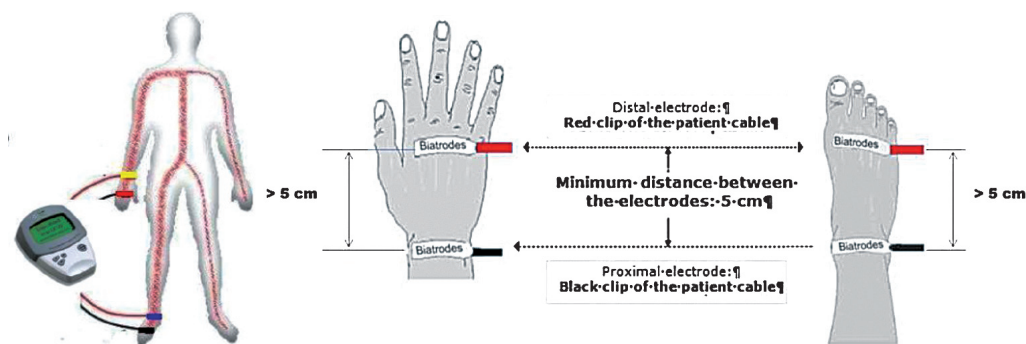


Figura 6 – posizionamento degli elettrodi durante la misurazione BIA.

mantenere durante la valutazione. La durata di una misurazione effettuata mediante BIA (accensione del dispositivo, misurazione impedenziometrica, spegnimento del dispositivo) è all'incirca di 1 minuto.

Le informazioni fornite dalla BIA riguardavano la resistenza e la reattanza del corpo, valori immediatamente comunicati al team di nutrizionisti sulla Terra mediante l'applicazione EveryWear, al fine di determinare i parametri di FM e FFM (in kg e %) durante il volo spaziale. I dati ottenuti erano messi a confronto con l'introito energetico dell'astronauta.

Le raccomandazioni riguardo ad aggiustamenti dell'introito energetico avvenivano nel momento in cui si rilevavano alterazioni significative della massa grassa (FM).

EveryWear App

L'app EveryWear è stata sviluppata dall'ESA e racchiude diverse funzionalità nel menù principale, in base agli obiettivi scientifici. L'app è fondamentale perché permette agli astronauti di registrare giornalmente il diario alimentare, traducendo le quantità e gli alimenti in un corrispettivo di macro (proteine, carboidrati, grassi) e micronutrienti (sodio, potassio, magnesio, ecc). In aggiunta, è an-

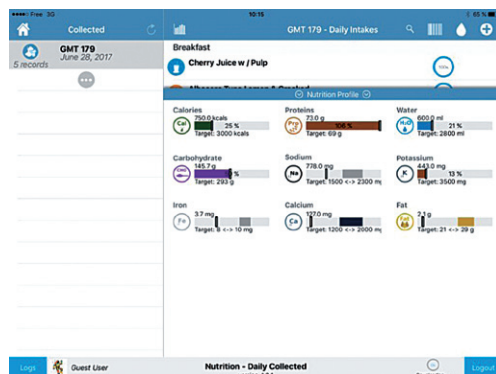
che possibile impostare dei target di macro e micronutrienti per guidare l'astronauta nella scelta di fonti e quantità alimentari.

Il profilo nutrizionale dell'astronauta viene registrato ogni volta che viene dichiarata una nuova assunzione; ogni singolo macro o micronutriente è rappresentato da un indicatore colorato che permette di visualizzare o meno il raggiungimento del target.

ESA Nutritional Assessment/quantificazione della spesa energetica

L'astronauta compilava mensilmente il questionario ESA Nutritional Assessment (ENA), necessario al team (sulla Terra) per dargli indicazioni riguardo all'introito calorico/energetico

durante il viaggio. Il questionario ENA prevede la compilazione tramite EveryWear App di un diario alimentare per 5 giorni consecutivi, indicando quantità, qualità e preferenze alimentari. Le informazioni registrate riguardano le calorie introdotte e il peso dell'alimento consumato, la suddivisione di macronutrienti (proteine, carboidrati, grassi), micronutrienti e l'assunzione di acqua; è sufficiente che l'astronauta scannerizzi il codice a barre del prodotto e indichi il numero di porzioni assunte, dopodiché l'App converte questo tipo di informazione in un certo valore di macro e micronutrienti.



Schermate con le funzioni presenti sull'App EverWear.

È stato suggerito ad ogni astronauta di mantenere un bilancio energetico/calorico neutrale per tutta la durata della missione spaziale: le variazioni nella dieta erano indicate quando la massa grassa superava i 1000g rispetto al valore di partenza (1g di FM corrisponde a 7 kcal, 1000g di FM \approx 7000 kcal, quindi un aumento o una diminuzione di 7000kcal/mese richiede un aggiustamento di circa 230 kcal/die).

Prima di fornire il feedback all'astronauta, la strategia per il piano nutrizionale veniva discussa con il gruppo nutrizionale e i medici di bordo.

L'astronauta riceveva ogni tipo di feedback e raccomandazione entro 5 giorni lavorativi dalle misurazioni, via Everywear App; le correzioni riguardo all'introito energetico/calorico erano spalmate sui 30 giorni mensili. Le variazioni nutrizionali riguardanti l'introito calorico prevedono in primis un aggiustamento dei macronutrienti maggiormente utilizzati a scopo energetico, ovvero carboidrati e lipidi. Le raccomandazioni nutrizionali venivano indicate su una finestra pop-up sulla pagina principale dell'App EveryWear; per aiutare i membri dell'equipaggio/l'astronauta a raggiungere i nuovi obiettivi, l'App forniva un elenco di potenziali alimenti adeguati alle nuove raccomandazioni ma parallelamente anche adatti a soddisfare le preferenze personali.

Assieme al questionario ENA, gli astronauti hanno indicato anche le sessioni di esercizio fisico svolto in modo da correlare i dati sperimentali con il consumo energetico giornaliero. Durante la missione sono state svolte sei sessioni di misurazioni, una valutazione al mese, comprendente i valori antropometrici e il questionario ENA.

Attività fisica

Assieme al questionario ENA, gli astronauti hanno indicato anche le sessioni di esercizio fisico svolto in modo da correlare i dati spe-

rimentali con il consumo energetico giornaliero.

Nello spazio le fonti principali di attività fisica comprendono allenamento di tipo aerobico, allenamento della forza (con sovraccarichi adattati) e attività extraveicolare (extravehicular activity, EVA).

L'attività fisica di tipo aerobico è quantificata dal CEVIS (Cycle Ergometer with Vibration Isolation Stabilization), un cicloergometro adattato per l'utilizzo in condizioni di microgravità che permette la quantificazione dei volumi di scambio respiratori VCO₂ e VO₂; l'attività di forza e potenza con utilizzo di sovraccarichi viene invece effettuata mediante ausilio del macchinario ARED (Advanced Resistive Exercise Device). Oltre all'attività fisica programmata che gli astronauti svolgono giornalmente, l'attività più dispendiosa era sicuramente l'attività extraveicolare (EVA), di cui gli astronauti comunicavano giorni di attività, durata, frequenza cardiaca media, scambi gassosi e tasso di consumo metabolico.

Analisi del sangue

I prelievi di sangue delle valutazioni pre e post-volo, effettuati a digiuno, comprendevano il dosaggio di: insulina; glicemia; adiponectina; leptina; profilo lipidico: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi; proteina C reattiva (dosaggio ad alta sensibilità); procalcitonina; fosfolipasi A₂; TNF-related apoptosis-inducing ligand (TRAIL); concentrazione degli aminoacidi plasmatici; 5-oxoprolina e altri metaboliti intermedi del ciclo gamma-glutamile; composizione lipidica di membrana degli eritrociti (rapporto omega 3/omega 6); gamma-glutamyl-transferasi; funzionalità epatica: AST, ALT; creatinina; azoto ureico (blood urea nitrogen – BUN); analisi emocromo-citometrica: ematocrito, emoglobina, MCV; albumina.

RISULTATI

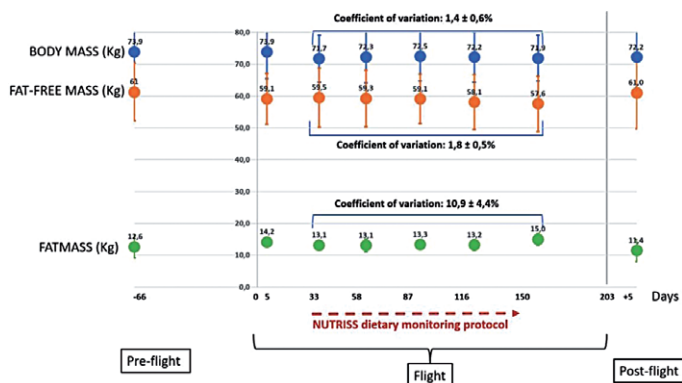
In questo studio, è stato osservato un decremento generale della BM e della FFM fra l'inizio e la fine della missione; un incremento della FM fra l'inizio e la fine della missione; FFM e FM hanno mostrato un andamento variabile nelle misurazioni effettuate in volo. L'introito energetico registrato con i questionari ENA è stato al di sotto del target consigliato per l'introito energetico durante la maggior parte del tempo. Per quanto riguarda i parametri ematici, si è assistito ad un incremento nei livelli di infiammazione sistemica e insulinemia basale, portando ad un peggioramento dell'efficienza metabolica del soggetto.

CONCLUSIONI

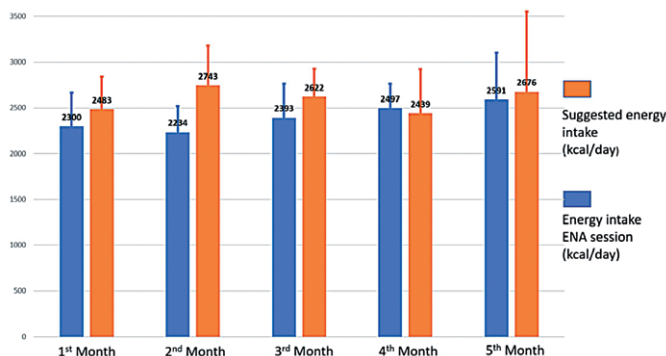
Lo studio NutrISS (Nutrition monitoring for the International Space Station) è un progetto dell'Agenzia Spaziale Italiana (ASI) che vuole investigare le variazioni della composizione corporea durante voli spaziali di lunga durata. L'obiettivo dello studio è quello di monitorare la composizione corporea degli astronauti e, se necessario, fornire un supporto nutrizionale durante la missione basandosi sulle variazioni della composizione corporea durante il volo spaziale. Lo studio è stato eseguito a bordo della Stazione Spaziale Internazionale (ISS) a partire da Luglio 2019 fino a Ottobre 2022 e sponsorizzato dall'Agenzia Spaziale Europea (European Space Agency). Il progetto è finanziato e

coordinato dall'ASI, con l'obiettivo di promuovere e favorire la cultura spaziale in tutto il Paese e di fornire l'accesso alla ISS come laboratorio nello spazio alla comunità di ricerca italiana. Lo scopo di questa tesi è stato quello di valutare l'efficacia del protocollo NutrISS per attuare dei suggerimenti nutrizionali tempestivi durante i voli spaziali di lunga durata, sulla base della composizione corporea; monitorare l'andamento temporale dei cambiamenti muscolo-scheletrici in volo per valutare l'efficacia di tale protocollo; ottimizzare la performance e la qualità di vita degli astronauti; accelerare e migliorare la fase di ricondizionamento degli astronauti una volta tornati sulla terra.

Per quanto riguarda l'effi-



Variation of BM, FFM and FM following the indications of the nutritional protocol NutrISS



Energy Intake suggested and Energy Intake monitored by EveryWear app during the evaluation periods in flight.

caia del protocollo, questa è stata valutata sulla base dei parametri di composizione corporea (BM, FM, FFM) e introito energetico raggiunto dagli astronauti durante il corso della missione. Le indicazioni nutrizionali adottate hanno mantenuto un bilancio energetico neutrale con un introito proteico aumentato, approccio che si è dimostrato efficace nel minimizzare gli effetti della microgravità sul sistema muscolo-scheletrico.

Per quanto riguarda la BM, la perdita di BM ottenuta applicando il protocollo NutrISS è stata migliore rispetto alla perdita di massa corporea registrata durante altre missioni spaziali e altre missioni ISS. In aggiunta, si è potuto monitorare grazie alla BIA anche i parametri di FM e FFM, che grazie al controllo nutrizionale hanno avuto delle variazioni ristrette e in alcuni casi hanno permesso di rilevare un miglioramento della composizione corporea totale.

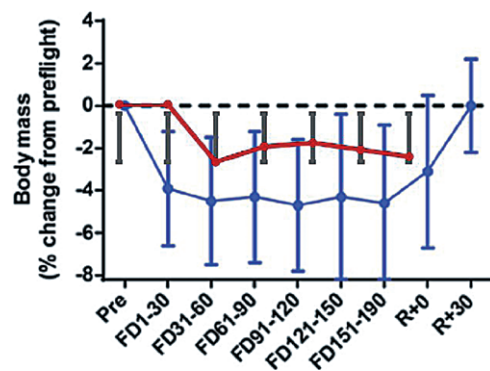
Le misurazioni bioimpedenziometriche effettuate durante il volo spaziale sono state fondamentali per valutare le variazioni muscolo-scheletriche durante il corso della missione, e il protocollo NutrISS ha utilizzato per la prima volta questo approccio di valutazione nel corso di una misurazione spaziale.

Per quanto riguarda l'introito energetico, il monitoraggio nutrizionale e l'adattamento alle scelte dell'astronauta hanno permesso di raggiungere un introito energetico medio pari al 93% di quello consigliato, il dato migliore di tutte le altre missioni sulla ISS ad oggi e inferiore solo alla missione sullo Skylab.

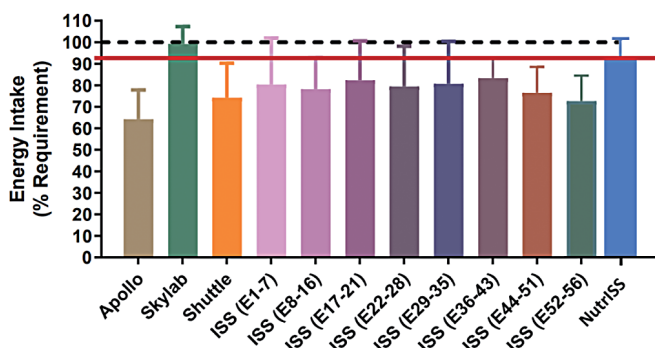
Nel corso dello studio, ciò che si è potuto desumere in particolare è che a fronte di un intervento nutrizionale personalizzato, la variabi-

le che condiziona l'efficacia di tale intervento è la presenza di un programma di attività fisica finalizzato allo sviluppo e al mantenimento della massa muscolare; in assenza di tale variabile, l'intervento nutrizionale non permetterebbe né lo sviluppo né il mantenimento della massa muscolare negli astronauti.

I risultati di questo studio pilota potrebbero porre le basi per delle linee guida future per la gestione di consigli nutrizionali personalizzati durante voli spaziali di lunga durata. In aggiunta, tali risultati potrebbero contribuire a migliorare la qualità della vita degli esseri umani



Confronto fa variazione della BM durante pregresse missioni sulla ISS (linea blu: Zwart et al. 2014) e missioni sulla ISS monitorate con il protocollo NutrISS.



Energy Intake degli astronauti durante diverse missioni spaziali. I dati sono espressi come media \pm deviazione standard.

sulla Terra fornendo una gestione metabolica appropriata per pazienti immobilizzati, malnutriti o obesi, e in generale per contrastare la sarcopenia che caratterizza il processo di invecchiamento.

I dati ottenuti si basano comunque su un campione ridotto e non è possibile trarre conclusioni definitive, pertanto si rimanda a studi ulteriori. In futuro, potrebbe essere interessante proseguire lo studio andando ad ampliare il campione ed eventualmente eseguire una stratificazione per genere, vista l'importanza di questo fattore nella diversa risposta al trattamento nutrizionale; inserire un follow-up a medio e lungo termine per valutare la durata degli effetti del protocollo anche a distanza dal termine della missione, in particolare per confrontarlo con protocolli nutrizionali pregressi adottati sulla ISS o in altre missioni spaziali.

EFFETTI DI UN TRATTAMENTO CON NEUROFEEDBACK SUL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN SOGGETTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA BARIATRICA

Dr. Marco Populin

CHIRURGIA BARIATRICA

- Trattamento chirurgico di pazienti affetti da obesità (BMI > 40 kg/m² o > 35 kg/m² in caso di fattori di rischio cardiovascolare associati)
- Indicata in pazienti in cui non hanno avuto successo dieta, esercizio fisico e farmaci
- Ha dimostrato efficacia nella perdita di peso a lungo termine

- Limita l'impatto delle malattie associate all'obesità
- Si associa ad una maggiore sopravvivenza del paziente obeso
- Vi sono criteri d'esclusione somatici e psichiatrici

CRITERI D'ESCLUSIONE PSICHIATRICI

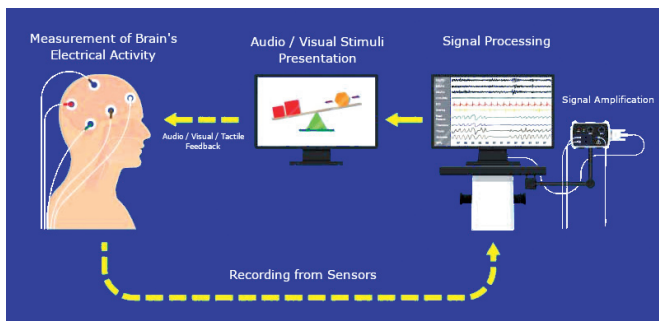
- **Binge Eating Disorder** e **Night Eating Syndrome** in assenza di trattamento psicoterapeutico

Bulimia nervosa

- Dipendenza da **alcol**
- **Disturbo bipolare** non compensato
- **Schizofrenia** non compensata
- **Disturbo d'ansia** senza programma psichiatrico di sostegno
- **Disturbo depressivo** senza programma psichiatrico di sostegno

EEG-NEUROFEEDBACK

- Terapia neurocognitiva che si basa sull'interazione uomo-computer
- Lo scopo è quello di aiutare le persone ad imparare a modulare la propria attività mentale
- Determinati processi cognitivi generano determinate onde all'elettroencefalogramma
- Modulazione dell'attività mentale: modificazione cosciente delle proprie onde cerebrali
- In letteratura, sono presenti delle iniziali



Schema di funzionamento del neurofeedback. Tratta da commons.wikimedia.org/wiki/File:Neurofeedback_Process_Diagram.png.

prove d'efficacia circa l'impiego del neurofeedback nella gestione di comportamenti alimentari disfunzionali

OBIETTIVO DELLO STUDIO E STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI IMPIEGATI

Indagare l'efficacia di un trattamento con neurofeedback nel migliorare le condotte alimentari in pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica

L'efficacia è stata indagata tramite 3 test: - EATING DISORDER INVENTORY (EDI); - BODY UNEASINESS TEST (BUT); - BINGE EATING SCALE (BES)

EDI e BUT sono strumenti psicodiagnostici che considerano il comportamento alimentare come il risultato dell'interazione tra diversi e distinguibili processi mentali
BES è uno strumento di ausilio nella diagnosi del Binge Eating Disorder

STRUTTURA DEL CAMPIONE

36 pazienti (tutti precedentemente sottoposti ad un intervento di sleeve gastrectomy) suddivisi in due gruppi:

	Gruppo neurofeedback (n.18)	Gruppo controllo (n.18)
SESSO (M: F)	10; 8	9; 9
ETÀ (media ± DS)	45,224; 11,23	42,224; 11,23
SCOLARITÀ (n. %)	Elementari: 2 (11,1%) Scuola Media Inferiore: 12 (66,7%) Scuola Media Superiore: 4 (22,2%)	Elementari: 3 (16,7%) Scuola Media Inferiore: 9 (50%) Scuola Media Superiore: 6 (33,3%)
ANAMNESI PSICHIATRICA: TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO (n. %)	4 (22,2%)	2 (11,1%)

SVOLGIMENTO DELLO STUDIO

- Tutti i pazienti arruolati sono stati valutati tramite EDI, BUT e BES ad **un mese dall'intervento** di chirurgia bariatrica (t0)
- Il gruppo sperimentale si è quindi sottoposto a **10 sedute di neurofeedback** da 30

minuti ciascuna a cadenza settimanale (protocollo alfa-theta).

- **A 3 mesi** di distanza dalla prima valutazione, sono stati riproposti EDI, BUT e BES (t1)
- I risultati ottenuti dal gruppo sperimentale sono stati confrontati con quelli ottenuti dal gruppo di controllo
- All'analisi statistica i dati raccolti sono stati valutati mediante **Mann-Whitney U test** per campioni indipendenti (significatività statistica: **p value <0,05**).

	Gruppo neurofeedback (n.18)				Gruppo controllo (n.18)				Test di Mann-Whitney	
	Baseline (t0)		Month 3 (t1)		Baseline (t0)		Month 3 (t1)		Baseline (t0)	Month 3 (t1)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	p	p
FFI Total score	44,11	15	77,9	6,48	41,17	17	39,7	9,31	0,255	0,017
Splinta verso la magrezza	55	21,45	17,86	15,20	51	21,45	38,23	18,21	0,371	0,023
Bulimia	35,03	15,16	3,16	4,75	36,03	11,17	34,13	7,35	0,435	0,008
Scontentezza per il corpo	53,74	20,51	18,92	15,11	55,72	25,11	35,22	11,21	0,289	0,015
Inadeguatezza	50,26	16,621	1,85	3,77	56,12	15,61	50,99	17,89	0,126	0,002
Perfezionismo	51,766	9,660	19,02	19,91	53,88	11,2	52,09	12,1	0,366	0,006
Sfiducia Interpersonale	50,06	11,054	11,64	8,27	51,06	15,021	49,46	16,30	0,568	0,008
Comprensione e riconoscimento	38,11	14,312	7,3	1,45	44,12	17,31	46,01	13,55	0,098	0,001
Paura della maturità	34,33	20,657	23,61	11,6	35,11	18,657	29,61	16,6	0,479	0,191
BES	4,11	3,655	2,77	1,85	5,22	3,5	2,11	2,55	0,292	0,449
BUT TOTAL SCORE	66,11	38,067	7,66	5,97	64,15	39,067	62,66	33,97	0,315	0,006
Fobia del peso	2,541	1,224	0,37	0,31	4,541	0,94	3,9	1,54	0,198	0,041
Preoccupazione per l'immagine corporea	2,74	1,406	0,71	0,42	3,74	1,46	4,01	1,2	0,297	0,039
Condotte di estremo	1,31	1,223	0,55	0,16	1,1	1,73	1,01	1,19	0,789	0,027
Controlli cognitivi della propria immagine	1,09	0,77	0,166	0,186	1,53	0,85	1,87	0,76	0,685	0,013
Dispensazione	1,33	1,37	0,177	0,210	1,99	0,87	1,67	0,68	0,590	0,033

LIMITI DELLO STUDIO E CONCLUSIONI

- **1a limitazione: grandezza del campione**
- **2a limitazione: breve periodo di osservazione post neurofeedback**
- L'assenza di effetti collaterali del trattamento di neurofeedback è un punto di forza essenziale
- Nel breve periodo, il neurofeedback si è rivelato un trattamento efficace nella gestione del comportamento alimentare dei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica
- Il neurofeedback potrebbe offrire delle potenzialità importanti anche nella fase pre-intervento di chirurgia bariatrica

IMPATTO SULLA QUALITÀ DELLA VITA E OUTCOME FUNZIONALI IN DONNE CON PREGRESSE LACERAZIONI PERINEALI DI TERZO E QUARTO GRADO

Dr.ssa Giulia Savastano

BACKGROUND

Per lacerazione perineale si intende qualsiasi soluzione di continuità dei tessuti perineali conseguente ad un trauma spontaneo o iatrogeno (episiotomia). Nell' 85% dei parti vaginali vengono riscontrati traumi perineali, la maggior parte dei quali sono costituiti da lacerazioni minori di primo e secondo grado dove non è coinvolto lo sfintere anale, mentre il 4,4% sono lacerazioni cosiddette maggiori (OASIS) ossia di terzo e quarto grado che vedono il coinvolgimento dello sfintere anale. Lacerazioni maggiori possono portare a complicanze a lungo termine legate alla disfunzione del pavimento pelvico quali prolasso degli organi pelvici (POP), incontinenza urinaria, incontinenza fecale, fistole retto vaginali, dispareunia e dolore pelvico. E' fondamentale quindi un'accuratezza diagnostica per rendere possibile un trattamento tempestivo e una riduzione delle morbilità associate.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare attraverso due questionari validati la qualità della vita e la funzione sessuale in donne primipare con lacerazione perineale maggiore confrontandola con donne con perineo intatto o lacerazioni perineali minori. Come obiettivo secondario abbiamo voluto indentificare sintomi specifici di disfunzione del pavimento pelvico dopo un parto vaginale.

MATERIALI E METODI

Questo è uno studio prospettico caso controllo condotto a seguito di parti vaginali avvenuti tra il 2015 e il 2021 presso l'ospedale Burlo Garofolo. Sono state arruolate 266 donne, 133 casi e 133 controlli. Le pazienti sono state sottoposte a follow-up a 3 e a 12 mesi attraverso la somministrazione di due questionari validati, il PFDI-20 e il PISQ-IR. Per essere ammesse allo studio le donne dovevano essere primipare, aver avuto un parto vaginale ed avere più di 18 anni, mentre sono state escluse quelle con parto strumentale, episiotomia, o con pregresse disfunzioni del pavimento pelvico. Nel gruppo dei casi le donne dovevano aver avuto una lacerazione perineale di terzo o quarto grado, mentre i controlli comprendevano lacerazione minori o perinei integri. Il PFDI-20 (Pelvic Floor Disability Index) è stato creato per indagare sintomi di disfunzione del pavimento pelvico attraverso tre sezioni che analizzano sintomi specifici legati al POP (POPDI), sintomi intestinali (CRADI) e sintomi urinari (UDI). Il PISQ-IR (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) è invece un questionario utilizzato per la valutazione della funzione sessuale in donne con disturbi del pavimento pelvico, suddiviso in due sezioni una per le donne sessualmente attive e una per quelle non attive. I dati sono stati espressi come numero e percentuale per le variabili categoriche ed è stato utilizzato il test del Chi quadro, o il test esatto di Fisher quando opportuno, per confrontare il gruppo dei casi con quello dei controlli. I punteggi sono stati invece riportati come media e deviazione standard e l'indipendenza tra il gruppo dei casi e quello dei controlli è stata valutata usando il T-test di Student.

RISULTATI

Questo studio ha dimostrato differenze statisticamente significative tra casi e controlli. I risultati del PFDI-20 hanno mostrato una forte correlazione tra lacerazioni di III e IV grado, dimostrando come le donne con pregresse OASIS lamentano frequentemente sintomi legati al prolasso, quali pressione e pesantezza a livello pelvico, sintomi intestinali come incontinenza, urgenza e dolore durante la defecazione, e sintomi urinari tra i quali pollachiuria, urgenza minzionale, mancato svuotamento vescicale e incontinenza da stress. I risultati provenienti dal PISQ-IR confermano che la PFD è associata ad un impatto negativo sulle funzioni sessuali, con una qualità globale della vita sessuale molto inferiore.

CONCLUSIONI

Le lacerazioni perineali maggiori hanno un forte impatto sulla qualità della vita e i sintomi associati alla disfunzione del pavimento pelvico tendono a persistere nel tempo. L'utilizzo dei questionari PFDI-20 e PISQ-IR può essere uno strumento utile e valido nella diagnosi e nel follow-up del prolasso pelvico, dell'incontinenza fecale e di quella urinaria in donne con pregressa OASIS. La loro applicazione nella pratica clinica potrebbe pertanto aiutare ad offrire a ciascun paziente il trattamento riabilitativo più adeguato.

ASSISTENZA DI FINE VITA E CURE PALLIATIVE: ASPETTI SALIENTI DELLA NORMATIVA ITALIANA E RISVOLTI PRATICI PER IL MEDICO

Dr. Giovanni Tomba

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

La gestione del periodo finale della vita è for-

se uno dei problemi più complessi che possono interessare il medico, sia per le delicate necessità di salute fisica e psichica del paziente, sia per il dover conciliare tali necessità con i limiti di legge, senza dimenticare i contrasti che spesso si generano tra il proprio sistema di valori e i doveri professionali.

Prendendo atto di questi problemi, è obiettivo di questo lavoro comporre un'analisi del quadro normativo italiano in materia, e trarne indicazioni utili al medico nella gestione del malato alla fine della sua vita. Si cercherà di descrivere, da un lato, le indicazioni della legge, e le responsabilità che da esse derivano, dall'altro i margini dell'autonomia di cui l'azione del medico può avvalersi. Verrà fornita, infine, una breve panoramica sulla normativa in tema di fine vita attualmente in vigore in alcuni altri Paesi europei.

DISCUSSIONE

Nel contesto italiano, le fonti normative fondamentali in tema di fine vita sono rappresentate dalla legge n. 38 del 2010 (*"Disposizioni per garantire l'accesso del malato alle cure palliative e alla terapia del dolore"*) e dalla legge n. 219 del 2017 (*"Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento"*).

La legge 38/2010 ha legittimato sul piano giuridico il diritto dei pazienti ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, rendendo doverosa la fornitura di tale assistenza da parte del Sistema Sanitario Nazionale: a tal fine, ha previsto l'istituzione delle reti territoriali di cure palliative e terapia del dolore. Ulteriori contributi importanti della norma sono rappresentati dall'introduzione della formazione obbligatoria per il persona-

le impiegato in tale ambito, l'affermazione dell'obbligo di riportare in cartella clinica la rilevazione del dolore, la semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore.

La legge 219/2017 ha definitivamente determinato l'obbligatorietà dell'acquisizione del consenso informato del paziente per l'esecuzione di accertamenti o trattamenti sanitari, e garantendo, di conseguenza, il diritto a rifiutarli. Inoltre, ha definito per la prima volta alcune indicazioni per la tutela della volontà del paziente alla fine della sua vita.

Si è stabilita, in particolare, la natura di nutrizione e idratazione artificiali, che vanno considerate trattamenti sanitari: il paziente, perciò, ha il diritto di rifiutarne la somministrazione o richiederne la sospensione, anche se da esse dipende il proprio mantenimento in vita.

È stato ribadito l'obbligo, per il medico, di adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente attraverso cure palliative e terapia del dolore, stabilendo chiaramente la possibilità, in fase terminale, di ricorrere alla sedazione palliativa (pratica, questa, di cui si è ampiamente provata la legittimità anche sul piano etico). È dovere altrettanto importante evitare l'accanimento terapeutico, eticamente ingiusto verso il malato e familiari, e ingiustificato sul piano clinico.

Sono stati introdotti, infine, gli strumenti delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e della pianificazione condivisa delle cure (PCC). Le DAT costituiscono un documento con cui una persona comunica le proprie volontà in merito alla conclusione della propria vita, qualora venisse meno la sua capacità di decidere, con particolare riferimento alle scelte terapeutiche che dovranno esserle riservate. Possono, altresì, riportare l'indica-

zione di un fiduciario, autorizzato a prendere le decisioni in materia di salute per conto del disponente, tenendo conto della sua volontà, qualora questi divenisse incapace. Tali disposizioni hanno valore vincolante per il medico, che deve perciò rispettarle, salvo casi particolari espressamente descritti dalla legge.

Attraverso la PCC, invece, i pazienti impostano assieme al medico il percorso terapeutico a cui intendono sottoporsi, ricevendo adeguate informazioni ed esprimendo le proprie preferenze di gestione. Analogamente alle DAT, la pianificazione condivisa è vincolante per il sanitario.

Un problema rilevante è rappresentato dalla gestione dei casi in cui, in assenza di dichiarazioni di volontà precedentemente espresse, o siano queste dubbie o inadeguate, ci si trovi comunque a dover decidere sul percorso terapeutico a cui sottoporre un paziente incapace. La questione si complica ulteriormente alla luce del fatto che, ad una lettura acritica delle norme, sembra non esservi spazio per il coinvolgimento dei familiari, se non subordinato ad esplicito consenso dell'interessato. Pur essendo individuate dall'ordinamento italiano altre figure di rappresentanza che, all'occorrenza, possono decidere per conto del paziente, non sempre esse sono disponibili al momento del bisogno o, comunque, non è detto che la loro nomina sia opportuna.

La legislazione non chiarisce quale sia il comportamento da tenere in questi casi: da opinioni di giurisprudenza, tuttavia, si ricava che la decisione spetta essenzialmente al medico, il quale, però, deve impegnarsi per ricostruire la volontà dell'assistito, al fine di operare le scelte più conformi ai suoi desideri: per tale operazione, è imprescindibile il confronto i congiunti, il cui coinvolgimento è giustificato in ragione del loro ruolo di testimoni o interpreti del vissuto della persona e

della sua identità. Qualora tale confronto si riveli impossibile o infruttuoso, è opportuno che il medico suggerisca la nomina di una figura con ruolo di tutela.

Un'ultima importante questione è rappresentata dal fatto che, al fine di garantire il rispetto delle volontà del paziente, la legge non lascia spazio all'obiezione di coscienza da parte del medico per le richieste di sospensione di trattamenti di sostegno vitale. Analizzando la questione in una prospettiva internazionale, si constata che l'orientamento dei legislatori italiani in tema di fine vita non si discosta molto da quello abbracciato da altri Paesi europei. Tutti quelli presi in considerazione (Germania, Francia, Svizzera, Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo, Regno Unito e Spagna) riconoscono lo strumento delle disposizioni anticipate di trattamento, la possibilità di individuare una persona che decida per conto del paziente incapace, e il diritto di rifiuto di trattamenti sanitari, anche se indispensabili per il mantenimento in vita. Un gruppo di questi, inoltre, ammette, con diverse sfumature, la possibilità dell'aiuto attivo alla morte: in Germania e Svizzera è consentita l'assistenza al suicidio; in Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo e Spagna sono ammesse sia l'assistenza al suicidio che l'eutanasia.

CONCLUSIONI

Il quadro normativo italiano dà risposta a certe istanze che hanno preso forma, nel corso degli anni, nel pensiero comune, pur lasciando spazio a dubbi dal punto di vista della responsabilità legale ed etica, per i quali si possono comunque individuare alcune soluzioni, attraverso un'analisi approfondita della materia. È importante che il medico, da un lato, abbia coscienza degli obblighi a lui imposti dalla legge, dall'altro, che disponga di indicazioni che gli permettano di orientarsi nelle situazioni più complesse; dev'essere consapevole, altresì, che tutto ciò che dalla legge è richiesto trova oggi giustificazioni condivise anche sul piano dell'etica professionale.

La legislazione è concepita, obiettivamente, per tutelare la volontà del paziente: da essa nasce una serie di vincoli, i quali possono entrare in contrasto con la coscienza del singolo medico, ma di cui non si può far altro che prender atto. La risoluzione dei conflitti morali che ne derivano, ammesso che sia possibile, non può che essere lasciata alla propria personale sensibilità.





30

*Il Presidente, il Consiglio Direttivo,
la Commissione CAO
e il personale dell'Ordine
vi augurano
Buon Natale
e un sereno 2024*



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
In copertina <i>a cura di Albino Visintin</i>	4
Rinunciare alla pace e alla speranza? <i>Carlo Roberto Maria Redaelli</i>	5
Abstract delle tesi di laurea	
Dr. Giulio Francesco Blokar	7
Dr.ssa Giada Caiffa	8
Dr.ssa Eleonora Cecchinato	10
Dr.ssa Sara Deiuri	11
Dr. Gianpiero Farina	12
Dr.ssa Serena Lise	14
Dr. Marco Populin	24
Dr.ssa Giulia Savastano	26
Dr. Giovanni Tomba	27

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 2023

copia omaggio

anno 23 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.



*Cessate d'uccidere i morti,
non gridate più, non gridate
se li volete ancora udire,
se sperate di non perire.*

*Hanno l'impercettibile sussurro,
non fanno più rumore
del crescere dell'erba,
lieta dove non passa l'uomo.*

Giuseppe Ungaretti, *Il dolore*, in *Vita d'un uomo*, Mondadori

