



Medical Women's International Association
Associazione Italiana Donne Medico



XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE

AIDM₂₀₁₈

Approccio Multidisciplinare
nelle Malattie Croniche
Differenze di Genere
&
MWIA Southern Europe
Regional Meeting

27 Aprile 2018 - Palazzo dei Normanni
28-29 Aprile 2018 - Circolo Unificato Esercito Palermo

ABSTRACT
BOOK



Realizzato da

Associazione Italiana Donne Medico

con il contributo della

Dott.ssa Antonella Vezzani



**AIDM (Associazione Italiana Donne Medico) is proud to host
the Southern European regional MWIA in the beautiful city of Palermo.**

Dò il mio personale Benvenuto a tutte le colleghe e i colleghi che, da tutta Italia, sono qui oggi ad aprire i lavori XXVIII Congresso dell'Associazione Nazionale Donne Medico.

Benvenute e benvenuti nella splendida Palermo!

Capitale della Cultura 2018 ci accoglie, splendida, con i suoi profumi, la sua arte, le sue tradizioni e a la sua Storia fatta di 'contaminazioni culturali e per questo cuore pulsante del Mediterraneo.

Daremo anche noi il nostro contributo, in termini di scienza e cultura, partecipando, grazie ad ognuna di voi al dibattito medico e sociale e facendoci promotrici e portavoce di tematiche fortemente attuali.

Un ringraziamento va alla sezione di Palermo, alla sua Presidente, alle socie tutte e coloro che hanno contribuito all'organizzazione di queste giornate che segneranno il passo di un anno di lavoro svolto e da cui partirà la programmazione dei mesi a venire e che ci porteranno al nuovo congresso del 2019.

L' "Approccio multidisciplinare alle malattie croniche e differenze di genere", titolo e life motive di questo congresso è un argomento, appunto, di grande attualità che coinvolge in modo trasversale specialisti di diverse discipline mediche.

La percezione dello stato di salute sta acquisendo una sempre maggior importanza sia nella valutazione dell'impatto che una determinata patologia ha sulla qualità di vita dei pazienti, che nel determinare gli obiettivi terapeutici nonché per giudicare l'efficacia di uno specifico trattamento.

È un dato che le malattie croniche, che colpiscono i singoli individui, possono compromettere la qualità della vita per quasi tutta la sua durata e rappresentano, in termini statistici, un'importante causa di morte.

La prevenzione e il controllo di queste malattie avviene, in primo luogo, attraverso la riduzione dei fattori di rischio comuni e modificabili; esse sono anche il riflesso delle principali forze che trascinano i cambiamenti sociali, economici e culturali come la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Un approccio integrato alle malattie croniche, non può dunque prescindere dalle differenze di genere perché diverso il comportamento nei confronti dei fattori di rischio individuali, così come diversi sono anche gli effetti dei determinanti impliciti dello stato di salute sugli uomini e sulle donne.

In questo contesto, dunque, acquista sempre maggiore importanza riuscire ad identificare quali siano le differenze di genere nella prevenzione, nel decorso della malattia e nel trattamento terapeutico per "guadagnare salute" e migliorare la qualità della vita e il benessere sia a livello individuale che sociale.

Non mi resta che passare la parola a ed auguravi, anzi, auguraci BUON LAVORO!

**AIDM President
Dr.ssa Caterina Ermio MD**

Welcome Message from MWIA President.

It is my pleasure to invite medical female doctors and female medical students from the Southern European region and from all over the world to attend the upcoming Southern European regional MWIA congress in Palermo (Sicily, Italy) from 27 - 29th of April 2018. This is a joint meeting with the Associazione Italiana delle donne medico (AIDM) having their XXXVIII national congress.

The title of the congress: "Multidisciplinary Approach to Chronic Illness and Gender Differences" is a topic of major importance in medicine as gender sensitive medicine is gaining increasing attention. For a long time, the consensus within biomedical research and clinical medicine was that disease processes do not require the consideration of sex and gender aspects and studies including male subjects only allowed for the generalization of both sexes. Recent studies have shown that the incidence, symptoms and progression of many diseases differ between sexes, rendering this perspective obsolete and resulting in an increasing amount of interest in the role of biological and sociocultural factors in medicine. Therefore genetic and social factors are to be taken into account in order to make personalized diagnostics and intervention possible. This congress will highlight the impact of sex and gender in diseases and their treatments to significantly increase the integration of sex/gender aspects into medicine to improve in the long run healthcare for both sexes. MWIA thanks Associazione Italiana delle donne medico for organizing the Southern European regional MWIA congress in Italy.

I am looking forward to seeing you all in Palermo!!

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer PhD. MD.
President, Medical Women's International Association

Welcome Message from MWIA Secretary General

Dear Colleagues of the Southern European Region of MWIA:

On behalf of the Secretariat of the Medical Women's International Association, it is indeed my great pleasure to offer greetings to the MWIA Southern European Regional Congress. The theme of your congress, *Multidisciplinary Approach to Chronic Illnesses and Gender Difference* is apropos of the work of MWIA.

MWIA was started in New York City in 1919 by Dr. Esther Pohl Lovejoy and colleagues from around the world. At that time, there was a need to improve the situation for women to allow them to attend medical school and to allow them to practice medicine upon graduation. This goal has been achieved as is witnessed by the number of women medical students around the world. The next challenge is to make sure that medical women are trained to take the leadership roles so necessary to ensure that the practice of medicine remains of the highest quality. Stated in the aims of MWIA is the desire to promote health for all throughout the world with particular interest in women, health and development. In support of this aim, back in 2002, MWIA wrote a manual on Gender Mainstreaming in Health, in which the three aspects to gender and health were discussed. In recent times there is an emphasis on the one aspect that looks at clinical differences between women and men with regard to health and disease and the need for different approaches for both. We must not forget that in the big picture the other two aspects to gender and health are just as important. They are the sociocultural factors that determine gender roles and norms, and the power relations between women and men that control access to resources. In this manual MWIA also identified the importance of the social determinants of health, long before the term was socialized in the medical community. We know gender cross cuts all the other social determinants. The theme of your congress will allow good discussion about the importance of gender in treating non communicable disease and its resultant chronic illness. I also look forward to hearing the decision about the next Southern European Vice President for the 2019-2022 term, which you will discuss at your business meeting. MWIA has been well served by Dr. Antonella Vezzani this term, who has been an active member of the executive as well as Chair of the Scientific Committee.

Although I cannot attend the congress in person, I shall be with you in spirit and look forward to hearing of the great success of your meeting.

Shelley Ross, MD, CCFP, FCFP, ICD.D Secretary General.



INTRODUCTION TO THE LECTURES

Antonella Vezzani

MWIA Southern Europe Vice President

Dear colleagues, I warmly welcome you to the MWIA Southern Europe Regional Meeting and to the AIDM National Congress. Your presence attests to what this event is appreciated by all of you, and at the same time expressing confidence, the great trust you place in the work of the association of women doctors.

First of all, I want to thank the president of the Italian association, Caterina Ermio, who offered hospitality at the MWIA regional meeting. Thanks also to the section of Palermo that has worked to realize this meeting and the simultaneous translation service for members who have difficulties with English language.

Although AIDM has been a member of MWIA for many years, our participation in international events has been sporadic. Only Claudia Di Nicola, our honorary president, took part in a MWIA world congress and this was a thrilling experience for her. When in 2015 I suggested a more active participation in the MWIA events, Caterina was immediately enthusiastic and together with Laura Lanza, our current national coordinator, they supported me in the path that led Italy to obtain the Southern Europe vice presidency.

Today here in Palermo we have the opportunity to meet the President of MWIA, Bettina Pfeleiderer, who also entrusted me with the Chair of the Scientific and Research committee. Bettina is a tireless ambassador of MWIA and in her years of presidency has won important awards, the last of those was to become member of Standing Committee of European Doctors (CPME). Being MWIA members means taking part in a broader intellectual exchange on professional and medical women's obstacles, counteract gender violence, maintaining a high interest in gender medicine and more.

Clarissa, president elect who will chair MWIA from 2019 to 2022, last year created a survey to explore the topics of interest of MWIA women doctors. As you know the participation of Italian doctors was large and today Clarissa will show us the results of the survey.

AIDM has been working on Gender Medicine for several years. And for this reason, as Vice-President of Southern Europe, I decided to submit to MWIA assembly will be held in NY in 2019, a resolution entitled: **Implementation and dissemination of a Sex and Gender Sensitive Medicine** which will be presented today afternoon at the MWIA Business Meeting.

Fight against gender violence is one of the main aim of MWIA. I invite you to read the manual against gender violence that you can find on the MWIA website: The manual is an initiative by Bettina that has been enriched over the years and is become a useful tool for all those dealing with gender violence. In the manual you can also find numerous case reports collected from all parts of the world. The Italian case report is the episode of violence suffered by Lucia Annibali in 2013.

This morning Dr. Chiarioni will address the delicate issue of how to defend herself from harassment and violence in the workplace and how to move forward after suffering an episode of violence.

When in 2016 we participated in the MWIA world congress in Vienna, I met Atsuko, who was world president in 2007. We knew each other ten years ago in Rome, when she took part in the Southern Europe regional meeting organized by the Italian president Ornella Cappelli. In Vienna Atsuko welcomed us warmly and strongly encouraged Italian participation. When, on my return to Italy, I learned of her sudden death, I thought of a project to be dedicated to her memory, for her commitment to supporting gender equality and women's empowerment. Jan Cole collected my proposal and realized the survey Sexual harassment of MWIA Women in Medicine and today she will show us the results.

Integration of sex and gender aspects in medicine – an important step towards a better health care for all

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer^{1,23}

¹ MWIA president and ² research group cognition & gender. Medical Faculty of the University of Muenster, Germany

For a long time, the consensus within biomedical research and clinical medicine was that disease processes do not require the

consideration of sex and gender aspects and studies including male subjects only allowed for the generalization of both sexes. Recent studies have shown that the incidence, symptoms and progression of many diseases differ between sexes, rendering this perspective obsolete and resulting in an increasing amount of interest in the role of biological and sociocultural factors in medicine.

Patients are no longer to be perceived as a homogenous population and biological and social factors are to be taken into account in order to allow for a better individual diagnosis, treatment and outcome.

Unfortunately, knowledge on sex and gender aspects has still not been integrated in the treatment of patients or in clinical trials- therefore disadvantage patients and in particular women. For instance, it was reported recently that out of 10 drugs that were withdrawn from the US market because of "life-threatening health effects" – eight of which posed greater threats for women than men. These had not been picked up on in trials because scientists had not taken into account the possibility that the drugs might react differently in men and women.

To facilitate knowledge transfer and stimulate research this needs to be integrated at the medical curriculum at med schools as well. We developed an educational exchange platform on topics relating to sex and gender aspects in medicine "GenderMed-Wiki". Expert knowledge on the impact of sex and gender in diseases and their treatments is gathered and expanded upon through interaction with the scientific community to obtain the latest information on gender medicine, receive answers to related questions and converse with colleagues.

This talk will give an overview on the gender sensitive medicine and how this will change of medicine in the future.

**The Medical Women' s International Association (MWIA):
The Voice of Women Doctors**

Dr Clarissa Fabre, MWIA president-elect, MWIA representative to WHO

MWIA has members from over 70 countries, including all members of national organizations, and celebrates its centenary in 2019 in New York. Italy forms part of the Southern European region. Last year MWIA carried out an online survey to assess its members' views on a variety of subjects, to determine its future priorities. Results will be presented on job satisfaction, discrimination on grounds of gender, sexual harassment and bullying, work – related stress and burnout, and will be broken down by age, and by region (eg Europe vs North America). Information was sought on paid/unpaid maternity and parental leave. Work-life balance emerged as the top priority, with violence against women and girls, and leadership and mentoring close behind. Excellent networking opportunities emerged as MWIA' s greatest strength. MWIA' s partnerships with the WHO and the UN will be discussed, including internships, the Safe Childbirth Checklist and the Hamlin Fistula hospital in Ethiopia.

Violence and harassment in the workplace: How to defend yourself and overcome the barriers of revelation.

Dott.ssa Lucia Chiarioni Psicologa, Psicoterapeuta, Psicotraumologa, esperta in Neuroscienze applicate alla Psicologia. Italia - Milano

Abstract

During the last years Psychological harassment at work, or mobbing, has taken a strong importance. It is an emerging phenomenon in social and working life, and must be strongly considered according to the many consequences it implies.

This situation is not only a psychological problem, but it can also affect work activities and its environment and in many cases it is a difficult situation to prove.

Psychological violence at work can not only destroy the work environment and/or reduce productivity, but can also promote absenteeism, as the psychological disorder that includes. It is an abuse of authority. The person who practices this damage, wants to maintain his power, and so mistreat the victim for any inconsistent reason.

The topic elements that usually happen in a situation of

psychological violence at work are:

- Psychological-emotional stress - burnout
- Health risks.
- Isolation from the group, inability to continue with the activities and tasks that arise.
- It creates a situation of imbalance.
- Direct intentionality to harm the subject.
- Instability at work.
- Silence from the other workers for fear to receive the same treatment.

Mobbing was born in a sneaky way, and includes: intention of offending, ridiculing and isolating the victim from the group. Over time these behaviors propagate in a insidious way. During the time, the goal is to destabilize and destroy the subject psychologically, pushing them to leave the job, "voluntarily".

In most cases it is a circular process. The aggressor behavior triggers anxiety and stress in the victim. First, the victim, will show a defensive attitude, that will arise new aggressions and that during the time will produce others violent behaviors.

The recent research of ISTAT shows that, in Italy, more than one million of women have suffer Sexual harassment in the workplace. However, few of them, haven't report the violence because it's difficult to prove and for fear of losing their jobs, as well as the fear to loose their esteem.

It is important to understand that for victims of violence and mobbing, as for who live these traumatic situations, there are vulnerable elements concerning their own personal and family history. Some of these are:

- They have suffered in childhood similar situations never revealed and not been protected by the care givers.
- They have been living in a relationship not good and safe.

Why is important specialized therapies? The classic psychotherapy is not enough:

- For a good support of the victims of violence is necessary a complex and structured protocol that includes: stabilisation of post-traumatic symptoms and EMDR approach. It's very important to work all together: psychologists, doctors and lawyers to improve a good defense for the victims.
- It's important the psychological support during the process and before for stabilisation the most strong sensation that trauma can left in the brain of the subject.

Sexual Harassment of MWIA Women in Medicine Today: #medtoo?

Jan Coles, Department of General Practice. Monash University AUSTRALIA

Background Sexual harassment is a pervasive and destructive problem internationally in the workplace; it is rooted in the social, economic, and cultural fabric of an organisation or profession. Women are more likely to experience sexual harassment in the workplace than their male counterparts. The deeply entrenched gender inequity that exists in many work places is significantly associated with the increased incidence of sexual harassment of female employees. This appears particularly true in the medical profession, where powerful hierarchies, professional monopolies and a traditionally patriarchal culture have created significant gender imbalances in a majority of specialities.

The membership of the Medical Women's International Association reported sexual harassment of women doctors and medical students as an area that needed addressing (MWIA membership survey 2017).

Sexual harassment is defined by the World Health Organization as "any unwelcome sexual advance, request for sexual favours, or other verbal or physical conduct of a sexual nature, when it interferes with work, is made a condition of employment, or creates an intimidating, hostile or offensive work environment."

The study, on which the presentation is based, aimed to describe sexual harassment at work experienced by members of MWIA and to assist MWIA formulate policy to prevent and respond to sexual harassment in the workplace.

Method An online survey was developed with 19 questions in English. It was later translated into Japanese, Spanish and Italian with over 1,200 responses (final figures pending). Participants were recruited through the Medical Women's International Association via newsletters, website posts, Facebook links and snowballing with a direct link to the

electronic Qualtrics survey. Over 1,200 medical students and doctors participated (students 17.4%, doctors 82.6% with 25.5% in specialization training and 57.1% completed training) in the online survey.

Twenty semi-structured interviews were undertaken with volunteers, in English, to explore survey responses in more depth.

Findings* Preliminary survey findings: Participants were from all MWIA regions. Most participants (57.1%) strongly agreed/agreed that sexual harassment occurred in the medical workplace, with over a third reporting sexual harassment in their current work place (37.2%) and 35.2% reporting personal experiences of sexual harassment at work. Over a third had witnessed sexual harassment at work, directed most commonly at female doctors (33.1%), female medical students 29.0%, and less commonly at male medical students (6.7%) and male doctors (6.0%).

The most common forms of sexual harassment were unwanted or sexual comments about the women's appearance (63.5%), standing too close physically in an unwanted and sexual way (55%), feeling that your job depended on performing sexual behaviours (22%), and in its most severe forms, 5% of respondents had experienced attempted or completed rape and 20% had experienced unwanted sexual contact. 16% of female doctors has experienced requests by patients for unnecessary examinations of sexual areas.

Interview and survey free text findings:

Participants described a spectrum of experiences that seemed strongly rooted in the cultural fabric of their community, organisations and of the profession. Sexual harassment was gendered and participants identified patients and senior colleagues as common perpetrators. While their perpetrators often evaded punishment, participants faced enduring consequences in their personal and professional lives.

Conclusion This international study of sexual harassment in the medical workplace confirms its gendered nature and its pervasiveness in current medical practice.

Leadership by organizations such as WMA, WONCA and MWIA is required for culture change.

*The final results are not yet available as the survey closes on 30th January 2018 and interviews will be completed in 1st February

My acknowledgements and thanks to:

Ms Katie Blunt, summer scholar and medical student, for undertaking the literature review and qualitative analysis.

The MWIA team involved directly in the project, Prof Bettina Pfeleiderer (MWIA President, Germany), Dr Antonella Vezzani (Chair Scientific Committee, Italy) and Dr Dabota Yvonne Buowari (Nigeria). It wouldn't have happened without the three of you.

Gender differences in the manner of communication between doctor and patient

Dott.ssa Debora Romano - Presidente AIDM Ferrara

Effective doctor-patient communication is essential for high-quality medicine

Physicians' communication skills influence a variety of factors in clinical practice and a multitude of studies have documented that effective doctor-patient communication improves patient satisfaction, patient recall and understanding, adherence to treatment and outcome

and including symptom reduction. Furthermore, effective communication can also improve the physician's job-satisfaction and well-being.

Gender is one of the many factors that influence the doctor-patient communication: female doctors generally communicating more effectively than male doctors. In addition patient's gender has been identified as a characteristic to affect communication.

Doctor-patient dyads give different results according to the gender of the doctor and patient.

Many studies have demonstrated that women doctors dedicate more time to interview their patients with conflicting results between effectiveness on the doctor-patient relationship and the increase of the number of work hours. Even the environment in

which doctors work and their association with colleagues and other sanitary figures influence doctor-patient communication. Moreover it is necessary to consider that from the biological point of view men and women have different communication skills, both verbal and non verbal, and different mental processes in the significance of message, being careful though to not fall into gender stereotypes.

In conclusion, gender is a fundamental factor in doctor-patient communication and must be considered in sanitary politics and in doctor's education in order to construct a therapeutic alliance between these two categories and reach better results in health outcome.

Sex differences in learning and memory

Daniela Puzzo

Dept. Biomedical and Biotechnological Sciences, University of Catania, Catania (Italy)

Sex differences in brain development, structure and function are known from several years, but only recently the U.S. National Institutes of Health (NIH) has launched an initiative to include both males and females in preclinical studies to guarantee a more adequate translation from cells to animal models to humans.

Indeed, sex differences are not limited to the influence of sex hormones, which definitely influence the brain, but to a complex balance determined by evolution, genetic and epigenetic regulations leading to a physiological diversity that is involved in the multifaceted response to the environment.

This, in turn, influences risk factors and susceptibility to diseases.

Here, I will focus on sex differences in cognitive functions, analyzing their role in different types of memory in physiological conditions and during aging or neurodegenerative disorders such as Alzheimer's disease.

Sex differences in morphology, function, and molecular mechanisms underlying memory formation will be discussed also considering the evolutionary process and the importance of these differences across species. Moreover, I will underline why sex should be taken into account as a biological variable when performing biomedical research. Finally, a further interpretation of sex versus gender differences in the research field will be provided.

" STRESS MANAGEMENT OF WOMEN DOCTORS "

Kyung Ah Park

MWIA Past President,
Professor of Anatomy - Korea

The suicidal rate of women doctors are 4 times higher than average. Women doctors have roles as a doctor, mother, wife, daughter and daughter in law and she should do these roles always through her life.

She is likely to play juggling five glass balls, that is, work ball, family & home management ball, friendship ball, relationships ball and self care ball.

If it falls down and break apart, she cannot restore it. From this, stress comes to women doctors and she should manage it.

This talk tells some solutions or tips for stress management of women doctors.

Gender disparities in the Intensive Care Unit

¹Antonella Vezzani & ²Caterina Ermio

¹MWIA Vice President Southern Europe

²Presidente AIDM

Several studies have explored the existence of a potential gender preference in access to intensive care units (ICUs). Patients with more severe illness should have a greater chance of being hospitalized in ICUs regardless of gender. If there is a gender difference in the severity of illness on admission to ICUs, horizontal inequity arises.

Conversely, if the patients of one gender show greater severity

on admission and greater mortality at discharge, it might be concluded that the greatest needs have not been met (vertical inequity).

The gender disparities of patients admitted to ICU may be due to the fact that some diseases can affect both sexes with different frequency or may assume a different expression of severity: sepsis and septic shock are more common in men, while subarachnoid haemorrhage has a prevalence among women.

Sex hormones may influence the immune response following sepsis and great importance has been ascribed to the protective effect of female sex hormones, in particular oestrogens that appear to have a neuro-protective action in acute injury. Findings suggest an increased frequency of admission to ICU for males. Although there are no differences in outcome, there is a strong suspicion that older women receive aggressive therapies to a lesser extent.

To improve the treatment of specific diseases such as sepsis and neurological emergencies, it is necessary to explore the pathophysiological hypotheses that lead to gender and sex disparities eliminating the confounding factors (comorbidities and risk factors) and exploring the existence of gender bias in healthcare workers.

GENDER AND AGING: PERCHE' LA DONNA VIVE DI PIU

Giovannella Baggio, Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Studiosa Senior e Professore Ordinario fuori ruolo Università di Padova.

La speranza di vita dal '800 ad oggi è aumentata di quasi 50 anni. Oggi assistiamo a un sempre inferiore numero di giovani e sempre maggiore aumento non solo di soggetti con età superiore a 65 anni ma anche superiore a 80, con un aumento anche delle età estreme (superiori a 100 anni): la cosiddetta piramide rovesciata.

Una delle componenti importanti dell'aumento della longevità oggi è la diminuzione della mortalità dei soggetti con età superiore agli 80 anni ed anche 90 anni. I Centenari sono un buon modello per studiare l'invecchiamento con successo. La longevità è un tratto complesso composto dalla somma di differenti componenti: ambiente, genetica, epigenetica e stocasticità. I Centenari di fronte agli agenti danneggianti dell'ambiente (metabolici, fisici, biologici) sono maggiormente capaci di adattamento e rimodellamento e sono più "robusti" da un punto di vista genetico. Essi hanno una capacità di far fronte allo "inflammaging" termine coniato da C. Franceschi ed ora utilizzato a livello internazionale per sottolineare che "Low grade of chronic inflammation is considered a reliable marker of high risk morbidity and mortality" (1). In Italia i Centenari stanno aumentando di anno in anno. Vi è un gradiente tra Nord e Sud nel rapporto Femmine:Maschi che è 6 al Nord, 3,5 al Centro e 2 al Sud. In una zona della Sardegna nel Nuorese si arriva ad un rapporto 1:1 ("Blue Zone" termine da noi coniato ed ora utilizzato in tutto il mondo)(2).

Il paradosso della sopravvivenza della donna si basa sul fatto che gli uomini sono più forti, hanno meno malattie e meno limitazioni delle attività quotidiane (ADL) ad età più avanzate, ma vanno incontro ad una maggiore mortalità a tutte le età, invece malgrado il basso grado di mortalità a tutte le età le donne hanno un tasso più elevato di malattie, più giorni di disabilità, più visite mediche e più giorni di ospedalizzazione rispetto agli uomini. Ci sono numerose teorie per spiegare questo fenomeno: l'effetto favorevole degli estrogeni, l'effetto compensatorio del secondo cromosoma X, le mutazioni dello mtDNA, il microbiota (modulazione dell'immunità), minore efficacia del sistema immunitario dei maschi, l'impegno dell'uomo in attività più a rischio, rimodellamento età associato più favorevole nella donna oltre a teorie come quella dell'ormesi e dell'effetto "nonne" (3).

Non si può non sottolineare tuttavia che tutto il vantaggio in numero di anni di sopravvivenza è abolito dal fatto che la donna nei 5 anni di maggiore sopravvivenza è ammalata e disabile (4). Le malattie che riducono la qualità della vita della donna sono: le conseguenze delle malattie cardiocircolari e dell'osteoartrite e i deficit cognitivi fino alla demenza.

E' assolutamente necessaria una nuova impostazione di tutti i settori della medicina che siano sempre attenti alle differenze di

genere, poiché la medicina di genere non è un settore per pochi, ma è la riscrittura e la pratica di tutta la medicina declinata in base alle differenze di genere. Si deve allora passare dalla Medicina di Genere alla Medicina Genere - specifica (5).

- 1- Franceschi C et al, Ann NY Acad Sci (2000), 908:244-254
- 2- Deiana L et al, Exp Gerontol (2004), 29:1423-9
- 3- Ostan R et al, Clinical Science (2016), 130:1711-23
- 4- Jagger C et al, Lancet (2008), 372: 2124-31
- 5- Baggio G Ital J Gender-Specific Med (2015) 1 : 3-5

Malattie reumatiche infiammatorie croniche: effetti ossei delle nuove strategie terapeutiche.

Prof.ssa Ombretta Di Munno

Università di Pisa, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, U.O. Reumatologia.

L'alterato rimodellamento osseo che caratterizza le malattie reumatiche infiammatorie croniche (CIRDs) come artrite reumatoide, spondiloartrite e artrite psoriasica, si realizza in due diverse forme: 1) perdita di massa ossea localizzata con erosioni nelle articolazioni infiammate, 2) perdita di massa ossea sistemica con osteoporosi (OP) e aumentato rischio fratturativo.

Conoscenze sempre più approfondite sulla patogenesi di queste malattie hanno permesso di individuare le complesse interazioni fra infiammazione e tessuto osseo, responsabili sia delle erosioni che dell'OP e delle fratture. Di particolare rilievo è stata l'individuazione del network osteoimmunologico esistente fra cellule ossee (osteoblasti, osteoclasti, osteociti), T e B linfociti, citochine pro-infiammatorie (TNF α , IL1, IL6, IL17, IL23) ed il coinvolgimento di segnali come RANKL/RANK/OPG, Wnt/ β -catenina, ed il più recente JAK-STAT, che media la risposta cellulare a numerose citochine come IL6 e IL23 e favorisce la differenziazione dei T-linfociti nel subset Th17.

Tali evidenze hanno fatto ipotizzare che il nuovo approccio terapeutico alle CIRDs con farmaci biologici e small molecules (treat-to-target strategy), caratterizzato da un rapido effetto antiinfiammatorio sul network osteoimmunologico, potesse non solo ridurre la progressione dell'erosione, ma anche il rischio di OP e fratture.

Ad oggi, seppur con risultati talvolta contrastanti, le conclusioni della maggior parte degli studi e delle più recenti metanalisi sembrano indicare che i farmaci biologici considerati, per lo più i TNF-inibitori, sono caratterizzati da un effetto positivo sulla massa ossea.

Ancora controversi e inconclusivi rimangono invece gli effetti sul rischio e sull'incidenza di fratture.

Per quanto riguarda gli inibitori del segnale JAK-STAT (small molecules o targeted synthetic DMARDs), come baricitinib e tofacitinib, per i quali è ben documentato un effetto di inibizione sulla progressione del danno strutturale articolare, non sono al momento disponibili dati riferibili agli effetti ossei sistemici.

Pertanto la necessità di valutare, prevenire e trattare in modo appropriato l'OP e le fratture che ne conseguono deve rappresentare uno degli aspetti primari nella gestione delle CIRDs.

ESTROPROGESTINICI: MITI E REALTÀ

***Clara Ferrara ; *Antonella Mercurio; *Marianna Tornabene*;**

***Carolina Vicari** Delegata Regionale AIDM - Sicilia

***Dirigenti Medici** U.O. Ginecologia ed Ostetricia ARNAS - P.O.Civico - Palermo - AIDM Sezione di Palermo

Quasi tutte le donne temono di ingrassare, o vivono male l'aumento di peso.

I motivi dell'aumento di peso spesso sono riconducibili ad uno stile di vita scorretto e le donne tendono a dare «la colpa» a fattori esterni di vario genere e tra questi anche gli estroprogestinici (EP).

I dati di letteratura dimostrano che gli estroprogestinici non aumentano il peso ma alcune donne hanno questa impressione se esiste una correlazione temporale tra l'inizio dell'assunzione e l'aumento di peso.

Poiché questo problema può inficiare l'aderenza al contraccettivo, è bene non trascurare questa lamentela,

cercando di dare informazioni corrette, qualche suggerimento, e, se possibile, cambiare pillola, prescrivendone ad esempio una che contrasti la ritenzione idrica. Lindh I, Hum Reprod 2011 Nel caso di ragazze molto giovani, è opportuno cercare di valutare se si non si tratti piuttosto di un problema di immagine corporea ed eventualmente se si è in presenza di un disturbo dell'alimentazione.

Gli estroprogestinici diminuiscono il rischio di Ca dell'endometrio, dell'ovaio e del colon, mentre aumenta di poco il rischio di tumore del seno

Inoltre riducono del 20% il rischio relativo di Ca ovarico per ogni 5 anni di utilizzo, anche nelle donne portatrici di BRCA1 e BRCA2. Jatol et al. BMC Cancer 2015

Tutti i contraccettivi estroprogestinici sono sconsigliati nelle donne fumatrici >35 anni, perché aumenta il rischio tromboembolico,

Se la donna rimane incinta durante trattamento con EP, è indispensabile innanzitutto rassicurarla sulla scarsa possibilità di rischi per il nascituro.

L'uso di estroprogestinici può determinare segni da alterazione del film lacrimale nelle utilizzatrici di lenti a contatto, in particolare nelle persone che passano molto tempo al videoterminale.

Tra i benefici non contraccettivi degli estroprogestinici vi è anche quello sui problemi di pelle generati dall'iperandrogenismo (acne, irsutismo).

La dismenorrea è un'evenienza frequente in adolescenza. Gli estroprogestinici possono essere una soluzione a questo problema.

Il calo della libido e del tono dell'umore con la pillola soprattutto nelle adolescenti dipende spesso da cosa hanno anticipato gli adulti.

Aspetti medico-legali nella prescrizione dei contraccettivi ormonali alle minorenne

L'articolo 2 della Legge 194/1978 così recita: "La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori".

Ne consegue che la minore età non è di per sé un impedimento alla prescrizione dei contraccettivi. La comunicazione con le minorenne deve essere «tarata» in base al loro livello educativo e di maturità psico-affettiva, non basta «trasferire le informazioni».

L'attività di informazione ed educazione deve riguardare i rischi per la salute, immediati e futuri, legati ad attività sessuale promiscua e non protetta, oltre naturalmente al rischio che si verifichi una gravi-danza indesiderata (non capita sempre alle altre!).

Il ginecologo deve garantire l'anonimato al minore che non voglia o non possa informare i genitori dei suoi problemi e si rivolga alle strutture autorizzate.

IST (MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE) ED ADOLESCENZA

***Clara Ferrara ; *Antonella Mercurio; *Marianna Tornabene*;**

***Carolina Vicari** Delegata Regionale AIDM - Sicilia

***Dirigenti Medici** U.O. Ginecologia ed Ostetricia ARNAS - P.O.Civico - Palermo; Sezione AIDM Palermo

Secondo un sondaggio effettuato dalla Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO) nel 2012 su 309 adolescenti nella fascia di età 12 - 14 anni di cui il 18,9% maschi ed il 14,8% femmine ritiene che sia necessario e ragionevole avere rapporti sessuali completi prima dei 14 anni tale sbilanciamento di genere tende ad invertirsi con l'aumentare dell'età.

Il vero problema è che circa il 73% dei ragazzi non conosce le principali malattie a trasmissione sessuale ed il 33% pensa che le stesse abbiano una incidenza trascurabile

Sempre secondo la SIGO il 42% delle donne sotto 25 anni non utilizza alcun metodo contraccettivo durante il primo rapporto sessuale.

E sempre su questi temi solo 3 ragazze su 10 ricevono informazioni corrette da parte di medici di base, ginecologi, insegnanti mentre il 70% le apprende da fonti non qualificate come amici parenti o siti internet. A questo bisogna aggiungere che i consultori familiari sono il 30% in meno di quelli previ-sti

dalla legge e solo 1 / 4 ha un organico completo di tutte le figure professionali ed ha attivato uno "Spazio Giovani"
I dati Istat parlano di circa 250 interruzioni volontarie di gravidanza annue in giovani donne sotto i 14 anni e di poco più di 10.000 tra i 15-19 anni circa l'8% del totale delle IVG
Questi numeri dovrebbero far riflettere molto!

Inoltre secondo l'OMS ogni anno l'impatto delle infezioni a trasmissione sessuale, più diffuse, candida, clamidia, gonorrea, sifilide, trichomoniasi ed HPV corrisponde a circa 498 milioni di nuovi casi questo significa che nel mondo 1 milione e mezzo di persone al giorno si ammala di una infezione a trasmissione sessuale.

Circa i due terzi delle donne in età fertile ha avuto almeno un episodio di candida che nel 4 - 5% dei casi si trasforma in una vaginite ricorrente cronica se si verificano più di tre episodi all'anno. L'infezione causata dalla chlamydia trachomatis si trasmette durante rapporti sessuali non protetti con persone infette. Rientra tra le infezioni sessualmente trasmesse più frequenti nella popolazione giovanile tra i 15 ed i 25 anni, decorre asintomatica e può provocare gravissime conseguenze tra cui danni alle tube, malattia infiammatoria o PID, gravidanze extrauterine ed insorgenza di sterilità o infertilità. Nell'uomo si possono manifestare infezioni dell'epididimo, danni ai testicoli ed infezione alla prostata.

Il Trichomonas è un protozoo che interessa nelle donne uretra vagina cervice, in gravidanza può provocare rottura prematura delle membrane con parto pretermine.

La Sifilide è causata da un batterio (Treponema pallidum) che si riproduce facilmente sulle mucose dei genitali e della bocca, si è nuovamente diffusa anche in Italia e il rischio di contrarla è aumentato; viene trasmesso attraverso contatto diretto con le lesioni che si manifestano nel corso della malattia e che spesso possono passare inosservate o essere sottovalutate, perché indolori.

Nonostante la sua bassa incidenza, nel nostro Paese viene effettuato lo screening su tutte le donne, prima del concepimento o all'inizio della gravidanza, per la prevenzione dell'infezione congenita.

L'infezione da HPV ha un impatto importante sulla salute delle ragazze e dei ragazzi.

L' HPV è un virus per il quale l'unica forma di prevenzione è la vaccinazione per maschi e femmine. L'utilizzo della doppia contraccezione con massima diffusione, la corretta informazione sull'uso del preservativo e la presenza di ambulatori territoriali con Veri Spazi per i Giovani sempre aperti e disponibili per gli adolescenti sono le strategie di prevenzione per le IST.

SCREENING ECOGRAFICO IN GRAVIDANZA: QUANDO E PERCHÉ

***Clara Ferrara ; *Antonella Mercurio; *Marianna Tornabene*;**

***Carolina Vicari** Delegata Regionale AIDM - Sicilia

* Dirigenti Medici U.O. Ginecologia ed Ostetricia ARNAS - P.O.Civico – Palermo; Sezione AIDM Palermo

L'ecografia è una tecnica non invasiva che in gravidanza permette di visualizzare il feto all'interno dell'utero e non esistono prove scientifiche che comporti rischi per la madre o per il feto.

In una gravidanza senza fattori di rischio, in Italia, vengono eseguite tre ecografie, una per trimestre.

Esistono due modalità di esecuzione la transvaginale con una sonda introdotta in vagina e la transaddominale con una sonda posta sull'addome la scelta della sonda dipende dal epoca della gravidanza in cui si effettua l'esame ecografico e dalla valutazione che si deve effettuare.

Nelle prime settimane di gravidanza si preferisce l'ecografia transvaginale perché fornisce immagini migliori, successivamente nel secondo e terzo trimestre di gravidanza si preferisce utilizzare la sonda addominale.

La sensibilità dello screening ecografico delle malformazioni fetali è relativamente bassa, con una media del 31%. (European Surveillance of Congenital Anomalies).

Nel primo trimestre l'ecografia consente di visualizzare l'impianto in sede uterina della camera ovulare/sacco gestazionale, il loro numero, la loro attività cardiaca e la datazione della gravidanza; una datazione corretta può ridurre

la frequenza d'induzioni del travaglio in gravidanze ritenute erroneamente oltre il termine.

Sempre nel primo trimestre con l'ecografia si effettua la misurazione della traslucenza nucale (NT) per lo screening delle patologie cromosomiche ed in caso di gravidanza multipla, si definisce la corionicità ed amnionicità infine nelle pazienti precesarizzate si valuta la sede di impianto del sacco gestazionale. Nel secondo trimestre l'ecografia è fondamentale per la valutazione dell'anatomia fetale e della placenta. Altre indicazioni specifiche sono la misurazione della quantità di liquido amniotico, la biometria fetale e la valutazione della cervice uterina. Nel terzo trimestre invece si valuta la posizione e la crescita del feto, la quantità di liquido amniotico e l'inserzione placentare.

Altri utilizzi della ecografia in gravidanza sono: L'ecocardiografia fetale che ha come finalità lo studio dell'anatomia cardiaca ; l'ecografia transvaginale nel rischio del parto pretermine con la misurazione della lunghezza della cervice; l'ecografia office (o ecografia di supporto) in ostetricia per la valutazione della presentazione fetale, del liquido amniotico e della cervice uterina.

La velocimetria doppler in gravidanza o flussimetria è indispensabile nei casi di ritardo di crescita fetale in utero (IUGR), e nelle malattie in gravidanza come il diabete o l'ipertensione.

I flussi misurati saranno quelli dell'Arteria Ombelicale, dell'Arteria Cerebrale Media del Dotto Toracico e delle Arterie Uterine.

In caso di ecografia a supporto nella diagnosi prenatale invasiva , questa servirà durante il prelievo dei villi cordiali, l'amniocentesi e la cordocentesi.

Nella gravidanza gemellare l'ecografia è utile per valutare la cronicità, l'amnionicità, la corretta identificazione dei gemelli e la loro posizione.

Infine l'Ecografia in Sala Parto è utilizzata per accertare la posizione dell'occipite fetale, il livello della parte presentata soprattutto la sua posizione prima dell'esecuzione di un parto operativo vaginale (ventosa o forcipe).

Dry eye Sindrome: cause, sintomi e terapia.

Dr.ssa Rosalia Maria Sorce, oftalmologa - Siracusa

Il dry eye, detto pure occhio secco o disfunzione lacrimale, è una condizione patologica di origine multifattoriale che coinvolge una o più componenti dell'unità funzionale della superficie oculare: film lacrimale, gli epitelio della cornea, del limbus, della congiuntiva, le palpebre, le ghiandole lacrimali. E' una condizione ad alta prevalenza eppure ampiamente sotto diagnosticata che colpisce dal 5 al 30% della popolazione sopra i 50 anni di età con maggiore incidenza nelle donne dopo i 40 anni di età. Si tratta di una condizione cronica progressiva i cui sintomi variano da trascurabili a invalidanti, con un pesante impatto sulla qualità della vita. Negli ultimi anni si è manifestato un interesse crescente motivato dalle difficoltà della sua diagnosi e del trattamento. L'aspetto principale da tenere presente è che il trattamento richiede un mosaico di interventi e deve essere personalizzato piuttosto che seguire un approccio standard.

DEMENZE E GENERE: QUALE TERAPIA?

Dr.ssa Silvia Marino IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina, Italy – AIDM Messina Peloro

Già in copertina del suo Rapporto 2014 la Alzheimer's Association americana mette un uomo e due donne. Ed è un messaggio. Dentro dice subito che due terzi di quanti soffrono negli Stati Uniti di questa demenza sono donne e che a occuparsi del totale dei malati (5 milioni) sono due volte e mezzo più le donne che gli uomini. «Dunque una malattia doppiamente al femminile». «Questa realtà sta emergendo appena ora e deve essere ancora affrontato sotto il profilo della Medicina di genere». In aggiunta «non c'è alcuna prova che le donne siano più predisposte degli uomini a sviluppare la demenza in qualunque età si consideri». Tuttavia le cifre che poi dispiace in base a proprie ricerche e ad altre dedotte dal famoso Framingham Study indicano differenze tra i sessi eclatanti. Che non danno l'impressione di spiegarsi soltanto con gli anni che le

donne vivono in più. A 65 anni per lei ci sono il 17 per cento di probabilità (una su 6) di sviluppare l'Alzheimer nel tempo di vita che resta mentre per lui solamente il 9 (uno su 11).

L'Alzheimer Association rileva che tra i fattori di rischio genetico il più marcato è una variante del gene Apoe la quale risulta avere un peso maggiore, ancora una volta, sulle donne. «Oggi c'è davvero bisogno di un grande approfondimento della ricerca per definire le differenze biologiche nel processo della malattia tra uomini e donne», conclude il documento americano, contraddicendo in parte con i suoi numeri e le sue ipotesi l'affermazione iniziale sul fatto che l'Alzheimer e le altre demenze non incidano maggiormente sulle donne.

Da un punto di vista terapeutico, non sono evidenti grandi differenze, tra uomini e donne, in termini di risposta alle terapie, anche se ancora molto deve essere fatto da un punto di vista scientifico.

Una prevenzione (che in certa misura si può anche fare da sé restando attivi, interessati alla lettura, al cinema, alle compagnie di amici...) sembra invece dare frutti, se iniziata in fasi precoci di malattia, e dagli studi più recenti sembra che le più "sfavorite", (le donne), sono quelle che rispondono di più e meglio.

Uomini e donne in carcere : sofferenza psichiatrica a confronto.

Anna Castellano.

Medico psichiatra pensionata, già Primario Psichiatra.
AIDM Napoli - Sezione Polinnia Marconi (Delegata Regionale)

Il numero degli uomini detenuti è sempre stato molto maggiore delle donne detenute (dato che si è mantenuto costante nel tempo), ed il carcere quindi è stato pensato e organizzato a misura degli uomini ed anche i dati sulle patologie riguardano essenzialmente l'universo maschile. Solo di recente, in uno con il fiorire degli studi di genere, si è cominciato a dare attenzione anche in carcere alle problematiche e alle patologie dell'universo femminile, pur se allo stato le riflessioni e gli studi sono ancora piuttosto limitati.

Dalle analisi emerge anzitutto una maggiore complessiva sofferenza femminile, che è da collegarsi alle più difficili condizioni ambientali in cui si trovano le donne. Queste in carcere hanno minore supporto dall'esterno rispetto agli uomini (più costantemente visitati ed assistiti dalle mogli e familiari in genere); maggiore lontananza dai figli (gli uomini continuano a vedere i figli che vengono accompagnati in carcere dalle mogli, le donne meno); minori risorse finanziarie e quindi anche minore assistenza legale. Inoltre l'ingresso di una donna in carcere comporta spesso "l'abbandono" dell'intera famiglia, a cui viene a mancare il fondamentale supporto, per cui le detenute oltre al peso della carcerazione vivono spesso anche sensi di colpa. Vari studi concordano sul fatto che il suicidio e gli atti di autolesionismo in carcere sono più frequenti fra le donne, probabilmente per le condizioni di maggiore sofferenza di cui sopra. Molto presente nelle detenute la tendenza ad esprimere il malessere attraverso il corpo ed infatti frequenti in carcere, specie all'ingresso, sono i disturbi del ciclo mestruale e disturbi di ansia con somatizzazioni varie, quali soprattutto la difficoltà a respirare, "la mancanza di aria", che compare perlopiù la sera alla chiusura delle celle.

Uno studio multicentrico epidemiologico (svoltosi dal 2012 al 2015) su 15.000 detenuti di 6 regioni italiane (coordinato dalla Regione Toscana e dal titolo "Salute e malattia dei detenuti in Italia"), è stato poi centrale per evidenziare le differenti patologie psichiatriche in uomini e donne.

Mentre negli uomini la patologia psichiatrica più diffusa è il disturbo da dipendenza di sostanze (50%), seguito dal disturbo nevrotico (27,1%) e poi dal disturbo alcool correlato (9,1%), nelle donne viene al primo posto il disturbo nevrotico-reazione da adattamento con aspetti ansiosi (36,6%) seguito poi dal disturbo da dipendenza da sostanze (32%) e da quello affettivo psicotico (10%). Maggiori nelle donne anche i disturbi depressivi non psicotici (2,8% di contro a 1,3% negli uomini) e i disturbi schizofrenici. Per gli psicofarmaci la più alta è la prescrizione di ansiolitici, ma non abbiamo dati disaggregati per sesso: le donne assumono più ansiolitici?

Necessitano in conclusione ulteriori studi ed approfondimenti circa la sofferenza delle donne in carcere ed anche proposte di cambiamento dell'organizzazione carceraria e delle pene, a partire dalle diverse necessità dell'universo femminile.

Corpo e sofferenza psichica: i detenuti maschi "mimano" le donne.

Anna Castellano

Medico psichiatra pensionata, già Primario Psichiatra.
AIDM Sezione- Napoli Polinnia Marconi (Delegata Regionale).

Il lavoro di anni come psichiatra in un carcere maschile, ci ha stimolato ad alcune riflessioni sulle espressioni della sofferenza psichica dei detenuti.

Centrale ci è parso il sovrainvestimento corporeo della sofferenza da parte dei detenuti maschi. Poiché il corpo è l'unica cosa di cui i detenuti possono liberamente disporre, frequente è il ricorso all'autolesionismo (con tentativi di suicidio perlopiù strumentali, ma anche legati a patologia psichiatrica) con ferite da taglio, tentativi di impiccagione, ingestione di oggetti vari. Ancora frequente è la crezione ex novo o l'amplificazione, a scopo strumentale, di disturbi già esistenti, con somatizzazioni varie (disturbi simil attacchi di panico con stringimento alla gola, tachicardia, depressione con sintomi somatici), con manifestazioni anoressiche, e con sintomi simil-isterici spesso corporei (svenimenti, paralisi atipiche, improvvisi stati di agitazione); frequenti gli atteggiamenti vittimistici, per ottenere vantaggi secondari.

La centralità del corpo nella espressione del disagio/sofferenza, è l'elemento che ci ha subito rimandato a dei collegamenti con le manifestazioni del disagio dell'universo femminile, a partire dalla nostra consapevolezza delle differenze di genere. Nelle donne infatti la sofferenza psichica è prevalentemente legata al corpo (vedi la depressione con importanti manifestazioni somatiche, i tentativi di suicidio più frequenti dei suicidi veri e propri, le manifestazioni ansiose con somatizzazioni, i disturbi alimentari quali anoressia e bulimia, ed ancora svariati sintomi isterici (da riferire però più ad un passato che all'attuale, vedi le isteriche di Freud).

Abbiamo quindi ipotizzato che la condizione di detenzione, con la coercizione a regole rigide cui sottostare, la forte sanzione in cui si incorre a seguito di manifestazioni di rabbia/aggressività, la privazione della libertà, nonché la ristrettezza dello spazio in cui vivere, ponga gli individui in una situazione di minus, di inferiorità, di scarsa autostima, di impossibilità a ribellarsi e a manifestare apertamente aggressività, che ritorcono invece su se stessi, con il ricorso all'autolesionismo.

In questo la loro condizione assomiglia in qualche modo a quella delle donne, spesso vittime di violenza sessuale e/o psicologica, che sono sottoposte a maggiore carico di stress rispetto agli uomini per maggiori fattori di rischio (maggiore povertà, disoccupazione, doppio carico di lavoro, etc.), che spesso sviluppano una bassa autostima, con difficoltà a ribellarsi e a modificare le proprie condizioni di vita.

Ma mentre la condizione femminile oggi, pur se con notevoli quote di sofferenza, è comunque attraversata da una sempre maggior coscienza del proprio disagio e da forti spinte al cambiamento, la condizione carceraria ci appare decisamente più statica.

Le manifestazioni del disagio dei detenuti sono più stereotipe e ripetitive e talora stagiate su modelli femminili del passato, il che è anche da collegare all'immobilismo "dell'istituzione carcere", che, nonostante le recenti proposte di legge di cambiamento, non è ancora stata sostanzialmente intaccata.

Aspetti patogenetici della Differenza di genere nel Microbioma intestinale; una review internazionale

Rosolino Catania, spec. Ginecologia ed ostetricia, Lab. Analisi Casa di Cura Candela-Palermo

Maria Machi, spec. Pediatria e Puericoltura, medicina generale-Palermo

Background: Studi recenti sul microbiota intestinale e sul suo ruolo nella patogenesi di patologie autoimmuni ed infiammatorie hanno ipotizzato una differenza di genere non solo nella popolazione batterica ma anche nella componente metabolica.

Obiettivo: Valutare gli studi che interessano differenze di genere nel microbioma intestinale e quale ruolo rivestano nella fisiopatologia di alcune patologie a base autoimmune.

Metodi: Alcuni motori di ricerca web (Plos, Google Scholar, Pub Med, Hindaawi) hanno permesso di ricercare secondo voci "gender microbiota" "estrogen microbioma" "estrogen gut

“ endocrine microbioma” .Sono stati selezionati 19 studi ,di cui 8 basati su specie umana, 3 relativi al sesso femminile ed 8 basati su animali da esperimento .

Risultati: Gli estrogeni E1 ed E2 variano in funzione della diversità della popolazione batterica intestinale, meccanismo di regolazione endocrina inoltre è l'*estrobolone*: unità funzionale endocrino-enzimatica.

Il controllo endocrino è bidirezionale, in uno studio di Guo et al. su topi con PCOS il trapianto di microbioma con *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* riduceva l'eccesso di androgeni e normalizzava il ciclo mestruale. Dallo studio di Haro et al. nella differenza di genere è presente l' influenza del Body index mass sulla ratio *Firmicutes* / *Bacteroidetes*; nell'uomo il BMI <33 è il limite dell' alto rapporto F/B rispetto alle donne ma quando BMI> 33 le donne hanno un rapporto più alto rispetto all'uomo.

Un dimorfismo legato al sesso che ha una variabile nel peso, da cui deriva che diversa modulazione di specie batteriche determina una diversa distribuzione e riserva di energia, quale l'incremento ponderale. Anche le specie *Bilophila* e *Blautia* sono prevalenti nella donna, e diventano più rilevanti per BMI >33, a conferma che l'obesità femminile costituisce un fattore di rischio per la malattia infiammatoria intestinale. Franssen et al. hanno evidenziato una differenza di genere nella risposta immunitaria a carico delle T cell del timo e della Placche del Peyser con una evidente numero maggiore e una dimensione aumentata del timo nel sesso femminile, ed allo stesso tempo una minore popolazione di RORyt+Foxp3+ T cells che inibiscono le patologie TH-2 associate.

L' ipotesi è una prima risposta che seleziona una popolazione batterica intestinale capace di risposta immunitaria differente nei due sessi. La disbiosi nella donna nella patogenesi della malattia cronica intestinale, e del m.d Crohn, e il diabete di tipo II sono da tempo insieme all'obesità femminile fattori di rischio. La sindrome dell'Ovaio policistico è associata ad alterazioni del microbiota intestinale.

Conclusioni: Esistono differenze di genere nel microbioma, infatti la popolazione batterica diversificata rende ragione di una possibile variabilità endocrina ed una diversificata risposta immunitaria. Il microbioma intestinale diventa un target di intervento per una azione modulatoria sulle patologie croniche ed immunoreattive.

Trasfusione domiciliare con integrazione Ospedale-Territorio applicando protocolli standard di sicurezza trasfusionale analoghi a quelli utilizzati presso le Unità Operative Ospedaliere Aziendali

¹ Giovanni Garozzo, ² Maria Concetta Distefano, ³ Luca Giurandella

¹Direttore U.O.C. Servizio Immunoematologia e Medicina trasfusionale

²Direttore Distretto Sanitario Vittoria, Presidente AIDM Sezione di Ragusa

³Assistente Sociale ¹⁻²⁻³ ASP Ragusa

Introduzione:

Nel 2010 in Sicilia si registrano 180 ricoveri /1000 abitanti in regime ordinario. Dal 1989 al 2014 sono state trasfuse a domicilio 14.535 unità di sangue, con una media di 559 unità/anno

Metodi: Analisi delle criticità

- Traumatico distacco dal contesto familiare di pazienti fragili che necessitano di terapia trasfusionale, cronica e periodica.
- Ricoveri ospedalieri ordinari o accessi ambulatoriali inappropriati, potenziale "rischio" infettivo per pazienti fragili, immunocompromessi o immunodepressi.
- Necessità di garantire la sicurezza terapeutica mediante protocolli trasfusionali standard a domicilio e in ospedale.

Progetto di miglioramento

-Individuazione dei pazienti da trasfondere a domicilio, da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG):

- oncologici e/o ematologici in trattamento chemioterapico in corso o pregresso, con livelli di Hb <8,5 g/dL
- immunodepressi o immunocompromessi a rischio di infezioni se trattati ambulatorialmente.

- non deambulanti e/o non eleggibili per l'assistenza ambulatoriale
- nessun beneficio aggiuntivo nel ricovero ordinario rispetto all' assistenza trasfusionale domiciliare.
- non necessitanti di accesso venoso centrale (CVC) o già portatori di CVC a lungo termine.
- regime trasfusionale senza caratteri di urgenza o fabbisogno trasfusionale previsto non superiore a due accessi settimanali.

-Individuazione di due ONLUS, che attraverso i suoi operatori (infermiere e medico) provvedono alle attività dell'assistenza trasfusionale domiciliare.

-Formazione e addestramento degli operatori.

-Attivazione dell'assistenza trasfusionale a domicilio, richiesta dal MMG, attivazione della ONLUS scelta dal paziente tra quelle individuate dall'ASP.

Risultati: Tra il 1° agosto 2015 (data inizio protocollo) e il 31 dicembre 2015, sono state trasfuse 931 unità (media mensile 186 unità); nel 2016 sono state trasfuse 2183 unità (media mensile 182 unità); nel 2017 sono state trasfuse 2169 unità (media mensile 180 unità). Si calcolano circa 1.000 giornate di ricovero evitate per ogni terapia trasfusionale, se praticata in giornata, e circa 2.000 giornate di ricovero se praticata all'indomani del ricovero. Ogni ricovero in regime ordinario ha un costo di circa 500 euro/giorno: si ottiene un risparmio di 500.000 euro nel primo caso e di circa 1.000.000 di euro nel secondo caso. In Day Hospital, considerando un costo di 270 euro/giorno, si ottiene un risparmio di 270.000 euro, se unico accesso, e di 540.000 euro se due accessi. Da aggiungere i costi del disagio del paziente non deambulante o dei rischi infettivologici provenienti dalla comunità.

Conclusioni: L'applicazione di standard uniformi per la terapia trasfusionale consente di:

- Ridurre i disagi del paziente fragile,
- incrementare l'integrazione ospedale-territorio,
- mantenere alti livelli di sicurezza,
- ridurre i costi dell'assistenza.

Il lavoro è stato presentato al "Safety Quality Day" del 29 Settembre 2016, Giornata per la Sicurezza e Qualità delle Cure, ottenendo il terzo premio (<http://www.gonews.it/2016/09/30/safety-quality-day-2016-progetti-toscani-premiati/>)

PROGETTO POSTURA CORRETTA A SCUOLA: PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AGLI ALUNNI DELLA SCUOLA PRIMARIA

Dr.ssa Maria Tiziana Di Leo Medico Fisiatra Socia AIDM
(Direttivo Sez. Caltanissetta)

OBIETTIVO: spiegare direttamente ai bambini quale è la postura corretta davanti al banco scolastico, a casa e come indossare bene lo zaino, per evitare un sovraccarico sul rachide. **MATERIALE:** lavagna e banco scolastico.

METODOLOGIA: iniziamo chiedendo ai bambini quali sono secondo loro le posizioni più comode quando si trovano al banco di scuola e chiediamo loro di auto disegnarsi. Poi si mostrano ai bambini delle immagini e si spiegano le posizioni corrette; successivamente attraverso un gioco si fanno assumere ai bambini la posizione corretta e si disegna la nuova posizione. Alla fine si confrontano i disegni e si discute con i bambini sui problemi derivanti da una postura sbagliata. Per concludere l'incontro con i bambini si fa un gioco sugli zaini e quindi si crea un mini-dibattito allo scopo di renderli consapevoli del problema attraverso l'auto-educazione. Questo progetto viene proposto ogni anno nelle scuole e viene indirizzato prevalentemente ai bambini di 8-9-10 anni, con incontri di circa un'ora durante le attività scolastiche; il progetto prevede anche dei seminari dedicati ai genitori dove viene loro spiegato come gestire le problematiche posturali dei propri figli e come prevenirli.

RISULTATI: si è visto nel corso degli anni una maggiore consapevolezza dei bambini nei confronti della loro postura, una maggiore collaborazione da parte dei docenti e una maggiore sensibilizzazione nei confronti dei genitori che devono saper gestire il problema.

LE PATOLOGIE URINARIE DA CAUSA DISFUNZIONALE: IMPORTANZA DI UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE.

Gabriella Fizzotti[^], Elena Paola Ferrari^{^^}, Giampiero Olivieri[^]. [^]Unità Spinale ICS Maugeri. Pavia. ^{^^}Università degli Studi di Pavia Scuola di specialità in Medicina Fisica e Riabilitativa; Sezione AIDM Pavia

INTRODUZIONE Le disfunzioni vescicali costituiscono un argomento che ha destato un grande interesse nel corso degli ultimi anni sia nel mondo scientifico che nella pratica clinica. Un corretto inquadramento diagnostico e un'adeguata impostazione terapeutica rendono necessaria la collaborazione interdisciplinare tra le diverse figure professionali (1).

Lo scopo di questo studio è stato quello di monitorare le modalità diagnostico-valutative del malf funzionamento vescicale femminile in ambito riabilitativo.

MATERIALI E METODO Sono state considerate 30 donne con diagnosi di disfunzione vescicale nel corso delle seguenti patologie: 6 sindromi demielinizzanti, 6 mielolesioni posttraumatiche, 4 mieliti, 3 cerebrovasculopatie, 3 secondarismi oncologici, 2 spine bifide, 2 ischemie midollari 1 polineuropatia diabetica, 1 spondilodiscite, 1 sclerosi laterale amiotrofica (SLA), ed 1 idrocefalo. Il campione comprendeva 26 donne in fase cronica e 4 in fase acuta di malattia. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad esame urodinamico (ambulatorialmente o in regime di degenza ospedaliera) nel periodo compreso tra Gennaio e Dicembre 2017. L'esame urodinamico comprende una serie di procedure non invasive per la diagnosi di alterazioni funzionali a carico delle vie urinarie inferiori. Sono stati inoltre considerati altri due accertamenti specialistici urologici effettuati quali: la cistografia minzionale e la scintigrafia renale sequenziale.

RESULTATI Il 36,7% delle donne con patologia disfunzionale della vescica, sottoposta ad esame urodinamico, era degente presso l'Unità Operativa Spinale ed il 20% presso la Unità Riabilitativa Funzionali Fisiatrici, il 20% aveva una prescrizione del medico di famiglia, il 13,3% era degente presso Unità Riabilitative cerebrovascolari, il 6,7% presso Unità Operative specifiche per patologie internistiche ed il 3,3% nefrologiche. Oltre all'esame urodinamico il 33,3% delle donne è stato sottoposto a cistouretrografia ed il 16,7% a scintigrafia renale sequenziale.

CONCLUSIONI I risultati hanno evidenziato una maggiore richiesta all'inquadramento diagnostico multidisciplinare della vescica nelle Unità Operative Spinali e di Riabilitazione Funzionale Fisiatrice dove la valutazione delle disfunzioni vescicali può integrare il progetto riabilitativo individuale. La percentuale di utenti esterni e quella relativa ad Unità Operative di pertinenza internistica evidenziano un discreto interesse nei confronti di una problematica clinica sempre più frequente nelle patologie croniche evolutive. La diagnosi multidisciplinare finalizzata alla prescrizione di cure mirate ed un adeguato follow-up sono i presupposti per garantire l'assistenza alla donna con patologia disfunzionale della vescica. Il percorso riabilitativo dovrà suggerire strategie per migliorare la qualità di vita e la consapevolezza della patologia.

BIBLIOGRAFIA

1. Agrawal S, Agrawal RR, Wood HM. Establishing a Multidisciplinary Approach to the Management of Neurologic Disease Affecting the Urinary Tract. Urol Clin North Am. 2017 Aug;44(3):377-389. doi: 10.1016/j.ucl.2017.04.005. Review.

IL PIEDE DIABETICO: LO SCREENING RIDUCE IL RISCHIO DI AMPUTAZIONI

Equipe centro di diabetologia territoriale ASP 7 Ragusa
distretto di Vittoria

Dott.ssa **Arcangela Garofalo**, resp. Centro di Diabetologia
territoriale

Dott. **Carmelo Insaudo** collaboratore

Infermieri: **Broccolini Serinella, Biagia Campanella, Vitale Filippo**

Tra le complicanze del diabete un ruolo sempre più rilevante assume la complicità del piede diabetico. E' quella che comporta per i diabetici il maggior numero di ricoveri ospedalieri e per la quale i costi sono ingenti. Sono più frequentemente colpiti i soggetti di sesso maschile, quelli con maggior durata di

malattia, con scarso compenso metabolico e basso livello socio-economico. Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che lo screening per il piede diabetico è in grado di ridurre il rischio di amputazioni maggiori. Lo scopo è valutare l'entità del problema "piede" nell'ambito della popolazione diabetica afferente al nostro servizio di diabetologia; sono stati effettuati n°210 screening sul piede. Lo screening comprende: questionario, esame obiettivo ed ispezione del piede, test per la neuropatia, test per la vasculopatia.

Ci siamo resi conto che la maggior parte dei pazienti è cosciente che il diabete può colpire gli occhi, i reni, il cuore, ma non sa della complicità piede e che, su 100 amputazioni degli arti inferiori, più di 50 sono effettuate proprio su questa popolazione di pazienti. Tutti i pazienti esaminati hanno dimostrato scarsa sensibilità ai problemi del piede; solo la metà si lava i piedi tutti i giorni, solo ¼ va dal callista o dal pedicure, pochi conoscono la figura del podologo. Diversi sono i motivi che conducono a tale disinteresse: livello socio culturale basso, la presenza di complicanze tardive come la retinopatia, che non permette una adeguata ispezione del piede, o la neuropatia che li rende insensibili. Il nostro obiettivo attraverso questo processo di educazione è stato ed è quello di:

1. modificare il comportamento di auto-cura della persona con diabete e migliorare l'aderenza ai consigli per la cura dei piedi.
2. Riconoscere i potenziali problemi dei piedi quali lesioni pre-ulcerative e poi prendere i provvedimenti opportuni (per es. rivolgersi allo specialista).

Risultati: Dopo questi percorsi educazionali sul piede diabetico, tutti i nostri pazienti conoscono bene l'importanza della complicità piede e, mentre prima facevamo fatica a convincere i pazienti a farsi osservare i piedi, oggi sono loro stessi che ci chiedono l'intervento. Inoltre anche in conseguenza dei migliorati rapporti collaborativi con i MMG, molte segnalazioni e richieste di intervento provengono da loro. Lo screening del piede è il primo livello di intervento: aver rilevato precocemente delle lesioni su alcuni pazienti ci ha consentito di sottoporre questi ultimi all'attenzione del livello superiore che, con un intervento terapeutico rapido e precoce, ha evitato le amputazioni.

Farmacologia di genere, farmaci cardiovascolari, cosa emerge dallo studio del medico di famiglia?

Dr.ssa Elena Garro - Medico di Medicina Generale, Dr.ssa Gabriella Tanturri - Medico OTORINOLARINGOIATRA, AIDM Città Metropolitana di Torino

Nell'ambito della medicina generale sono stati proposti opuscoli, libri e questionari per portare l'attenzione sul diverso uso e dosaggio usato nei farmaci, in questo caso cardio-vascolari, nelle prescrizioni a uomini e donne.

Per comprendere meglio l'aderenza e l'appropriatezza prescrittiva dei medici di base sui farmaci cardiovascolari nelle differenze di genere, abbiamo fatto uno studio retrospettivo, con un campione di 6540 pazienti provenienti da 5 medici di famiglia del Piemonte, nel periodo che va dal novembre 2015 al luglio 2017, tramite analisi post-gress e query utilizzando il programma Millewin. Considerazioni generali riguardano due bias che si vengono a creare sulla quantità di prescrizioni nelle fasce di età tra i 71 e i 90 anni, che risultano sovente a favore delle donne in quanto la mortalità risulta essere più bassa, e sulla maggior presenza di effetti avversi nel genere femminile. Un dato significativo inoltre valuta le donne come meglio aderenti al trattamento. I costi del trattamento antipertensivo che dai mesi invernali dimezza in quelli estivi, si riduce ulteriormente considerando il genere femminile, più soggette ad avere un abbassamento della pressione in tali mesi.

Dai risultati sono emerse diverse evidenze sulle classi farmacologiche nel nostro distretto: i farmaci anticoagulanti sono più ampiamente utilizzati dalle donne mentre gli antiaggreganti in egual misura, questi ultimi abbassano il rischio di infarto nell'uomo e di ictus nella donna. E' stato fatto un focus sulla cardiooasi e risulta solo in minima parte più prescritta agli uomini, un 60% a favore di essi.

I diuretici da soli o in associazione sono largamente più prescritti alle donne, che risultano efficaci nel diminuire la pressione cardiaca ma aumentano la mortalità femminile per cause quali iponatremia ed ipopotassiemia.

I beta bloccanti vengono somministrati maggiormente alle

donne anche se risultano più sensibili gli uomini.

I calcio antagonisti sono prescritti in egual misura ma abbassano maggiormente la pressione nelle donne con maggiori effetti collaterali.

Le statine che per evidenza scientifica sono molto efficaci nella prevenzione secondaria ma meno nella primaria sono prescritti in maniera uguale nei due sessi e risultano in assoluto i farmaci più usati.

I farmaci di scelta per il primo approccio all'ipertensione sono i sartani e gli ACE inibitori, secondi per numero di pezzi prescritti. Ricordando che nelle donne in età fertile sono da preferire i sartani e da scartare gli ACE inibitori.

Risulta quindi una più ampia prescrizione di diuretici e beta bloccanti nelle donne in linea con la letteratura ma sulla prescrizione di anticoagulanti, antiaggreganti, statine, in questo distretto l'appropriatezza prescrittiva è seguita più correttamente rispetto ad altri distretti. Su sei classi di farmaci l'appropriatezza si manifesta in quattro di esse.

Inquinamento ambientale, stili di vita e ricadute sulla fertilità: differenze di genere e ruolo del Medico di Medicina Generale

Luana Gualtieri - Medico di Medicina Generale, Ginecologa AIDM Lecce

Negli ultimi decenni è sempre più alta l'attenzione alle conseguenze sulla fertilità dovute agli Interferenti Endocrini, sostanze di origine sintetica prodotte dall'industria agro-alimentare e chimica, responsabili di alterazioni endocrino-metaboliche nelle specie viventi. Possono agire sul sistema endocrino perturbando l'omeostasi attraverso l'interazione con i recettori nucleari con effetti agonisti o antagonisti, legandosi alle proteine di trasporto nel sangue alterandone la quantità, interferendo con i processi metabolici nel corpo, incidendo sulla velocità e capacità di sintesi degli ormoni circolanti. Hanno effetti sull'equilibrio degli ormoni steroidei e tiroidei che hanno il controllo di processi quali la riproduzione e il comportamento sessuale, la differenziazione fetale, lo sviluppo e la maturazione. Gli I.E. sono in grado di alterare il normale sviluppo sessuale durante la vita fetale e di indurre anomalie morfologiche e funzionali, evidenziabili anche a lungo termine dopo l'esposizione, al raggiungimento della maturità sessuale.

La riproduzione femminile è influenzata dagli I.E. che possono causare sub infertilità, infertilità, anomalie del ciclo mestruale e senescenza riproduttiva precoce. I distruttori endocrini possono compromettere lo sviluppo della gonade e dell'apparato riproduttivo maschile soprattutto agendo come anti-androgeni e/o in maniera simil-estrogenica, producendo un'alterazione globale della funzionalità delle cellule di Sertoli, di Leydig e della spermatogenesi, aumentando il rischio di patologie congenite e a sviluppo tardivo. Grande importanza nella compromissione della fertilità hanno gli stili di vita sbagliati, ma è sottovalutato ad esempio il rischio legato all'abuso di alcol e fumo. L'organismo femminile ha una capacità dimezzata, rispetto a quella maschile, di smaltire l'alcol ingerito in quanto le donne, rispetto agli uomini, hanno massa corporea inferiore, meno acqua, una maggiore percentuale di massa grassa. Nella donna l'alcol può provocare insufficienza ovarica con conseguente amenorrea, cicli anovulatori, deficit della fase luteinica. Iperprolattinemia persistente, menopausa precoce. Nell'uomo danneggia sia la produzione che la motilità, vitalità e struttura degli spermatozoi. Il 13% dell'infertilità femminile è causato dal fumo per interferenza delle sostanze tossiche contenute con la maturazione degli ovociti: la nicotina e il benzopirene, che, assorbiti attraverso il fumo vanno a finire nel liquido follicolare e nelle cellule granuloso-luteiniche dell'ovaio. La gravità del danno è direttamente correlata alla dose di fumo assunta.

Che cosa può fare il MMG? Avere un atteggiamento di medicina proattiva nei confronti degli adolescenti, identificare i problemi clinici generici e specifici a rischio per il benessere futuro e la fertilità e acquisire competenza nella diagnostica e nella gestione. Può intervenire sui casi di obesità o sul sottopeso, indagare e correggere abitudini sbagliate lo stress, il fumo, l'obesità, l'alcol, la vita sedentaria le malattie sessualmente trasmesse, motivando le raccomandazioni in funzione della salute generale e riproduttiva, attuare medicina genere specifica senza focalizzare l'attenzione per la prevenzione della fertilità solo al genere femminile, ma tenendo presente

l'incremento che si è avuto anche per l'infertilità maschile. Ricordare che se è una buona prassi preventiva effettuare periodicamente PAP test e visita ginecologica per le donne, lo deve diventare anche la visita andrologica per gli uomini. Informare la donna sull'importanza del fattore età, senza fare terrorismo ma sottolineando che la fertilità ha un limite.

Bibliografia

Exposure to endocrine disruptors during adulthood: consequences for female fertility. Rattan S, Zhou C, Chiang C, Mahalingam S, Brehm E, Flaws JA. J Endocrinol. 2017 Jun;233(3):R109-R129. doi: 10.1530/JOE-17-0023. Epub 2017 Mar 29.

Caserta D, Bordi G, Ciardo F, et al. The influence of endocrine disruptors in a selected population of infertile women. Gynecol Endocrinol. 2013

Ehrlich S, Williams PL, Missmer SA, et al. Urinary bisphenol A concentrations and implantation failure among women undergoing in vitro fertilization. Environ Health Perspect. 2012; Feldman S et al. Alcohol Clin Exp Res 2012

Sospetti EDs: interazione con recettori (ERs, PPARs, PXR) (Ren et al., 2009; Takacs and Abbott, 2007).

Strategie per il reclutamento dei Medici di Medicina Generale nella realizzazione di una ricerca sul territorio tramite questionario .

Dr.ssa Maria Susetta Grosso Medico dei Servizi. Dr.ssa **Gabriella Tanturri** Otorinolaringoiatra. AIDM Città Metropolitana di Torino.

Dal momento che il genere è ritenuto un dei determinanti della salute, quanta consapevolezza di questo vi è tra i MMG? Migliorare la consapevolezza può contribuire ad una maggior equità ed uguaglianza all'accesso alle cure e migliorare la salute per uomini e donne? I medici sono sufficientemente sensibili al fatto che alcune patologie possono presentarsi in modo diverso a seconda del genere dei pazienti (eziopatogenesi, sintomi, risposte diverse ai farmaci)? La proposta avanzata dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino all'AIDM e alla SIMG, di collaborare ad una ricerca tramite questionario sul peso degli stereotipi di genere nella visione clinica dei MMG, ci è subito parsa molto interessante e suggestiva per il setting in cui si sarebbe svolta: il territorio ed i medici di medicina generale. Ma somministrare un questionario di 90 domande (che peraltro prevedevano risposte chiuse da crocettare) ad un nutrito numero di medici di famiglia, già oberati di lavoro ed incombenze burocratiche, poteva essere di non facile realizzazione: le difficoltà sono state superate grazie alla elaborazione di una strategia risultata vincente. Il questionario è stato somministrato soprattutto ai medici del Piemonte, in particolare a Torino: il territorio della zona nord ovest e nord est della città ci sembrava corrispondere a molti dei requisiti ricercati. La prima strategia messa in atto è stata quella di condividere la nostra analisi con le psicologhe sociali elaboratrici del progetto, e successivamente di coinvolgere chi governa direttamente la medicina territoriale, il direttore di distretto. La proposta di ricerca è stata presentata successivamente nell'ufficio di coordinamento distrettuale, dove i MMG sono rappresentati da loro delegati. Una volta approvata la ricerca, bisognava presentarla direttamente ai MMG.

Questo è potuto avvenire attraverso le loro équipes territoriali, formate da un numero di medici compreso tra 10 e 20. Il questionario è stato presentato ad ogni équipe, in apertura di riunione, dal direttore di distretto, che poi assumeva strategicamente un ruolo di basso profilo, facendolo somministrare direttamente dalle psicologhe.

La compilazione dello stesso richiedeva circa 20 minuti, che, inseriti in apertura di un momento istituzionalizzato, non hanno causato alcun disturbo al successivo svolgersi dell'ordine del giorno già previsto. Questa strategia utilizzata ci ha permesso di coinvolgere direttamente i MMG nelle loro équipes e nel loro territorio di appartenenza, e di ottenere risposte coerenti con le finalità di indagine del questionario, in quanto dirette e spontanee. Un ulteriore aspetto positivo è stato il superamento del frequente scollamento che si riscontra tra il modus operandi delle società scientifiche e quello dei sanitari che operano direttamente sul territorio, creando anzi sinergia, grazie anche al sostegno concreto che la SIMG (Società italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) ha fornito a questa ricerca.

La protesizzazione del ginocchio artrosico in un'ottica di genere

M. Guerra*, A. Balli, L. Osti, A. Vaccari

U.O. Ortopedia e Traumatologia Hesperia Hospital Modena

*Consigliera Nazionale A.I.D.M. Past President Sezione AIDM di Modena

Nell'uomo e nella donna la prevalenza della patologia artrosica è simile fino a 50 anni, dopo tale età la prevalenza aumenta in modo considerevole nella donna. Il trattamento di elezione della grave artrosi è la sostituzione con protesi articolari, il 70% degli interventi di artroprotesi di ginocchio viene effettuato nelle donne. Gli esiti degli interventi di protesi purtroppo sono peggiori nelle donne, sia per quello che riguarda il dolore che la funzionalità. I modelli protesici sono studiati e progettati sul ginocchio maschile e quando si opera un ginocchio femminile ci si limita ad impiantare la misura più piccola che si adatta meglio, con il rischio di impiantare una protesi che non si adatta alla conformazione anatomica del ginocchio femminile. Condizione questa responsabile di persistenza di dolore dopo l'impianto della protesi anche a distanza di tempo. Numerosi studi intraoperatori hanno evidenziato che non solo le dimensioni, ma anche morfologia del ginocchio femminile è diversa da quello maschile (Hitt K.D. 2003). Le differenze riguardano soprattutto il femore, nella donna è più stretto, lo spessore della corticale anteriore è ridotto, il femore si articola con la tibia con un angolo diverso dall'uomo a causa del bacino più largo (maggiore angolo Q). Dal 2006 è stata impiantata la protesi *Zimmer Gender Solutions* (R.E. Booth 2006) progettata per il ginocchio femminile. I risultati a distanza, però, evidenziano ancora risultati peggiori nella donna (A.J. Johnson 2011). Altra motivazione, non meno importante, è che la donna ha più paura dell'intervento, per cui tende a rinviare il trattamento chirurgico, e, al momento dell'intervento, presenta condizioni cliniche peggiori dell'uomo, sia per quello che riguarda il dolore e la funzionalità del ginocchio, che le condizioni generali (M.I O'Connor 2011).

L'analisi della casistica dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'Hesperia Hospital di Modena, ha evidenziato risultati sovrapponibili a quelli della letteratura. Sono stati controllati 3 gruppi di pazienti sottoposti ad intervento di protesi di ginocchio. Un gruppo di donne n. 21 con protesi NexGen LPS-Flex Gender per un totale di n. 23 protesi impiantate; donne n. 20 con protesi NexGen LPS-Flex per un totale di 22 protesi; uomini n. 20 con protesi NexGen LPS-Flex per un totale di 22 protesi.

Al momento dell'intervento le donne avevano età più avanzata, maggiore co-morbidità, la funzionalità del ginocchio più compromessa e l'immagine rxgrafica, con una degenerazione artrosica più avanzata degli uomini. I risultati ad 1 anno dall'intervento, sono simili nei due gruppi delle donne, ma paragonati al gruppo degli uomini, sono peggiori. Alla domanda riguardo la motivazione dell'intervento chirurgico, la gran parte delle donne hanno risposto per risolvere la sintomatologia dolorosa e si accontenta dell'attività fisica, gli uomini hanno risposto per recuperare la performance fisica perduta.

Conclusioni

Nella protesizzazione del ginocchio artrosico femminile è importante impiantare protesi studiate e progettate sul ginocchio femminile, ma bisogna considerare anche altre peculiarità di genere che influenzano i risultati.

Etica e legalità. Are women really the "fairer" sex?

Michelina Guerra Consigliera nazionale AIDM Past President Sezione AIDM di Modena

La minore propensione alla corruzione da parte delle donne trova riscontro nell'ambiente lavorativo, dove una maggior presenza femminile si accompagna a una diminuzione dei livelli di corruzione (A. Sundström, L. Wängnerud (2014, M. Kopetzky 2015, F. Brollo 2016).

Le motivazioni della presunta superiorità morale delle donne (*fairer sex*) sono diverse, le donne sono state socializzate a prendersi cura degli altri, sono più avverse al rischio e più spaventate dalla possibilità di essere scoperte, inoltre le donne sono escluse dai giochi sporchi ancora dominati da network maschili che vogliono mantenere al loro interno il controllo della cosa pubblica (Goetz, 2007, Esarey e Chirillo 2012).

La Banca mondiale nel suo rapporto del 2001, *Engendering development*, ha dimostrato quanto maggiore era la partecipazione femminile alla vita politica e sociale di un paese, minore era il grado di corruzione (D. Dollar 2001, A. Swamy 2001).

Diversi Autori sostengono che una relazione tra partecipazione femminile alla vita politica e corruzione si riscontra solo in paesi caratterizzati da sistemi liberal-democratici, ove la corruzione è combattuta in modo più efficace e l'accesso di donne a ruoli di vertice non viene ostacolato. Ciò ha indotto a ipotizzare che la correlazione sia imputabile non a un *fairer sex*, bensì a un *fairer system* (un sistema più equo) (H. E. Sung 2003, Branisa e Ziegler 2011).

In entrambi i casi, che siano le donne a rendere il sistema più virtuoso, o che sia il sistema più virtuoso che favorisce la presenza delle donne nelle istituzioni, la maggiore presenza femminile è associato ad un sistema più equo e meno corrotto. In base a tali considerazioni, alcuni Autori, per contrastare la corruzione, propongono di riservare posti per il genere femminile in ruoli decisionali.

Tale richiesta non trova d'accordo diversi Autori (V. Azzolini, G.P. Di Nicola, A. Danese), poiché una maggiore partecipazione delle donne a posizioni di potere mediante il sostegno delle quote di genere, non sembra rappresentare la formula magica per contrastare la corruzione sistemica, non è dimostrato che vi sarebbero i medesimi risultati rispetto all'accesso a ruoli decisionali mediante una normale competizione.

L'Utilizzo degli stimoli biofisici sull'osso: valutazione dell'efficacia sulla ripresa lavorativa-

Michelina Guerra U.O. Ortopedia e Traumatologia Hesperia Hospital Modena

Consigliera Nazionale AIDM Past President Sezione AIDM di Modena

Il ritardo di consolidazione e la pseudoartrosi sono complicanze di fratture che comportano un aumento del tempo di trattamento e del numero di interventi chirurgici, con ricadute psicologiche sul paziente, aumento dei costi socio-economici diretti, associati al trattamento, e indiretti, associati alla bassa produttività e disabilità residue quali *deformità, accorciamenti, dolore al carico, rigidità articolare*. Le mancate consolidazioni delle fratture sono riconducibili nel 40% dei casi ad un deficit meccanico, mentre il 60% dipende da fattori biologici o biologico-meccanici combinati.

È fondamentale individuare, se il deficit osteogenetico è riconducibile a cause di origine meccanica, (immobilizzazione inadeguata, capi ossei non allineati, ampia perdita di sostanza ossea) o biologica (mancata attivazione del pool di cellule osteoprogenitrici, insufficiente produzione o sensibilità ai fattori di crescita): nel primo caso la soluzione dovrà prevedere un intervento chirurgico, mentre nel secondo caso sarà indicato il trattamento medico e/o biofisico. Spesso, un trattamento combinato, chirurgia e medica, seguita immediatamente da stimolazione biofisica, rappresenta la soluzione più efficace. Il trattamento biofisico deve essere considerato come un trattamento "farmacologico", per cui diventa fondamentale considerare l'effetto dose-risposta. Diverse ricerche sperimentali hanno dimostrato che gli effetti dei campi elettromagnetici pulsati sono dipendenti dal segnale fisico impiegato (forma, ampiezza, frequenza) e dalla durata giornaliera della terapia: esposizioni brevi (meno di 6 ore) si associano a un aumento del tempo di guarigione. La stimolazione biofisica è in grado di favorire l'osteogenesi promuovendo la proliferazione delle cellule ad attività osteogenetica, mediante un aumento della sintesi e rilascio di fattori di crescita, quali TGFβ e le bone morphogenetic proteins (Clark 2014, Zhou 2014, Ongaro 2013, Aaron 2004, Jansen 2010). Diversi Autori, con studi che hanno un livello di evidenza uno o due, hanno riscontrato che la percentuale di successo nei pazienti, a cui si è associata la stimolazione al trattamento conservativo o chirurgico, è sempre elevata e statisticamente significativa rispetto al gruppo non stimolato (Shi 2013, Hannemann 2012, Simonis 2003, Cebrian 2010.). La riduzione dei tempi di guarigione determina una più rapida ripresa dell'attività lavorativa con riduzione dei costi socio-economici. Uno studio Inail (Ali 2013) dimostra che i soggetti che avevano

eseguito la terapia di stimolazione biofisica (Igea) per una durata appropriata alla patologia secondo le indicazioni di utilizzo, erano ritornata all'attività lavorativa con un tempo inferiore di 78 giorni rispetto al gruppo dei soggetti che avevano effettuato la terapia biofisica per un tempo inferiore.

In conclusione la stimolazione biofisica nel promuovere l'osteogenesi nei ritardi di consolidazioni o pseudoartrosi di fratture post-traumatiche è in uso clinico da diversi anni. L'efficacia della stimolazione biofisica nel promuovere la guarigione delle fratture è validata da numerosi studi clinici. La stimolazione biofisica riduce i tempi di guarigione, le complicanze, il dolore, migliora la qualità della vita, il ritorno all'attività lavorativa è più rapido con riduzione dei costi socio-economici sia diretti che indiretti legati alla ridotta produttività e alla disabilità residua.

"Efficacia del percorso riabilitativo nei pazienti operati per frattura di femore: Studio retrospettivo sui casi trattati dal 2015 al 2017 nel P.O. di Matera"

***Concetta Laurentaci, *AnnaMaria Caponio**

*Dirigente medico U.O. Med. Fisica e Riabilitativa – P.O.

Matera; *Dirigenti Medici U.O.C. di Ortopedia e traumatologia – P.O. Matera

Introduzione Il presente lavoro si propone di analizzare i dati inerenti l'attività riabilitativa svolta nel periodo 2015-2017 dall'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera a supporto dell'U.O. di Ortopedia dello stesso Ospedale. In tal senso sono stati condivisi protocolli riabilitativi a carattere interdisciplinare, finalizzati tanto a garantire l'uniformità di valutazione e trattamento, quanto l'ottenimento precoce dell'obiettivo deambulatorio con doppio appoggio, senza modificare i tempi di degenza media (7 giorni).

Casistica, materiali e metodi. Sono stati arruolati n° 563 pazienti (età compresa tra 72 e 89 aa, età mediana di 80,5 aa), di cui il 59% femmine e il 41% maschi, seguiti durante la fase acuta ospedaliera già a partire dal I giorno post-intervento chirurgico, secondo programmi riabilitativi condivisi dal Team riabilitativo con l'U.O. di Ortopedia e finalizzati alla verticalizzazione precoce in postura seduta a b.l. (tutti i pazienti considerati) e, laddove consentito dai tempi di concessione del carico deambulatorio con doppio appoggio, nei pazienti sottoposti a chirurgia protesica (178, di cui 107 sottoposti ad applicazione di Endoprotesi e 71 sottoposti ad applicazione di protesi totale di anca).

Secondo il protocollo di trattamento condiviso con l'U.O. di Ortopedia i pazienti hanno seguito definiti step di trattamento:

- **I-III giornata post-intervento:** intervento educativo globale al paziente ed al care giver + esercizi isometrici quadricipiti femorali e glutei + mobilizzazione art. tibio-tarsica e ginocchio + posizione seduta a bordo letto;

- **IV-V giornata post-intervento:** impostazione passaggi posturali (tutti i pazienti) + esercizi di carico e stazionamento in ortostasi, secondo indicazione del Chirurgo (pazienti protesizzati);

- **V-VII giornata post-intervento:** deambulazione con girello/doppio bastone canadese e supervisione/assistenza del Fisioterapista (pazienti protesizzati);

Risultati e conclusioni

Del totale di 563 pazienti, i 385 che avevano espletato intervento di riduzione con chiodo Endomidollare, hanno proficuamente ottenuto il recupero della deambulazione secondo tempi più lunghi, indicati dallo spec. Ortopedico in base alla stabilità della frattura e alle condizioni cliniche generali, in quanto molti degli Utenti operati presentavano importanti comorbidità, che non hanno, tuttavia, pregiudicato il recupero funzionale.

In particolare in questo campione di pazienti è emersa una percentuale di mortalità a 1 mese pari al 18%, saldata a complicanze condizionate da comorbidità e da tempi più lunghi di allettamento.

Nel gruppo di 178 pazienti sottoposto a protesizzazione l'88% ha deambolato con ausili già in V giornata post-operatoria, mentre il 10% ha avviato deambulazione in VII giornata a causa di problematiche cliniche intercorrenti; solo il 2% dei pazienti protesizzati non ha deambolato in fase acuta, raggiungendo l'obiettivo durante la prosecuzione del trattamento riabilitativo al domicilio o in altra struttura riabilitativa. In questo gruppo non è

stata registrata mortalità a 1 mese, sottolineando l'importanza di ridurre al minimo i tempi di allettamento.

Quanto detto fa emergere l'importanza della precocità di trattamento riabilitativo in termini sia di riduzione della mortalità a breve termine (1 mese), sia in termini di efficacia del recupero funzionale, favorendo un reale miglioramento della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, nonché ottimizzando le risorse del S.S.N. attraverso un contenimento dei tempi di degenza ospedaliera.

I dati emersi appaiono, tuttavia, in controtendenza rispetto alla media nazionale, che dal 2010 ha visto un progressivo decremento delle fratture di femore, specie tra le donne di età compresa tra 65 e 79 aa, verosimilmente saldato a politiche territoriali mirate alla prevenzione e correzione dell'osteoporosi: infatti è opportuno sottolineare che molte delle fratture di femore sarebbero evitabili se venissero appropriatamente attuate misure preventive per l'osteoporosi, ivi compresa la diagnosi di stati carenziali di vitamina D e calcio, con adeguata correzione di quadri osteopenici, rilevabili con una semplice densitometria ossea, esame non invasivo e poco costoso, in grado di evidenziare anche i quadri a più elevato rischio traumatologico.

Bibliografia

1. Liliakakis A.K., Arora A., Villar R.N.: Early rehabilitation comparing hip resurfacing and total hip replacement. Hip International/vol. 15 no. 4. 2005/pp. 189-194.
2. Gray A., Walmsley I., Moran M., Brenkel I.J.: Outcome of hip arthroplasty in octogenarians compared with younger patients. Hip International/vol. 15 no. 4. 2005/pp. 206-211.
3. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità: La Bone and Joint Decade 2000-2010.
4. Giannini S. et al. Declining trends in the incidence of hip fractures in people aged 65 years or over in years 2000-2011. Eur J Intern Med 2016.
5. Piscitelli P et al. Ten years of hip fractures in Italy: for the first time a decreasing trend in elderly women. World J Orthop 2014; 5(3):386-91.

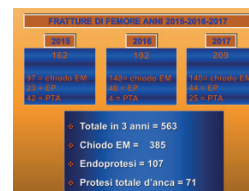


TABELLA 1 – Interventi per frattura di femore eseguiti dal 2015 al 2017 presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. di Matera

"Approcci innovativi nella riabilitazione della donna operata al seno: esperienza di musicoterapia presso P.O. di Matera"

***Concetta Laurentaci, *Wanda Cifarelli**

*Dirigente medico U.O. Med. Fisica e Riabilitativa – P.O.

Matera

*Psiconcologa L.I.L.T. c/o U.O.D. Oncologia – P.O. Matera

Introduzione

Il tumore mammario rappresenta una delle neoplasie a più elevata incidenza, ma anche quello in cui risultano determinanti tanto la prevenzione primaria, quanto l'intervento secondario di ablazione chirurgica, ai fini della prognosi quoad vitam. La crescente sensibilizzazione della popolazione ha via via favorito una sempre maggiore precocità di accertamento e trattamento, non scevra, tuttavia, da molteplici difficoltà da parte delle pazienti colpite, a gestire e superare emotivamente un evento "luttuoso" come l'intervento chirurgico di asportazione mammaria (parziale o totale) e le successive, spesso inevitabili, cure farmacologiche e/o radioterapiche.

Obiettivi dello studio

Al fine di limitare le ricadute negative di tale situazione psicologica sulle Utenti operate per neoplasia mammaria, presso il P.O. di Matera è stato avviato dal 2005 un Laboratorio di Musicoterapia, dedicato specificamente alle pazienti affette da esiti di neoplasia mammaria, con l'obiettivo di favorire il proficuo superamento della fase di accettazione di malattia e la gestione dell'ansia: è, infatti, ormai nota in letteratura scientifica la stretta correlazione tra ansia e malattia neoplastica, con

incidenza del rischio due volte superiore rispetto alla popolazione di soggetti non ansiosi, di ammalare. Il nostro lavoro ha valutato retrospettivamente i positivi effetti del trattamento musicoterapico e danzaterapico nei gruppi di donne trattate tra il 2006 e il 2017: le pazienti arruolate, dopo il tradizionale percorso riabilitativo di gestione degli esiti disfunzionali di intervento mammario, hanno intrapreso un laboratorio musicoterapico al fine di migliorare il complessivo benessere psico-fisico ed acquisire adeguati strumenti di gestione dell'ansia, con ricadute positive sulla qualità di vita e sul rischio di recidiva.

Casistica, materiali e metodi

Sono state arruolate n°83 pazienti, di età compresa tra 32 e 72 anni (età mediana 52 anni), facenti parte di 11 gruppi di musicoterapia, dal 2006 al 2017, per valutare l'efficacia del trattamento in oggetto sul miglioramento della qualità di vita e dell'autonomia funzionale globale.

I dati di seguito riferiti si riferiscono al percorso effettuato dai suddetti gruppi, trattati per un periodo di circa 6 mesi con sedute a cadenza monosettimanale, previa esecuzione di valutazione musicoterapica e colloquio psicologico individuale, con somministrazione di testistica pre- e post-trattamento, utile a definire i livelli d'ansia e i sintomi depressivi: in particolare sono stati utilizzati i test S.T.A.I. (State and Trait Anxiety Inventory), utile a precisare i livelli pre- e post-trattamento dell'ansia di stato, relativa al momento di malattia, e dell'ansia di tratto, relativa all'habitus ansioso di ogni singola paziente e HADS, utilizzato per valutare nella fase pre- post-trattamento i livelli di ansia e depressione.

Risultati e conclusioni

Il quadro emerso dalle risposte delle pazienti testimonia l'efficacia della Musicoterapia, non solo durante il percorso, ma anche a lunga distanza da esso, grazie tanto all'utilizzo delle strategie comportamentali apprese durante le sedute di terapia, quanto alla fitta rete di relazioni interpersonali avviate dai terapeuti e dalle pazienti. In particolare, su 83 pazienti si sono verificate solo 14 recidive, di cui 4 seguite da decesso per recidiva con metastatizzazione a distanza e 10 in trattamento farmacologico efficace (4 pazienti ancora in terapia), testimoniando come un corretto e globale approccio alla malattia possa aiutare ogni paziente a non riammalare: quanto sopra ha trovato importanti conferme nella valutazione testistica, che testimonia innegabili variazioni migliorative per quanto attiene sia i punteggi inerenti ansia di stato e ansia di tratto (Tabella 1), sia quelli relativi ai tratti depressivi.

Il presente lavoro sottolinea come l'iter musicoterapico abbia consentito un significativo cambiamento delle pazienti, tanto nell'approccio alla malattia neoplastica e alle cure che essa comporta, quanto nelle relazioni familiari e sociali, consentendo la ridefinizione degli obiettivi personali e l'acquisizione di strategie comportamentali adattive per il controllo dell'ansia.

La Musicoterapia e la danzaterapia, tecniche squisitamente non verbali che mettono al centro non la patologia, ma l'individuo globalmente inteso, sono state percepite come trattamento meno "intrusivo" e più inclusivo rispetto ad altre forme di supporto psicologico, capaci di promuovere ricadute positive sulla qualità di vita

per restituire ad ogni paziente un completo benessere psico-fisico.

Bibliografia

- Beck SL: The therapeutic use of music for cancer-related pain. In Oncol. Nurs. Forum. Nov-Dec 1991; 18(8): 1327-37.
- Nunez MJ et al: Music, immunity and Cancer, Life Science, 2002 Jul 19; 71 (9).
- Pelletier CL: The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. J Musicotherapy. 2004 Fall; 41(3): 192-214.
- Hilliard RE: The effects of Music Therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. J. Musicotherapy, 2003; 40: 113-137.
- Laurentaci C., Caputo M.G., Della Speranza G. e Dicandia L.: La Musicoterapia nel trattamento di pazienti affette da esiti di interv. Chirurgico per ca mammario: protocollo sperimentale di trattamento. In atti XXXIV Congresso SIMFER, Firenze, giugno 2006.
- Laurentaci C., Cifarelli W.: Efficacia della Musico-Danzaterapia nel percorso riabilitativo di pazienti operate per neoplasia mammaria: studio su 34 pazienti. In atti XXXV CONGRESSO NAZIONALE AIDM "La salute su misura: focus on Gender", Modena 20-22 marzo 2015.

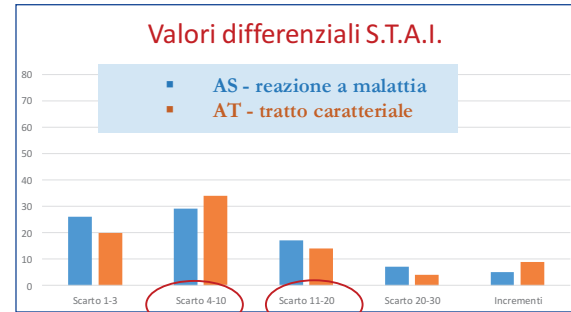


TABELLA 1 – Valori medi di miglioramento al test S.T.A.I.

DIRITTI RIPRODUTTIVI

Dr.ssa Enrica Guglielmotti, medico specialista in Anestesia e Rianimazione.

Sezione AIDM Città Metropolitana di Torino

I diritti riproduttivi (OMS) comprendono il diritto di decidere quanti figli avere, quando averli, il diritto all'informazione sulla salute riproduttiva ed il diritto di decidere senza subire discriminazioni, coercizione e violenza. L'enunciazione dei diritti è andata contestualmente con la diffusione degli anticoncezionali e con la possibilità delle donne di controllare la capacità riproduttiva. Nella Conferenza di Teheran 1968 si introduce il concetto di pianificazione della famiglia, nel 1994 l'International Conference Population Development del Cairo afferma che i governi devono soddisfare le esigenze riproduttive degli individui piuttosto che gli obiettivi demografici, la piattaforma di Pechino nel 1995 lega i diritti riproduttivi ai diritti di autodeterminazione delle donne, nel 1977 l'OMS comprende gli anticoncezionali nella lista dei farmaci essenziali.

Rispetto all'enunciazione dei diritti la posizione degli stati è variegata. Negli USA l'Obamacare obbliga le assicurazioni ad inserire come prestazione garantita l'accesso agli anticoncezionali. In Europa nel 2015 viene approvata la risoluzione Tarabella che sancisce che le donne debbono avere il controllo dei loro diritti riproduttivi, attraverso un accesso agevole alla contraccezione e all'aborto, ma definisce che la legislazione in materia rimanga di competenza nazionale. Non esiste una legislazione comune europea sui diritti riproduttivi, solo un'indicazione di esigibilità.

Il 27/6/2017 viene presentato ai parlamentari europei l'Atlante della contraccezione

(<https://www.contraceptioninfo.eu/>): è una mappa che attribuisce a 45 paesi dell'Europa geografica dei punteggi riguardanti la contraccezione. Le classifiche, basate sull'accesso ai contraccettivi, sul counseling e sull'informazione online, rivelano una fotografia irregolare dei paesi europei. L'Italia è al 26° posto nella classifica. La Francia è il paese migliore per l'accesso alla contraccezione ed è il paese con il più alto tasso di fecondità. I paesi dell'Unione Europea hanno un accesso alla contraccezione migliore rispetto all'Europa dell'Est. 25 paesi non prevedono alcun tipo di rimborso e tra i paesi che rimborsano il livello del rimborso varia. 11 paesi hanno un eccellente sito web, supportato dallo stato, con informazioni sui tipi di contraccezione, dove ottenerla e se è gratuita. La contraccezione d'emergenza è legale in tutti i paesi. L'Italia ha un punteggio di 52,2, è penalizzata dalla non rimborsabilità, ha un buon counseling dovuto alla rete dei consultori, deve migliorare l'accesso alle informazioni su sito Internet e la rimborsabilità per le categorie fragili. In Italia non esistono sistemi anticoncezionali forniti gratuitamente dal SSN. Nel 2016 l'AIFA ha riclassificato gli anticoncezionali ormonali in fascia C, penalizzando le donne giovani, le immigrate e quelle in difficoltà economiche. E' opportuno che Ministero della Salute ed AIFA riconsiderino la gratuità degli anticoncezionali, in particolare per le donne sotto i 26 anni, per le donne per un anno dopo il parto e per le donne sottoposte ad IVG, per due anni dopo la procedura. Un buon modello è quello previsto dalla delibera n. 1722 del 6/11/2017 dell'Emilia Romagna "Indicazioni operative alla Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti"

X-LINKED POLYMORPHISMS OF GENES INVOLVED IN IMMUNE RESPONSE: SPECIFIC STATISTICAL MODEL APPLICATION IN THE STUDY OF rs4898 OF TIMP-1 IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Lovero G.¹, D'Amico F.¹, Granata M.¹, Skarmoutsou E.¹, Mazzarino M.C.^{1,2}

¹Department of Biomedical and Biotechnological Sciences, University of Catania,

²AIDM, sezione di Catania

In the last few years a growing evidence was given to sexual dimorphism in the immune response and in the susceptibility to infectious and autoimmune diseases. The involvement of X-linked genes in etiopathogenesis of Systemic Sclerosis (SSc) has been documented in literature and the female sex has been recognised to be a risk factor as supported by its high preponderance compared to males. We tested the association of polymorphism rs4898 of *TIMP-1* T→C with SSc, using a novel statistical approach specifically designed for X-linked genes, capable of elucidating the inactivation mechanisms. The results obtained with the well established χ^2 test, in a sex stratified and allelic fashion, have been integrated with the application of xchr-model 1, xchr-model 2 and FMcomb, which are implemented in two statistical analysis software: PLINK and XWAS.

Our previous studies showed a significant association of *TIMP-1* rs4898 with the SSc in females, suggesting a protective role for C allele regarding digital ulcers formation. The present study, in agreement with the previous one, shows a significant association in an integrated model including male subjects.

TIMP-1 gene is known to be involved in a polymorphic inactivation process, thus leading to dosage perturbations in females. According to this phenomenon, we can hypothesize that *TIMP-1* gene could escape from inactivation, a fact known as X-chromosome inactivation-escape (XCI-E); however, the presence of a skewing process (XCI-S) may not be excluded. These hypotheses, taken together, can account for the observed female preponderance in SSc.

Our results, though preliminary, highlight the importance of systematically considering sex in association studies between the occurrence of polymorphisms and disease risk, in order to reveal possible differences in male/female pathogenesis.

Benessere lavorativo delle Donne Medico di Reggio Emilia: ricerca AIDM

Dr.ssa Mara Manghi, Dr.ssa Teresa Fontanesi, Dr.ssa Silvia Candela, Dr.ssa Debora Formisano

Nella realtà italiana la componente femminile fra i medici è un fatto ormai consolidato: le donne rappresentano oltre il 60%. Questa conquista è ancora parziale in quanto ci pare restino tante le difficoltà di conciliare, per le donne medico, i tempi casa-lavoro, gli impegni legati alla maternità e alla famiglia; inoltre le donne ai vertici sono rare e la progressione di carriera per le donne con figli ci pare più ardua che in passato. Questa ricerca ha come primo obiettivo quello di ottenere dati locali certi su queste impressioni anche se già suffragate da altri studi. Infatti indagini simili sono state svolte dall'Ordine dei Medici di Napoli e, a livello nazionale, dall'ANAO. Un secondo obiettivo che ci proponiamo è quello di coinvolgere nella nostra città altre professioni al femminile nella convinzione che le difficoltà sul luogo di lavoro e le difficoltà nel conciliare famiglia e lavoro accomuni tutte le donne. I risultati possono essere l'occasione per coinvolgere le istituzioni con proposte condivise nella convinzione che fare figli, accudirli ed educarli non deve essere responsabilità esclusiva del genere femminile ma di tutta la società.

La ricerca si è svolta fra Dicembre 2016 e Febbraio 2017 attraverso la somministrazione di un questionario on line, anonimo, elaborato dalla AIDM di Reggio Emilia e inviato a tutte le iscritte (1079) all'ODMEO e composto da 54 domande chiuse e 1 domanda finale aperta

Il questionario era così costituito:

1°parte: contesto socio-anagrafico

2°parte: lavoro e vita familiare

3°parte: discriminazione, mobbing, aggressioni

4°parte: lavoro e maternità

Le risposte sono state 424 (39,3 % delle iscritte all'Ordine) e la percentuale maggiore si è avuta nelle fasce medio-alte 41-60 anni, con oltre il 43% di adesione. I dati più interessanti riguardano la maternità: il 34% non ha figli e fra le giovani si arriva al 57,8%.

Il lavoro ha determinato conflitti familiari nel 57,6% ed ha interferito nella scelta di formare una famiglia (25,6%), nell'avere figli (34,3%), e nel numero dei figli (24,8%). Anche la vita familiare influenza pesantemente lo svolgimento del proprio lavoro: il 35,6% dichiara di aver dovuto assentarsi nell'ultimo anno non per motivi di salute personale ma per problemi di salute dei parenti (50%) e/o dei figli (25,4%).

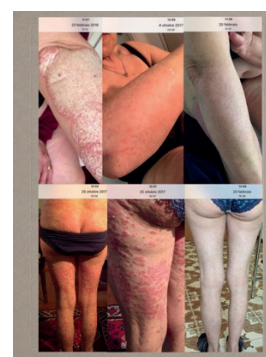
La gestione familiare ha impedito inoltre la partecipazione a corsi di aggiornamento nel 57,1% delle rispondenti. Altro dato rilevante è l'esperienza del mobbing e discriminazione che vede nell'essere donna la causa principale. Questo dato riguarda più le anziane (26,5%) che le giovani (10,4%). Non essendo possibile riportare nell'abstract tutti i risultati e le considerazioni si rimanda al link del nostro sito: www.aidm-reggio-emilia.it ove sono stati inseriti tutti i risultati della ricerca.

Medicina di genere e psoriasi

Giovanna Malara

Direttore U.O.C di Dermatologia, Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria
Sezione psoriasi, orticaria

Lo studio delle differenze specifiche tra donne e gli uomini sta suscitando da qualche anno notevole interesse in varie branche della medicina inclusa la dermatologia. I dati disponibili sulla medicina di genere applicata alle più comuni malattie della pelle sfortunatamente sono ancora esigui. La psoriasi è una malattia cronica immuno-mediata della pelle che colpisce l'1%-3% della popolazione mondiale e può coinvolgere anche articolazioni ed entesi. La patogenesi della malattia è molto complessa, e risulta dall'interazione tra predisposizione genetica e diversi fattori ambientali scatenanti. È stato anche ipotizzato il ruolo patogeno degli ormoni sessuali. L'analisi delle differenze specifiche di genere nella psoriasi sembra suggerire alcuni risultati interessanti, come un'età precoce di insorgenza della malattia nelle femmine, la maggiore probabilità di malattia grave negli uomini, la diversa tendenza nell'approccio e nell'aderenza al trattamento, lo sviluppo di disagio psicologico e di "gestione" della malattia. L'autore valuta le eventuali differenze di genere nei vari aspetti della psoriasi, come l'epidemiologia, la genetica, fattori di rischio, condizioni associate, qualità della vita, clinica e la risposta alle terapie.



EFFICACIA DEL TRATTAMENTO LASER CO2 FRAZIONATO NEI DISTURBI URINARI FEMMINILI SECONDARI A DEFICIT ESTROGENICO

MARCHIORI DEBORA, MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN UROLOGIA, SEZIONE AIDM DI BOLOGNA

Introduzione: tutte le condizioni che determinano una carenza di estrogeni provocano un assottigliamento tissutale, diminuzione della lubrificazione e della vascolarizzazione a livello uro-genitale configurando una condizione clinica recentemente descritta e denominata sindrome genito-urinaria

della menopausa (GSM). I sintomi urologici sono aumentata frequenza urinaria, incontinenza, prolasso vescicale e cistiti ricorrenti. Uno dei trattamenti topici più innovativi per i disturbi genitali secondari all'atrofia delle mucose è rappresentato dall'utilizzo della terapia con laser CO₂, che ha dimostrato di migliorare l'elasticità, la vascolarizzazione e la proliferazione epiteliale della vagina e della vulva. Dal momento che parte dell'uretra e della vescica della donna hanno le stesse caratteristiche istologiche oltre ad essere estrogeno-sensibile, del tessuto vaginale e vulvare, l'utilizzo del laser sembra trovare un razionale nel trattamento topico dei disturbi urinari verosimilmente secondari a deficit estrogenico.

Obiettivo dello studio: valutazione dell'efficacia del laser co₂ frazionato nel trattamento dei disturbi urinari di donne affette da sindrome genitourinaria.

Materiali e metodi: studio clinico osservazionale retrospettivo su pazienti affette da disturbi disurici secondari a sindrome uro-genitale (ottobre 2015 – dicembre 2017). Tutte le pazienti, preventivamente sottoposte a visita uro-ginecologica, sono state trattate con laser CO₂ frazionato (endovaginale e vulvo-uretrale). Ogni paziente è stata sottoposta a 3 sedute di laser (intervallo di 40 giorni). La sintomatologia delle pazienti è stata indagata prima di ogni seduta con una scala di valutazione verbale (VRS) creata ad hoc per esplorare 5 domini: incontinenza da urgenza, incontinenza da sforzo, minzione imperiosa, aumento della frequenza minzionale, cistiti ricorrenti, dolore vescicale e uretrale. La sintomatologia riferita per ogni dominio veniva associata ad un grado di intensità compreso fra 0 (assenza del sintomo) e 4 (sintomo severo).

Risultati: sono state trattate 90 pazienti affette da disturbi urinari di età media pari a 63 anni. 80/90 pazienti erano in menopausa 10/90 pazienti assumevano contraccettivi orali; 18/90 assumevano terapia topica con estrogeni, 2/90 erano in terapia sostitutiva estro-progestinica, 6/90 assumevano terapia endocrinologica per neoplasia mammaria; 12/90 pazienti erano isterectomizzate e 2/90 erano state sottoposte ad intervento di cistopessi. Dopo 3 sedute di laser 6/14 pazienti avevano risolto incontinenza da urgenza (UI); 16/22 avevano risolto incontinenza da sforzo (SI); 7/12 non riferivano minzione imperiosa (MI); 20/36 avevano regolare frequenza minzionale (AFM); 38/66 non lamentavano più dolore vescicale (DV); 18/29 non avevano più avuto episodi di cistiti ricorrenti (CR). Nelle pazienti sintomatiche dopo 3 sedute lo score di intensità del sintomo era per tutti i domini esplorati compreso fra 1-3. Pochi gli effetti indesiderati: 4/90 pazienti hanno manifestato una candida dopo la prima seduta di laser; 6/90 pazienti hanno lamentato severo bruciore vulvo-vaginale.

Conclusioni: i risultati di questo studio preliminare confermano l'efficacia del trattamento laser CO₂ frazionato nella gestione dei disturbi urinari secondari ad ipostrogenismo analogamente a quelli sull'atrofia vulvo-vaginale e pongono il laser come alternativa terapeutica alla terapia ormonale.

Comunicazione alternativa in pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita.

Silvia Marino^{1,2}, Francesco Corallo², Caterina Formica², Carmela Rifici^{1,2}, Francesca Arcadi^{1,2}, Lorenza Mazzeo^{1,2}

¹ AIDM Sezione Messina Peloro

² IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina, Italy

Introduzione

Un utile strumento per la riabilitazione cognitiva di pazienti con disturbi della produzione del linguaggio orale è rappresentato dalla comunicazione aumentativa ed alternativa (AAC); studi di letteratura dimostrano che essa permette a pazienti con disturbi della comunicazione orale di interagire con l'ambiente esterno, nonché di esprimere i propri bisogni (Derholm et al., 2001; Trojano et al. 2011). In tal senso, attualmente sono disponibili diversi dispositivi e programmi che permettono la riabilitazione di pazienti con disturbo del linguaggio; efficaci, a tal proposito, si sono rivelati i comunicatori, computer con lettore ottico e touch screen, che suppliscono la funzione comunicativa di tipo verbale. Obiettivo del presente studio era valutare in che modo l'uso della comunicazione aumentativa e alternativa si riflettesse sul recupero delle funzioni cognitive e sulle capacità relazionali

dei pazienti.

Metodologia

Sono stati reclutati 3 pazienti ricoverati presso l'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo. dopo danno cerebrale: uno di tipo vascolare, uno di tipo traumatico e uno in seguito all'exeresi di un meningioma.

I pazienti sono stati inizialmente valutati con la Level of Cognitive Scale (LCF) e con prove tese a valutare l'integrità delle abilità di riconoscimento, comprensione uditiva e di comprensione del linguaggio scritto. Il trattamento riabilitativo si è svolto utilizzando un comunicatore digitale grazie al quale il paziente poteva scrivere; ciascuna sessione ha previsto l'esecuzione di prove scrittura spontanea, risposte in forma scritta e calcolo aritmetico.

Risultati

E' stata rilevata una riduzione dei tempi di processamento del linguaggio scritto e dei tempi di latenza nel selezionare le lettere e comporre le parole/frasi, nonché un incremento della rapidità nell'esecuzione dei calcoli numerici. E' stato, altresì, osservato un miglioramento delle abilità sociali del paziente, con particolare riferimento grado di collaborazione e di motivazione e all'innalzamento del tono dell'umore; questi tre risultati sono probabilmente relati alla possibilità per il paziente di comunicare con l'ambiente esterno.

Conclusioni

Le osservazioni sembrerebbero dimostrare che l'uso di strumenti per la comunicazione aumentativa alternativa non solo può agevolare la riabilitazione delle funzioni cognitive, ma può avere anche un effetto benefico sulla motivazione ed il tono dell'umore; che, a loro volta, concorrono nel recupero.

I dati di questo studio, seppur limitati, forniscono uno spunto di riflessione per la realizzazione di uno studio futuro. L'idea è quella di estendere la ricerca ad un campione più ampio, al fine di mirare alla stesura di accurate linee guida per la valutazione e la riabilitazione di questi pazienti.

Bibliografia:

Söderholm SS, Meinander M, Alaranta H (2001). Augmentative And Alternative Communication Methods In Locked-In Syndrome. Journal of Rehabilitation Medicine, 33: 235–239; Trojano L, Moretta P, Cozzolino A, Saltalamacchia A, Estraneo A (2011). Cognitive rehabilitation in non-communicative brain-damaged patients. Functional Neurology, 26(1): 55-59.

Emotion recognition impairment in non-demented Parkinson's Disease patients.

Silvia Marino^{1,2}, Viviana Lo Buono², Rosanna Palmeri², Chiara Sorbera², Giuseppe Di Lorenzo², Lorenza Mazzeo^{1,2}

¹ AIDM Sezione Messina Peloro

² IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina, Italy

Introduction. Parkinson's disease (PD) is a progressive neurodegenerative disorder associated with the degeneration of dopaminergic neurons in the pars compacta of the substantia nigra and in other basal ganglia structures. PD is typically diagnosed on the basis of the presence of motor symptoms (bradykinesia, rigidity and resting tremor), however PD is characterized by neuropsychological and emotional deficits.

An impairment in facial emotion recognition is showed from the earliest stages of disease. The reason could be found in the different area linked with the expression and the recognition of emotions, amygdale and basal ganglia, that were involved from the early stages.

The aim of this study was to observe the presence of emotion recognition deficits in non-demented PD patients.

Materials And Methods. 20 PD patients with a mean age of 67,75 (range 53-77) and 10 healthy controls with a mean age of 62,9 (range 43-78) were recruited. PD had been diagnosed according to the United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria: 10 of them were under Dopaminergic Treatment (medicated group) and 10 were without any treatment (never-medicated group). All subjects had MoCA scores within the normal range (between 23 and 30). Participants were assessed by the Ekman 60. It consists in 60 pictures of faces of people expressing one of six different emotions: happiness, sadness, surprise, disgust or fear; participant has to screen faces choosing the target emotion by touching the corresponding label. Results. In the Ekman 60 the maximum score is 60. Differently

from HC group, that recorded a mean of 52.3 with a SD of ± 2.08 , PD groups had a worst performance. In particular, the deficit is more evident in the never-medicated group than in medicated group. Indeed, the medicated group had a mean of 37,58 ($\pm 8,44$), instead the never-medicated group had a mean of 32,4 ($\pm 5,73$).

We observed a stronger impairment in decoding fear for both PD groups. PD patients were less accurate than HC in decoding anger, sadness and disgust.

Conclusion. Our findings support the notion that PD patients have an emotion recognition deficit in absence of other cognitive deficits that could explain it. These data suggest that recognition deficit is independent from other cognitive impairments.

Early in the course of the disease, PD patients, resulted impaired in identifying emotion; the deficit seems to be more evident in never-medicated group. Previous studies suggested that the difficult in processing facial emotion is related to the early dopamine depletion in the nigrostriatal system (2). This is a preliminary study that will be incorporated into future research with a larger sample, aimed to find a correlation between deficits in face emotion recognition and neuroanatomical features.

Temporal Lobe Epilepsy and Cognition

Silvia Marino^{1,2}, Viviana Lo Buono², Cettina Allone², Patrizia Pollicino², Francesca Arcadi², Lorenza Mazzeo^{1,2}

1 AIDM Sezione Messina Peloro

2 IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina, Italy

Introduction. Epilepsy is a prevalent and costly chronic neurological disorder. Temporal Lobe Epilepsy (TLE) is the most common form of refractory focal epilepsy. Cognitive functioning is frequently affected in TLE and is often considered more disabling to quality of life than seizures. Among neuropsychological domains, memory impairment is defined as the prominent cognitive deficit, but an increasing number of studies has recognized the presence of other significant alterations. The relationship between cognitive decline and clinical factors is still controversial. It seems that duration of seizure disorder and age of onset correlate with neuropsychological performance. Furthermore, mood disorders, particularly depression and anxiety, are the most frequent comorbid psychiatric conditions and can have an impact on cognitive functioning. The aim of this study is to investigate the nature and prevalence of cognitive deficits and to identify potential risk factors in patients with TLE.

Material and Method. A total of 24 patients (36.79 ± 12.61 years; 15 females and 9 males) with TLE participated in this study. The clinical diagnosis was based on the International League Against Epilepsy criteria. We only included non-surgical patients, all under drug therapy. All subjects were administered a comprehensive neuropsychological test battery that included the Repeatable Battery for the assessment of Neuropsychological Status (RBANS) to evaluate immediate and delayed memory; language; attention and visuo-spatial functions and Wisconsin Card Sorting Test to assess executive functions. To determine emotional functioning all participants completed the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A).

Results. Participants no showed significant level of anxiety (HAM-A: 13.0 ± 6.86) and depression (BDI-II: 13.67 ± 11.70). About neuropsychological evaluation, cognitive impairment was found in all domains of cognitive function (RBANS: 76.87 ± 9.48), with particular involvement of immediate memory (79.66 ± 13.05) and attention (78.08 ± 17.90). We found significant correlations between age of onset and some clinical scales. In particular, we observed a significant positive correlation with RBANS total score ($r=0.45$; $p=0.03$) and a significant negative correlation with perseverative errors at Wisconsin Card Sorting Test ($r=-0.5$; $p=0.01$). Finally, we highlighted a significant trend with language ($r=0.37$; $p=0.07$) and attention ($r=0.39$; $p=0.06$).

Discussion. Cognitive impairment in TLE seems to be the resultant of multiple cognitive domains alterations. In particular, our results showed worse performance in immediate memory and attention. Also, to a lesser extent, were compromised language e delayed memory. In the same way, executive functioning and problem solving strategies appeared inadequate. In addition, we wanted to explore the contribution of epilepsy characteristics and psychological factors to

neuropsychological test performance. We did not observe significant effects of mood disorders, instead we found that age of onset was associated with an increasing degree of cognitive morbidity.

Conclusion. Despite this study is limited primarily by its small sample size, it demonstrated worse cognitive function in patients with epilepsy and identified age of onset as possible predictor of poorer performance. These findings support the importance of focusing more on cognitive impairment in this population and understand risk factors to optimize treatment.

L'impatto Dell'epilessia E Della Disfunzione Cognitiva Sul Trattamento Neuropsicologico: descrizioni di un caso clinico.

Silvia Marino^{1,2}, Viviana Lo Buono², Cettina Allone², Patrizia Pollicino², Carmela Rifici², Lorenza Mazzeo^{1,2}

1 AIDM Sezione Messina Peloro

2 IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina, Italy

Introduzione: L'epilessia viene definita dalla comparsa di crisi epilettiche spontanee dovute ad un'alterazione dell'attività neuronale. Numerosi studi hanno mostrato un'associazione con disturbi comportamentali e cognitivi, che complicano il quadro del paziente ed impattano negativamente non solo sulla sua qualità di vita, ma anche sul trattamento riabilitativo, ponendo una serie di interrogativi sul piano dell'efficacia.

Questo studio vuole delineare un trattamento di riabilitazione neuropsicologica attraverso la descrizione di un caso clinico.

Materiali: La paziente (55 anni) viene ricoverata presso la degenza GCA per essere sottoposta a training neuro-riabilitativo per deficit multipli riportati nell'area cognitivo-comportamentale e motoria a seguito di crisi epilettiche parziali temporali, miste a crisi generalizzate, da cui è affetta sin dall'infanzia.

Metodi: Sono state effettuate 3 valutazioni neuropsicologiche (iniziale, intermedia e finale) attraverso colloquio clinico e l'utilizzo di test standardizzati, per delineare il profilo neuro-cognitivo globale. Per le valutazioni sono stati somministrati il MMSE e la FAB. A seguito della prima valutazione è stato definito il piano terapeutico impiegando 3 moduli volti al recupero delle performances deficitarie. Il primo modulo prevedeva l'utilizzo della ROT (Terapia Di Orientamento Alla Realtà). Nel secondo modulo sono stati utilizzati test standardizzati (Le 15 Parole Di Rey; Raccontino Di Babcock e Il Digit Span) ed esercizi (Memory) volti al potenziamento della memoria (a breve e lungo termine). Il terzo modulo, infine, includeva l'utilizzo di test standardizzati (Le Matrici Attentive; il Trail Making Test e Symbol Digit Test) ed esercizi (Cancellazione Di Parole e Figure Geometriche Target; Trova Le Differenze) volti all'incremento dell'attenzione (Selettiva, Divisa e Sostenuta). Il trattamento di riabilitazione neuropsicologica ha avuto durata di 4 mesi.

Risultati: La paziente alla prima valutazione presentava un punteggio del MMSE e della FAB rispettivamente equivalente a 3.9/30 e 0/18 indice di una severa compromissione delle funzioni cognitive. Dopo 2 mesi di trattamento i punteggi riportati sono MMSE:18.9/30 e FAB:12/18.

All'ultima valutazione non si evince alcuna variazione (MMSE:17.9/30 FAB:11/18) evidenziando, così, un significativo recupero delle abilità deficitarie, nonostante il profilo neuro-cognitivo non risulti essere ancora assimilabile alla norma.

Discussioni e conclusioni:

Approssimativamente $\frac{1}{4}$ della popolazione affetta da epilessia riporta una compromissione delle funzioni cognitive. Questo rappresenta un importante fattore che complica la gestione clinica producendo un impatto negativo e limitante sul normale recupero della performance in soggetti con crisi epilettiche. Risulterebbe, pertanto, importante riproporre un trattamento riabilitativo similare per maggior lasso di tempo ed in un campione significativo per valutarne l'effettiva efficacia.

LA GRAVIDANZA NELLA DONNA CON SCLEROSI MULTIPLA

Stefania Barone¹, Matilde Matina².

1 Neurologo assegnista di ricerca presso Centro SM - Policlinico Universitario di Catanzaro,

2 Medico Chirurgo presso Distretto Sanitario di base - Vibo Valentia. Presidente AIDM – Sezione di Vibo Valentia

La sclerosi multipla (SM) è una malattia cronica ed immuno-mediata del sistema nervoso centrale, che si caratterizza per la presenza di: infiammazione, demielinizzazione multifocale, neurodegenerazione progressiva e che solitamente si manifesta in giovani-adulti con un rapporto donne/uomini di circa 3:1.1 Pertanto nella maggior parte dei casi la malattia interessa giovani donne in età fertile, il che sottolinea la rilevanza di tale tematica di genere nella SM.

L'SM è una malattia a genesi multifattoriale non ereditariamente trasmissibile, tuttavia il rischio di ammalarsi di SM aumenta se un genitore ne è affetto (2% rispetto allo 0,3% della popolazione generale). Mentre in passato le donne venivano sconsigliate di intraprendere una gravidanza in corso di SM, oggi l'atteggiamento è radicalmente cambiato e la SM è considerata una condizione che non controindica la genitorialità. Il cambio di prospettiva è avvenuto in particolare dopo la pubblicazione del primo studio sull'argomento: il PRISM (*Pregnancy in Multiple Sclerosis*), studio multicentrico osservazionale che ha coinvolto 12 nazioni europee e 254 donne con SM in gravidanza. Lo studio ha documentato che il tasso di recidive si riduce in gravidanza, particolarmente nel terzo trimestre con un possibile "rebound" di attività nei primi 3 mesi del post-partum. Tali osservazioni trovano in parte spiegazione nel fatto che l'ambiente ormonale della gravidanza esercita numerosi effetti epigenetici sui geni coinvolti nella risposta infiammatoria e nell'autoimmunità.² Ad oggi la raccomandazione più condivisa dalla comunità scientifica è quella di intraprendere una "family planning" condiviso dalla paziente e dal neurologo sin dalla fase diagnostica della malattia. La pianificazione della gravidanza deve tenere conto di diversi fattori tra cui: l'attività e la gravità della malattia, i potenziali effetti del trattamento sul feto, gli effetti dell'interruzione della terapia sulla evoluzione della patologia, la ripresa del trattamento nel post-partum. La gravidanza non dovrebbe essere intrapresa in presenza di una malattia aggressiva o ad elevata attività ma solo dopo che sia stata documentata una condizione di "nessuna evidenza di attività di malattia" (no evidence of disease activity - NEDA) in base a parametri clinici e di risonanza magnetica per almeno 2 anni.³ I farmaci attualmente in uso per il trattamento profilattico della SM sono prevalentemente inseriti nella categoria C della classificazione FDA sull'uso dei farmaci in gravidanza ed in base alle raccomandazioni dell'*European Committee for treatment and research in multiple sclerosis* (ECTRIMS) e dell'*European Academy of Neurology* (EAN) il trattamento deve essere interrotto durante la gravidanza. Tuttavia in pazienti ad alto rischio di riattivazione della malattia, alcuni farmaci come l'INF- β , il glatiramer acetato ed il natalizumab possono essere proseguiti fino alla conferma della gravidanza. Ad oggi la controindicazione all'uso in gravidanza è stata eliminata solamente per il farmaco glatiramer acetato (Copaxone®) che quindi può essere proseguito durante la gestazione in relazione alla valutazione del rischio-beneficio. Anche l'opzione di continuare la terapia con natalizumab potrebbe essere presa in considerazione durante la gravidanza nelle forme di SM ad alta attività, con l'obiettivo di prevenire un effetto "rebound" della malattia o il suo peggioramento in corso di gestazione, previa valutazione caso per caso del rapporto rischio-beneficio.

In caso di recidiva in corso di gravidanza le pazienti possono essere sottoposte a brevi cicli di terapia steroidea (3-5 giorni) con metilprednisolone, possibilmente da evitare nel primo trimestre per i rari effetti teratogeni.

La SM non preclude il parto spontaneo pertanto la modalità del parto e la scelta dell'anestesia seguono le indicazioni ostetriche, tuttavia la disabilità motoria della paziente potrebbe condizionare la collaborazione durante il parto vaginale, facendo propendere in tal caso per il parto cesareo.

Dopo il parto le pazienti sono esposte ad un maggior rischio di recidiva che è maggiore in caso di alto tasso di ricadute pregravidico, elevata attività di malattia in gravidanza ed elevato punteggio EDSS (Expanded Disability Status Scale) prima della gestazione.² La raccomandazione è pertanto quella di riprendere il più precocemente possibile la terapia profilattica interrotta durante la gravidanza. Questo condiziona l'allattamento, il cui ruolo rimane comunque controverso nella SM. L'allattamento al seno infatti, sebbene potenzialmente attuabile, ritarda la ripresa della terapia nel post-partum in quanto, ad oggi, i farmaci disponibili per il trattamento della SM sono controindicati in allattamento.

In conclusione, da quanto detto si evince che l'assistenza sanitaria alla donna in gravidanza con SM deve essere considerata di "alta specializzazione", e come tale dovrebbe includere un approccio multidisciplinare che veda interfacciarsi il neurologo esperto in SM, il ginecologo/ostetrico, il neonatologo e possibilmente lo psicologo. L'obiettivo di tale alleanza terapeutica è di minimizzare i rischi materno-fetali e favorire una genitorialità sicura e consapevole in questa particolare categoria di pazienti.

Bibliografia:

1. Brownlee WJ, et al. *Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges*. Lancet. 2017 Apr 1:1336-1346.
2. McCombe PA, Greer JM. *Female reproductive issues in multiple sclerosis*. Mult Scler. 2013 Apr; 19:392-402.
3. Banwell B, et al. *Editors' welcome and a working definition for a multiple sclerosis cure*. Mult Scler Relat Disord. 2013 Apr; 2:65-7.
4. Amato MP, et al. *Management of pregnancy-related issues in multiple sclerosis patients: the need for an interdisciplinary approach*. Neurol Sci. 2017 Oct; 38:1849- 1858.

EDUCAZIONE E RIEDUCAZIONE DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA PER INTERVENTO ONCOLOGICO.

CARLA MIRABELLI

Dirigente Medico (Specialista Medicina Fisica e Riabilitazione e Medicina Termale)

Dirigente Medico ASL (AL) Servizio Recupero Rieducazione Funzionale

A.I.D.M. - Sezione di Alessandria (Presidente Dott.ssa E. Palermo)

Introduzione

Il seno, nella civiltà, rappresenta uno degli elementi essenziali della femminilità, è considerato simbolo della maternità e dell'erotismo; ogni donna ricerca un seno normale che permetta di condurre una vita sociale e sessuale adeguata.

Materiali e metodi

La paziente che ha tumore alla mammella si trova ad affrontare contemporaneamente la patologia tumorale, la menomazione, la non abilità e postumi di intervento chirurgico multiplo. La ricostruzione mammaria offre la possibilità di rendere l'intervento oncologico meno mutilante e senza il rischio di interferire sulla patologia di base, ma traendone benefici sull'aspetto fisico, psicologico e sulla qualità di vita. Alcune volte la ricostruzione è eseguita immediatamente all'intervento chirurgico con protesi più expander prima e con protesi definitiva poi; oppure con tecniche di lipo-filling che utilizzano le cellule staminali del tessuto adiposo (biologiche e sintetiche) che permettono la ricostruzione mammaria salvaguardando la componente muscolare e le forme adeguate alla paziente. La riabilitazione consiste: prevenzione della cicatrice del dolore e dell'edema, della webaxillarywyes syndrome e del dolore toracico. Nel post chirurgico una fascia contenitiva per qualche settimana è utile al fine di migliorare il dolore, ridurre retrazioni e favorire l'attaccamento e la rigenerazione dei tessuti e consentire un ottimale processo riparativo, controllando le simmetrie, la funzionalità respiratoria, migliorando lo schema corporeo ed il benessere psicofisico; occorre prevenire le complicanze sensitive, il dolore, il linfedema e l'articolarietà del rachide, della spalla e del braccio con rieducazione posturale globale (esercizi per ripristinare la percezione corporea, il confronto dei due emilati), educando le pazienti stesse all'esercizio.

Risultati:

complicanze dopo chirurgia ricostruttiva

24%	Retrazioni cicatriziali e capsulari peripotesiche
5%	Infezioni
0,1%	Dislocazioni o rotture protesiche
9%	Ematomi, sieromi
5%	Disturbi funzionali rachide e spalle (capsuliti e periartriti)
10%	Complicanze vasali Es. Web-axillary syndrome
1%	Alterazioni posturali e cervicodorsali
0,01%	Deficit respiratori
0,01%	Complicanze a carico del sistema nervoso centrale e periferico (es.: lesioni al nervo intercostobrachiale)
Da 11 a 57%	Linfedema all'arto.

Si ha un miglioramento con un trattamento globale e specifico.

Conclusioni

Con trattamento riabilitativo precoce e recupero funzionale, self education immediatamente post operatoria, post acuta e con ginnastica adattiva nelle pazienti cronicizzate; si ha un miglioramento della qualità di vita misurato con Euroqol C30 e importante è anche il percorso multiprofessionale in Breast Unit, considerando anche il percorso riabilitativo con psicologi per adattare la paziente alla diagnosi oncologica, ai cambiamenti relativi ed alla propria immagine corporea, adeguando la stessa (rispettando ciò che pensa e con un legame di fiducia) ad un'immagine positiva in famiglia ed a livello sociale.

Bibliografia

- Young Wn, Mc Phail SM "a systematic review of axillary websyndrome" J. Cancer Surv. 2015.
- National comprehensive cancer network (NCCN) "clinical practice guidelines in oncology adult result cancer pain" Verslo 2014 – 16.
- Ripamonti C, Bossi P., "Il dolore iatrogeno in oncologia" IRCS Istituto Tumori, Milano 3/2016.

Eziologia delle infezioni delle vie urinarie in una popolazione pediatrica e differenze di genere

Teresa Papalia, Rosita Greco, Agata Mollica, Renzo Bonofiglio

UOC Nefrologia Dialisi e Trapianto. AO Annunziata. Cosenza
Sezione AIDM di Cosenza

Introduzione: In letteratura sono disponibili pochi dati sulle reali differenze di eziologia e tipi di infezioni delle vie urinarie in base al sesso.

Scopo di questo studio è stato confrontare se erano presenti differenze di eziologia e di presentazione clinica nelle infezioni delle vie urinarie (UTI) tra maschi e femmine di una popolazione pediatrica afferente al nostro ambulatorio di nefrologia pediatrica.

Metodi: 459 episodi di UTI sono stati valutati in 200 pazienti di età compresa tra 5 e 17 anni di cui 77.4 %ragazze e il 22.6% ragazzi (F / M = 6.9 / 1). La prevalenza di ciascuna eziologia è stata confrontata tra maschi e femmine e il valore $P \leq 0,05$ è stato considerato come differenza significativa.

Risultati: Le infezioni erano da E-coli (78.73%), Klebsiella (7.25%), Enterobacter (3.1%), Proteus (2%), Enterococco (1.7%), Citerobacter (1.4%), Stafilococco coagulasi positivo (1.4%), Staphylococcus epidermidis (1.1%) Pseudomonas (0.9%), Stafilococco coagulasi negativo (0.8%), Staphylococcus Saprofithicus (0.5%), Streptococco gruppo B (0.3%), Streptococco gruppo A (0.16%), Candida Albicans (0.16%) Morganella morgagni (0.16%), Acintobacter (0.16%) e Shigella (0.16%). Le infezioni febbrili nelle femmine e nei maschi erano rispettivamente del 39.4% e del 51.6%. Le infezioni febbrili erano prevalenti nei maschi ($P = 0,059$). Non ci sono state differenze significative nell' eziologia delle UTI in base al genere.

Conclusioni: Il nostro studio ha confermato una maggiore frequenza di UTI nelle femmine, per le note differenze anatomiche rispetto ai maschi, ma ha anche evidenziato che le infezioni nei ragazzi, erano prevalentemente febbrili specie quando erano secondarie a infezione da Proteus. Tale dato, sebbene statisticamente non significativo in quanto i maschi con UTI rappresentavano solo il 22.6% della popolazione da noi esaminata, potrebbe essere correlabile, visto il tipo di germe, alle più frequenti anomalie anatomiche del tratto urinario di cui il sesso maschile è notoriamente più affetto. Anche nelle ragazze la prevalenza di infezioni da Enterobacter non era statisticamente significativa. Ciò ha consentito di escludere differenze di genere per quanto riguarda l'eziologia delle UTI. In conclusione, i nostri dati dimostrano che ad oggi nonostante la notevole frequenza delle infezioni delle vie urinarie, non esistono ancora dati certi sull'eventuale diversa eziologia delle UTI nei 2 sessi, specie in età pediatrica. Sono pertanto necessari ulteriori studi, per corroborare i nostri dati.

Aspetti psicologici e psico-sociali nelle donne con mutazione di BRCA 1 e 2

Quaquerini Erica¹, Mandrini Silvia², Lanza Laura³, Falco Carlo Emilio³, Strada Maria Rosa⁴

¹Oncologia Medica ICS Maugeri Pavia, ²Riabilitazione

Specialistica ASST Lodi, ³Otorinolaringoiatria ASST Pavia, ⁴Oncologia Medica Istituto Clinico Città di Pavia, Gruppo San Donato. Sezione AIDM Pavia

Con la sigla BRCA 1 e 2 si definiscono determinati geni oncosoppressori che controllano la proliferazione cellulare e i processi di riparazione del DNA. La mutazione consiste in un errore nella sequenza del DNA tale da ridurre la capacità di controllo del ciclo cellulare.

La presenza di mutazioni a carico di BRCA 1 è associata ad un rischio di sviluppare tumori alla mammella nell'arco della vita del 60 - 70% e ad un rischio di sviluppare tumori ovarici del 20 - 45%. Le mutazioni di BRCA 2 sono invece associate ad un rischio di sviluppare tumori alla mammella del 40 - 60% nelle donne e del 5 - 10% negli uomini e ad un rischio di sviluppare tumori ovarici del 10 - 20%.

Questo fenomeno ha creato negli ultimi anni un maggiore ricorso ai test genetici con un reale aumento delle determinazioni di BRCA 1 e 2 nella popolazione sana ma gravata da un rischio oncologico familiare. La chirurgia oncologica profilattica opera su soggetti non malati ma genera esiti fisici e funzionali irreversibili di cui non sappiamo ad oggi le ripercussioni a medio e lungo termine.

Ancora troppo poco conosciamo dell'assetto psicologico delle donne che possono/devono optare fra scelte difficilissime come l'azione anticipatoria o l'attesa senza un limite temporale preciso. La chirurgia profilattica può lasciare cicatrici psicologiche pesanti tanto quelle chirurgiche.

In merito agli aspetti più strettamente psicologici, si può arrivare a delineare almeno tre tipologie di donne.

Un primo gruppo è rappresentato da soggetti in età matura o in perimenopausa, con anamnesi positiva per carcinoma della mammella o dell'ovaio, con le quali è opportuno avviare un dialogo serio e consapevole che porti alla decisione di una chirurgia profilattica in maniera ragionata, offrendo anche gli strumenti più opportuni per affrontare gli eventuali esiti dell'intervento.

Un secondo tipo di richiesta viene da donne con un rischio familiare di media entità ma con chiare stigmate di patofobia che, pertanto, sono da seguire nel loro percorso con particolare attenzione: spesso hanno storie familiari costellate da gravi perdite per tumore non necessariamente della sfera femminile e/o hanno un problema nei confronti delle malattie in genere. La strategia di ascolto deve creare una relazione di fiducia per arrivare a una decisione clinica realmente corretta.

Un ultimo e più difficile gruppo è composto dalle donne consapevoli e informate che, pur avendo fattori di rischio molto alti, sono poco o per nulla intenzionate a sottoporsi al test per paura del risultato e delle conseguenze che questo potrebbe portare. Il nostro intervento in questi casi deve privilegiare una comunicazione chiara ma "empatica" con un supporto continuativo, capace di assecondare i ritmi della persona, senza abdicare al nostro ruolo di garanti di un'informazione scientificamente corretta.

Come la leucemia mieloide cronica ha cambiato il concetto di cronicità: da malattia controllabile a malattia potenzialmente guaribile

Iurlo Alessandra, ematologa, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano

La leucemia mieloide cronica rappresenta il paradigma del successo della medicina di precisione. Essa è caratterizzata da un punto di vista molecolare dalla presenza del trascritto di fusione BCR-ABL1, a sua volta derivante da una traslocazione bilanciata che coinvolge i cromosomi 9 e 22. Questa individuazione ha permesso nei primi anni 2000 di mettere a punto farmaci noti come inibitori delle tirosin-chinasi (TKI) capaci di bloccare selettivamente la stimolazione incontrollata della proliferazione del clone leucemico. Rispetto ai trattamenti precedenti, i TKI hanno modificato profondamente la storia naturale della malattia assicurando a questi pazienti una sopravvivenza del tutto sovrapponibile a quella della popolazione generale (circa 85-95% a 5 anni).

Gli obiettivi della terapia della LMC sono rappresentati da una progressiva riduzione del burden di malattia a time-point ben codificati che si identificano con la risposta di tipo ematologico,

citogenetico o molecolare. Anche se una percentuale di pazienti non è in grado di ottenere la risposta attesa in corso di terapia con TKI di prima generazione (imatinib), oggi abbiamo a disposizione TKI di seconda generazione (dasatinib, nilotinib, bosutinib) o di terza generazione (ponatinib) capaci nella maggioranza dei casi di recuperare il precedente fallimento.

Proprio alla luce degli eccellenti risultati fin qui ottenuti, negli ultimi anni il trattamento della LMC ha come possibile nuovo end-point da perseguire la sospensione della terapia o Treatment-Free Remission (TFR), che rappresenta la traslazione clinica del termine "operational cure". Già nel 2006 il Prof Goldman aveva ipotizzato la possibilità di sospendere il trattamento in quei pazienti che avessero raggiunto una risposta molecolare profonda e che, pur senza una completa eradicazione della malattia, potevano restare senza trattamento.

Il gruppo francese per primo ha pensato in maniera "pionieristica" a questo percorso terapeutico e lo studio STIM1, recentemente pubblicato con un update di 77 mesi di follow-up, ha confermato che il 38% dei pazienti trattati con imatinib può rimanere senza terapia in risposta molecolare maggiore/profonda. Nei primi trials i fattori predittivi per una TFR di successo sono stati il rischio Sokal e la durata del trattamento con imatinib. Successivamente lo studio prospettico EUROSki (arruolati più di 700 pazienti trattati con vari TKI e in risposta molecolare profonda) ha evidenziato una molecular relapse-free survival a 36 mesi del 50%. Fattori predittivi per il mantenimento della TFR sono stati identificati nella durata del trattamento con imatinib stimata in 5.8 anni e durata della risposta MR4 prima della sospensione, stimando quest'ultima in circa 3.1 anni. Da sottolineare che la risposta molecolare profonda si ottiene in una percentuale maggiore di pazienti quando trattati con TKI di seconda generazione. Lo studio ENESTFreedom, che ha arruolato pazienti trattati con nilotinib in prima linea, ha evidenziato un tempo di trattamento con nilotinib necessario per la TFR inferiore rispetto ad imatinib (3.6 vs 5.8 anni) e, a 96 settimane di follow-up, la TFR è mantenuta nel 48.9% dei casi. Altri studi, come il DASFree, sono ancora in corso.

Concludendo la leucemia mieloide cronica ha cambiato il concetto di cronicità in quanto da malattia controllabile è diventata malattia potenzialmente guaribile.

Carcinoma della mammella metastatico: un nuovo scenario di cronicità

Strada Maria Rosa¹, Quaquerini Erica², Mandrini Silvia³, Lanza Laura⁴

¹Oncologia Medica Istituto Clinico Città di Pavia, Gruppo San Donato, ²Oncologia Medica ICS Maugeri Pavia, ³Riabilitazione Specialistica ASST Lodi, ⁴Otorinolaringoiatria ASST Pavia Sezione AIDM Pavia

Il carcinoma della mammella è il primo tumore per incidenza nel sesso femminile considerando tutte le fasce di età. Nel 2017, sono stati diagnosticati in Italia 50.000 nuovi casi con un trend di incidenza in lieve crescita (pari al 0.9% annuo). Per contro, la mortalità continua a diminuire del 2.2% per anno. I dati di sopravvivenza a 5 anni si attestano intorno all'87% e a 10 anni intorno all'80%.

A fronte di questi dati molto positivi, il 30% delle donne che hanno avuto diagnosi di tumore mammario in stadio precoce, presentano una ricaduta di malattia a distanza entrando in una fase avanzata/metastatica di malattia. Il miglioramento delle conoscenze biologiche della neoplasia, i progressi diagnostico-terapeutici, l'impiego dei farmaci innovativi e delle terapie "targeted" e, non ultimo, l'integrazione dei trattamenti sistemici e locali e l'ottimizzazione delle terapie di supporto hanno di fatto migliorato la sopravvivenza di queste pazienti venendo così a configurare il tumore mammario metastatico come una malattia cronica, non suscettibile quindi di guarigione, ma controllabile a lungo nel tempo mantenendo una buona qualità di vita. La sopravvivenza mediana globale di queste pazienti arriva a 30-50 mesi. I range di variabilità dipendono da molti fattori: l'istologia/biologia del primo tumore, l'istologia/biologia di una eventuale re-biopsia eseguita nella sede di lesioni secondarie facilmente aggredibili, il tempo intercorso dalla prima diagnosi, la/le sedi della/e metastasi e il numero delle stesse, i sintomi

presenti (con particolare riguardo al dolore), le terapie precedentemente effettuate, l'età e le condizioni generali, la tossicità dei trattamenti effettuati, senza trascurare un particolare riguardo alle condizioni psicologiche, allo stato sociale e al profilo occupazionale della paziente.

L'elemento discriminante per la scelta del trattamento è la presenza/assenza dell'espressione recettoriale sulla superficie tumorale rispettivamente per estrogeni, progesterone e per l'oncogene c-erb B2. Questi funzionano da *driver* nella scelta della terapia e condizionano anche la sopravvivenza perché rappresentano sia fattori predittivi di risposta alla terapia che prognostici. Le più recenti classificazioni del carcinoma mammario sul versante biologico e isto-patologico riconoscono 4 categorie: tumori luminali A e B con recettori ormonali positivi, tumori HER 2 positivi che esprimono l'oncogene c-erb B2 e i tumori triplo negativi che risultano totalmente privi di recettori e che sono ad oggi il gruppo di neoplasie a peggiore prognosi.

E' opinione ormai consolidata e condivisa internazionalmente (linee guida ESMO, AIOM, NCCN) che una rotazione intelligente e giudiziosa dei farmaci e l'integrazione fra tutte le armi che abbiamo a disposizione (chirurgia e radioterapia; chemio, ormono ed immunoterapia) siano la migliore strategia di trattamento del tumore mammario metastatico, tenendo come obiettivo non solo l'allungamento della sopravvivenza delle nostre pazienti ma anche il mantenimento di una buona qualità di vita.

Influenza delle comorbidità e del genere nel recupero funzionale dopo intervento di protesi d'anca

Mandrini Silvia¹, Casalino Selene¹, Quaquerini Erica², Lanza Laura³, Falco Carlo Emilio³, Cartesegna Stefano⁴.

¹Riabilitazione Specialistica ASST Lodi, ²Oncologia Medica ICS Maugeri Pavia, ³Otorinolaringoiatria ASST Pavia, ⁴Medicina Generale ATS Pavia. Sezione AIDM Pavia

Recenti studi della letteratura evidenziano differenze di genere nel recupero funzionale dei pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi d'anca, con un recupero peggiore delle donne rispetto agli uomini. Alcuni autori attribuiscono tale differenza ai tempi più lunghi delle donne rispetto agli uomini nell'accedere all'intervento di sostituzione protesica (Lavernia *et al.* 2011), altri hanno attribuito tali differenze a fattori concomitanti quali: un maggior tempo intraoperatorio, l'anestesia generale, una maggior perdita di sangue intraoperatoria, l'incapacità di camminare nel primo giorno post-operatorio (Sibia *et al.* 2016). Cherian *et al.* (2016) hanno evidenziato un recupero più rapido nel breve termine degli uomini rispetto alle donne, che si annulla nei 5 anni successivi all'intervento, raggiungendo risultati simili nei due generi.

A tal proposito sono stati analizzati i dati di 68 pazienti (età media 69±12.3 anni, 40 femmine) ricoverati nell'anno 2017 nel reparto di Riabilitazione Specialistica dell'ASST di Lodi per postumi di intervento in elezione di protesi d'anca. I due sessi non presentavano differenze significative per età, né per comorbidità (queste ultime valutate mediante calcolo in ingresso degli indici di severità e di comorbidità alla scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)). Il recupero funzionale, misurato con scala di Barthel, non ha evidenziato differenze di genere: entrambi i sessi hanno mostrato un miglioramento significativo di tale scala passando da 67±9.3 a 94±5.7 punti. Inoltre, non sono emerse differenze di genere significative in relazione alla durata della degenza, con un tempo medio complessivo di 16.2±2.7 giorni. E' invece emersa una differenza significativa per genere nell'intervallo di tempo tra intervento chirurgico e ricovero in reparto riabilitativo, con un'attesa media di 6.6±1.6 giorni per gli uomini e 8.9±3.3 giorni per le donne. Si è evidenziata inoltre una correlazione significativa tra scala di Barthel a dimissione e indice di severità alla scala CIRS, con un peggiore recupero alla scala Barthel nei pazienti che presentavano un maggior indice di severità alla scala CIRS.

Questi risultati indicano che il genere femminile è verosimilmente più svantaggiato rispetto al genere maschile nell'immediato periodo post-operatorio, richiedendo tempi di attesa più lunghi per la stabilizzazione clinica e il conseguente invio in un reparto riabilitativo. Tuttavia nella fase di recupero successiva alla stabilizzazione clinica, la prognosi riabilitativa sembra essere influenzata dalla severità delle patologie presentate dai pazienti, piuttosto che dal genere.

OSAS e ipertensione essenziale: una correlazione da indagare nelle donne con ipertensione non facilmente controllabile con la terapia medica

Falco Carlo Emilio¹, Lanza Laura¹, Mandrini Silvia², Quaquerini Erica³

¹ Otorinolaringoiatria ASST Pavia, ² Riabilitazione Specialistica ASST Lodi, ³ Oncologia Medica ICS Maugeri Pavia; AIDM Pavia

Introduzione: La sindrome delle apnee notturne (OSAS) è una patologia frequente, caratterizzata dal rallentamento o da una o più interruzioni della respirazione durante il sonno. Vari studi della letteratura dimostrano la stretta correlazione tra OSAS e ipertensione essenziale (IAE) e il notevole miglioramento dell'IAE dopo adeguato trattamento dell'OSAS. Data la differente modalità di presentazione sintomatologica dell'OSAS nella donna rispetto al genere maschile, che spesso conduce a ritardi diagnostici, l'obiettivo di questo studio è stato valutare l'effetto della roncoterapia chirurgica in un gruppo di pazienti di genere femminile con IAE refrattaria alla terapia medica.

Materiali e metodi: sono state considerate le pazienti di sesso femminile con storia di IAE scarsamente controllata dalla terapia medica (utilizzo di più categorie di anti-ipertensivi), che sono afferite presso l'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria di Vigevano (ASST Pavia) per effettuare roncoterapia chirurgica (UVPP e/o chirurgia nasale) nel periodo da gennaio 2014 a gennaio 2018. Dopo un mese dalla procedura le pazienti sono state ricontattate e intervistate relativamente al controllo dei valori pressori.

Risultati: otto pazienti di genere femminile con indice di apnea/ipopnea (AHI) compreso tra 10 e 20 sono risultate con anamnesi positiva per IAE refrattaria alla terapia medica prima del trattamento per apnee. Dopo roncoterapia chirurgica tutte le pazienti hanno riferito miglioramento del controllo dell'IAE: in 4 casi con la sospensione della terapia, in 3 casi con una riduzione della terapia in termini di dosaggio e di classi farmacologiche utilizzate, in un unico caso con un miglior controllo dei valori pressori senza ulteriori variazioni di terapia.

Conclusioni: La differente modalità di presentazione sintomatologica dell'OSAS nel genere femminile, non evidenziabile con le comuni scale dedicate e il significativo miglioramento del controllo pressorio con roncoterapia, suggerisce di inserire in tutte le donne con IAE refrattaria a terapia medica la valutazione per OSAS.

Approccio multidisciplinare al tumore dell'orofaringe HPV+ e differenze di genere

Lanza Laura¹, Falco Carlo Emilio¹, Mandrini Silvia², Quaquerini Erica³, Strada Maria Rosa⁴

¹ Otorinolaringoiatria ASST Pavia, ² Riabilitazione Specialistica ASST Lodi, ³ Oncologia Medica ICS Maugeri Pavia, ⁴ Oncologia Medica Istituto Clinico Città di Pavia, Gruppo San Donato Sezione AIDM Pavia

Il papilloma virus umano (HPV) è l'agente eziologico del tumore della cervice uterina: circa il 90% di questi tumori sono positivi per HPV16. Altri tipi di tumore sono stati associati alla presenza di HPV, il più comune dei quali è il tumore dell'orofaringe. Si tratta di un tumore in controtendenza per la sua crescente diffusione tra soggetti giovani e privi di comorbidità e non più tra soggetti della terza età, defedati, tabagisti o alcolisti. Tra le sottosezioni dei tumori dell'orofaringe, l'incidenza della base della lingua e della tonsilla (linguale e palatina) è aumentata negli ultimi 40 anni ed è nettamente superiore nel maschio (74%) rispetto alla femmina (26%). Per contro, l'incidenza dei tumori del capo e del collo non associati all'infezione da HPV, è diminuita significativamente nello stesso periodo. Attorno a questo mutato profilo comportamentale della neoplasia si sono progressivamente sviluppati nuovi filoni di ricerca clinica per differenti modalità di diagnosi di laboratorio, di chemio e radioterapia, di chirurgia mirata. L'aumento dell'incidenza dei tumori dell'orofaringe tra le coorti più giovani della popolazione, attribuibile all'infezione orale da HPV, indica che i cambiamenti delle abitudini sessuali negli anni 60, l'aumento della promiscuità sessuale e il numero di partner sessuali nella vita, hanno portato ad un aumento dell'esposizione al virus. Nel 2017 è stata pubblicata una revisione della classificazione TNM per i carcinomi dell'orofaringe sulla base dello stato di espressione di

p16 e diversi autori hanno suggerito la possibilità di un'azione preventiva attraverso la vaccinazione contro l'HPV. Mentre i tradizionali fattori di rischio (fumo ed alcool) agiscono principalmente sulla mucosa di rivestimento, l'infezione da HPV ha come bersaglio principale l'epitelio specializzato delle cripte tonsillari e della base linguale. Studi clinici hanno dimostrato che i tumori orofaringei HPV+ hanno una prognosi migliore di quelli HPV-. Non sono ancora chiare le differenze molecolari che possano spiegare la differenza di prognosi, sebbene questo aspetto potrebbe aiutare a disegnare terapie mirate più efficaci. Sono quindi necessari studi multicentrici prospettici in grado di validare nuovi trattamenti biologici dimostratisi efficaci in modelli preclinici e/o nuovi biomarcatori prognostici e predittivi in grado di personalizzare l'approccio terapeutico. La terapia radio-chemioterapica è caratterizzata da tossicità acute e tardive in particolare disfagia e xerostomia. Considerata l'elevata probabilità di guarigione è logico porsi il problema delle tossicità tardive. Sono in corso studi per valutare una deintensificazione del trattamento applicata alla categoria di pazienti a più basso rischio. Un altro approccio terapeutico per i tumori dell'orofaringe, sviluppatosi per cercare di ridurre le tossicità del trattamento chemio-radioterapico, consiste nelle nuove tecniche chirurgiche: chirurgia robotica transorale (TORS) e chirurgia laser transorale. Per concludere, il carcinoma dell'orofaringe è una realtà in evoluzione; il professionista deve esserne consapevole, preparato e motivato ad accettare le sfide dei cambiamenti e delle innovazioni.

LA DIVERSITÀ DI GENERE NEL SUPERAMENTO DI UN GRAVE LUTTO

Dott.ssa Maria Clotilde Pettinicchi

Medico, psichiatra, criminologo clinico, psicoterapeuta della famiglia. AIDM-MODENA

Un lutto è sempre un'esperienza difficile e che tende a far perdere la gioia di vivere a chi ne è colpito. Normalmente non ci si crea il problema se i due generi potrebbero porsi in modo diverso nei confronti del lutto...ed invece può succedere. Dipende dalla persona che si perde, dai legami affettivi che vi erano con il defunto e, soprattutto, dalla qualità della relazione in essere fra i sopravvissuti. Se una coppia genitoriale perde l'unico figlio, il buon senso e la pietas latina orienterebbero verso un lutto comune. Non sempre questo è vero. Riporto un caso della mia pratica professionale come psichiatra.

Nella città dove lavoravo venne data la notizia attraverso i notiziari mattutini, che era morto nella notte un giovane di 23 anni. Era deceduto in un incidente stradale, nelle prime indagini si era rilevato un alto tasso alcolemico e in più anche la presenza di un misto di droghe. I mezzi di comunicazione non dissero il nome del giovane. Il mio pensiero iniziò a correre dietro tutti i miei pazienti tossici che avrebbero potuto morire in quel modo, ma non riuscivo a focalizzarne nessuno. Ben presto mi contattarono le F.O. per avere informazioni e seppi il nome di un mio paziente. Ad essere sincera non mi aspettavo una morte di questo genere, perché il giovane aveva smesso l'uso di sostanze, non da molto, però stava facendo tutto il percorso disintossicante, insieme alla famiglia. In simili frangenti, ti chiedi cosa poteva essere successo perché il giovane riprendesse l'uso di più sostanze diverse. Sull'incidente iniziò a stendersi l'ombra del delitto, ma sembravano voci di corridoio e nessuno dava notizia del reato. In effetti spesso ti poni domande, a cui sembra non esserci una risposta, infatti mi chiedevo perché un incidente che camuffava un delitto.....e perché questo delitto? Il pensiero andava agli spacciatori, alla criminalità organizzata ecc, ecc. Un giorno viene in ambulatorio la madre del ragazzo e piangendo mi disse che voleva morire per raggiungere il figlio.. mi dicevo che un dolore simile non era sostenibile, pensando anche alla morte provocata, da ignoti. Chiesi alla signora dove fosse il marito e come stava. La risposta mi lasciò annichilita "perché a lui interessa se suo figlio è morto?" Altro stupore e le chiesi se il figlio non era di entrambi, ben sapendo che lo era. La risposta fu volutamente evasiva. Sapevo che questi due genitori andavano insieme nel gruppo che sosteneva il figlio per uscire dalla droga. Chiesi alla signora se voleva affrontare un lutto così distruttivo da sola o in coppia, non mi rispose ed uscì. Qualche giorno dopo si presenta il marito, ovviamente distrutto psichicamente da questo lutto, tanto complesso. Questo tema fu affrontato in modo diverso, perché il signore, da buon militare, cercava di non dare spazio all'emozione e mal sopportava che

la moglie andasse quotidianamente al cimitero, per piangere. Mi chiedevo come avessero fatto ad andare insieme nel gruppo dei genitori, la risposta arrivò rapida da lui "pensavo ad altro, e perchè mio figlio si drogasse, se non aveva motivo di farlo". Ho dovuto affrontare due psicoterapie per due persone, unite nel dolore, ma separate da una genitorialità divisa da conflitti, che nemmeno un lutto, tanto grave, era stato capace di risolvere. Il padre, da buon militare non piangeva tanto la morte del figlio, intossicato al punto da perdere il controllo della macchina, quanto che fosse morto per mano assassina. Era arrabbiato che le F.O. non gli permettessero di inserirsi nelle indagini, e con giusta ragione, appartenendo a Forze diverse.

La psicoterapia, per quanto lunga e complessa si arrestò per volontà paterna, almeno "per me stesso" diceva. La signora per quanto non fosse d'accordo e per quanto volesse continuare da sola, seguì il "comando" del marito. Costui aveva preso questa decisione perchè prima voleva vedere in faccia l'assassino di suo figlio e con molto tatto, mi fece capire che le parole non servono per indagare su un omicidio, per quanto io fossi anche criminologa. Non ci furono risposte a queste affermazioni, dettate dal dolore e dalla rabbia. Per un pezzo la coppia non si fece vedere ed io temevo per la signora, più fragile e sottomessa totalmente al marito. La morte per incidente stradale di un tossico, non fa più notizia e tanto meno muove rapidamente le F.O. ma se si scoprono elementi che fanno pensare ad un omicidio, le stesse iniziano ad indagare a 360 gradi, tenendo anche presente la paternità militare del giovane deceduto. La mia "anima" criminologica si sentiva attratta, come il padre del giovane, dalle indagini e dal perchè fosse avvenuto un simile tragico evento. Dopo mesi il "militare" venne in ambulatorio per "riferire" l'esito delle indagini. Giulio, nome di fantasia del ragazzo, era stato drogato, con la droga da stupro, non per questa finalità, ma per rendere più "sottomesso" il ragazzo, a cui avevano fatto bere litri di alcolici ed a cui avevano iniettato eroina, cocaina ed altro. Poi gli assassini lo misero in macchina e lui iniziò a guidare, fino a incontrare un viale di platani contro cui si infransero: macchina, soldi ed una giovane vita. La matrice omicida era da riferirsi a bande di microcriminalità, che cercavano di passare di grado, entrando nella macrocriminalità. Il problema del padre mi si dilatò all'ennesima potenza. Valerio, nome fittizio del militare, ora aveva solo in mente, in modo ossessivo, la vendetta. Se prima avevo due psicoterapie da fare, ora i coniugi si erano riuniti, superando tutti i conflitti, ne avrei avuto una sola ed il tema non era più il lutto, ma la vendetta. Mi augurai buon lavoro perchè superare con le parole un forte sentimento di vendetta, ed anche per giusta causa, diventa arduo. Per loro non esisteva il perdono...volevano la morte. La psicoterapia, ovviamente non poteva dare spazio al tema vendetta, ed anche sanguinaria, ma doveva spostare l'attenzione su altri interessi comuni....e i morti di Nassiria fecero al caso mio. Giovani morti per un attacco terroristico, mentre i militari erano lì come forze per mantenere la pace, fu un tema che allentò i sentimenti di vendetta, nel pensiero di quei genitori che avevano perso i figli per atti terroristici, mentre erano andati fin lì per la pace.

Da notare che nessuno dei due coniugi aveva voluto assumere farmaci, che li avrebbero aiutati. ma i ragazzi uccisi a Nassiria, mi hanno dato un valido aiuto...ed i genitori seppellirono l'ascia di guerra e superarono il lutto, non brillantemente, ma in modo onorevole.

Malattie autoimmuni e genere: il ruolo della nutrizione e dell' ambiente

*Dott. Paola Sbisà specialista in scienza dell' alimentazione
presidente AIDM Trieste*

Nel genere femminile è statisticamente dimostrata la prevalenza di malattie autoimmuni e la comorbidità, in particolar modo con malattie dell'apparato riproduttore quali endometriosi ed ovaio policistico. Il coinvolgimento ormonale è responsabile della maggior incidenza delle malattie autoimmuni nel sesso femminile: gli ormoni sessuali sembrano giocare un ruolo fondamentale come modulatori di queste malattie, sia in termini di insorgenza che di cronicizzazione. La reattività del sistema immunitario è maggiore nelle donne che negli uomini. La maggior suscettibilità allo sviluppo di malattie autoimmuni può essere dovuta a mutazioni geniche capaci di indurre una modifica della risposta immune e dei meccanismi di sviluppo

della tolleranza verso componenti endogeni. Antigeni del "self" possono essere riconosciuti come estranei dal sistema immunitario per modificazioni post-trasduzionali quali glicazione, ossidazione e aggregazione che avvengono nel corso dell'invecchiamento ed in stati infiammatori cronici. Si comprende quindi come, possa essere implicato uno stile di vita ed alimentare inadeguato, ove sussista un eccesso energetico, glucidico ed uno sbilanciamento del rapporto lipidico a sfavore dei grassi polinsaturi ad azione antinfiammatoria ed a favore di quelli saturi ad azione infiammatoria. Numerosi lavori scientifici dimostrano un collegamento tra malattie autoimmuni, ed aumento della permeabilità della mucosa intestinale. Un ruolo essenziale dell'epitelio intestinale è separare il contenuto lumenale dall'interstizio, funzione determinata principalmente dalla integrità dell'epitelio stesso e dalle giunzioni strette che sigillano lo spazio paracellulare. Un danno strutturale biomolecolare alla barriera fa sì che molecole di origine alimentare o batterica, dopo aver attraversato la mucosa stessa, entrino nel flusso sanguigno, provocando la reazione infiammatoria ed immunitaria. La selettiva permeabilità delle giunzioni può essere modificata in risposta a vari agenti (metaboliti, citochine, tossine, farmaci...). Un folto gruppo di sostanze chimiche denominate xenobiotici, comprendenti inquinanti atmosferici, nano materiali, pesticidi, farmaci e metalli pesanti interferiscono, attraverso meccanismi diversi, sia con la permeabilità intestinale che il sistema immunitario, producendo effetti comuni di compromissione del sistema stesso. La sensibilità verso biomolecole o sostanze chimiche può essere influenzata dagli ormoni ed essere così soggetta a variazioni di genere. Risulta di cruciale importanza per la prevenzione primaria e secondaria ridurre i fattori alimentari ed ambientali comprovatamente responsabili di tali eventi e stimolare nella popolazione l'adozione di un regime alimentare e di vita adeguato.

Biomarkers, hormones and APS in a gender perspective

**A. Vitagliano¹, A. Sorrentino², S. Capasso³, B. Alento⁴,
M.L. Genna⁵, P. Sabatini²**

¹Department of Women's and Children's Health SDB
University of Padova Veneto, Italy2

²U.O.S. General Microbiology, Parasitology and Mycology PO.
Umberto I, ASI Salerno, Campania Italy

³Pediatrician president of the AIDM Napoli Polinnia Marconi
section

⁴UOC of Clinical Pathology, P.O. Battipaglia A.S.L. Salerno

⁵Department of Diagnostics A.O.R.N. Cardarelli Naples

The Anti-phospholipid Syndrome (APS) is a systemic autoimmune disease characterized by recurrent thromboembolic events, abortion and the presence of antiphospholipid antibodies. The APS can occur during the course of other autoimmune diseases (secondary APS) or in primitive form. The purpose of this research project is to investigate the association between APS and high value of PTH in a gender perspective.

The sera of 119 patients, including 59 with APS (48 women, 11 men) and 60 control (50 women, 10 men), was subjected to the search of anti-phospholipid antibodies (aPL), antibodies cardiolipin and anti-β2 glycoprotein I, vitamin D and intact PTH. Patients with APS showed significant levels of vitamin D lower than patients control.

The 34% of the patients presents the Anti-Phospholipid Syndrome type I (APS I) while the remaining 66% is affected by the shape of type II (APS II). PTH levels were above the reference values in 44% of patients with APS (35% APS I, 65% APS II), while only 13% of the comparison group presents an increased secretion of parathyroid hormone. The 46% of women with APS have an increased PTH secretion versus 36% of men tested. The χ^2 test is significant with a probability of 99%. The odds ratio was greater than 1 (5.12). The AUC ($p < 0.0006$), revealed the usefulness of the PTH assay associated with the APS.

It was demonstrated the usefulness of the determination of PTH in suspected APS, a high degree of association between abnormal secretion of PTH in females APS affects. The hypersecretion of PTH is associated more APS type II than to APS type I, regardless of gender.



BIOLOGIA DELLA SENESCENZA E PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Cristina Tarabbia Docente Seminari Università di Ferrara
Debora Romano Presidente AIDM Ferrara
AIDM Sezione di FERRARA

L'invecchiamento è un fenomeno eterogeneo multifattoriale irreversibile risultante da una complessa interazione dinamica tra componenti biologiche e fattori socio-culturali. Biologicamente è rappresentato da cambiamenti progressivi in funzione del fattore cronologico (cronoageing) per fattori intrinseci genetico-metabolici, ormonali, immunitari nell'arco della vita, MA correla strettamente con il processo di senescenza, intesa come la risposta programmata adattativa cellulare a "stressors" ambientali, attraverso modificazioni persistenti dell'espressione e della trascrizione di geni che regolano le attività mitogeniche, differenziative, apoptotiche ed omeostatiche delle cellule di tutto il sistema corporeo. L'invecchiamento è dunque un fenomeno epigenetico: l'età cronologica della cellula non è sempre sovrapponibile alla realtà della sua età biologica, poiché la risposta adattativa agli stressors ambientali, inizialmente compensatoria, può innescare meccanismi che anticipano la comparsa del fenotipo senescente rispetto al cronoageing naturale programmato.

La cellula senescente ha un profilo morfologico peculiare: aspetto appiattito ed allargato (flat and enlarged), nuclei irregolari con lobature anomale, mitocondri vacuolati e polimorfi, riduzione del reticolo endoplasmico, accumulo di lipofusina lisosomiale, accumulo di calpaina cerebrale che rimodella e disassembla il citoscheletro ed accumulo di prodotti finali della glicosilazione. Ma soprattutto è una cellula che, pur non crescendo né dividendosi, resta metabolicamente attiva, assumendo un fenotipo funzionale peculiare inizialmente adattativo, che si traduce col tempo in autolesivo: up regulation dei sistemi pro-aging, down-regulation dei geni regolatori la longevità (segnale SIRT, mTOR, ISS), instabilità genomica, accorciamento critico dei telomeri, riorganizzazione spaziale cromatinica del nucleo, metilazione del DNA, espressione di micro RNA associati a senescenza, perdita di proteostasi ed aumento del misfolding, alterazioni del sistema degradativo lisosomiale, ormesi mitocondriale, disregolazione della sensibilità ai nutrienti.

In particolare, assume un particolare profilo secretorio (SASP) rappresentato da un ampio gruppo di specifiche molecole che promuovono stress ossidativo ed un fenotipo infiammatorio sistemico di basso grado, responsabile della comparsa di patologie legate all'invecchiamento.

La conoscenza dei meccanismi molecolari della senescenza ha aperto la strada a prospettive sperimentali accattivanti, tra cui la manipolazione genica per ripristinare l'espressione delle telomerasi, delle sirtuine, oppure l'utilizzo di inibitori mTOR, cellule staminali, ormoni steroidei, dopamina, ad effetto anti-aging su vari tessuti.

Tuttavia, lo studio approfondito delle dinamiche biologiche legate agli aspetti epigenetici della senescenza prospettano la possibilità di promuovere un "rimodellamento funzionale" ambientale favorevole ad un "invecchiamento di successo", inteso come prolungamento non tanto della longevità ma degli anni in "buona salute" psico-fisica, attraverso piani socio-sanitari adeguati che agiscano sull'alimentazione, il microbioma, lo stress, le difese immunitarie, il disagio psico-sociale.

NEUROSCIENZE ED ECONOMIA: MODELLI GENERE-SPECIFICI?

Cristina Tarabbia Docente Seminari Università di Ferrara
Debora Romano Presidente AIDM Ferrara
AIDM Sezione di FERRARA

Lo sviluppo del cervello è scandito da un preciso programma di espressione genica "a tappe" governato dall'epigenetica (programming), che gli conferisce la capacità di adattamento all'ambiente attraverso la modulazione del trascrittoma durante tutto l'arco della vita (plasticity), cui si sovrappongono gli effetti dell'invecchiamento (metabolic aging). Programming, plasticity e metabolic aging attribuiscono al cervello ed al suo funzionamento un significato profondamente dinamico: non più

cellule perenni ed aree corticali deputate a specifiche attività, ma organizzazione morfo-funzionale del cervello in circuiti interconnessi deputati ad una performance.

Le scelte economiche si basano sulla decisione ponderata, un processo mentale peculiare volto ad intraprendere azioni per il raggiungimento di un obiettivo. Tale processo non è solamente cognitivo, frutto di un modello logico sequenziale-deduttivo che richiede analisi delle ipotesi ed individuazione ottimale della strategia operativa, bensì coinvolge un sistema multidimensionale integrato in cui ricordi somatici di esperienze pregresse, sistema cognitivo razionale, norme etiche, convenzioni, intelligenza emotiva e sociale cooperano per orientare decisioni e risposte adattative volte al vantaggio a lungo termine.

Studi funzionali per immagini hanno identificato aree cerebrali che si attivano nel processo decisionale: corteccia prefrontale, amigdala, sistema limbico, aree associative della corteccia parietale, corteccia somato-sensoriale, insula: per quanto ciascuna area sia legata ad una determinata funzione, sono le connessioni reciproche, i circuiti elettrochimici sottesi (glutamatergici, dopaminergici, noradrenergici, GABAergici) l'apporto dei neuroni fusiformi e dei neuroni specchio a costituire un sistema integrato associativo-esecutivo polimodale, plasmabile da feed-back continui, che produce la motivazione su cui si basano la scelta ed i comportamenti output.

Il morphing funzionale sotteso ai processi decisionali è genere-specifico, sia per imprinting genotipico, sia per effetto organizzativo permanente ed attivazionale reversibile degli steroidi sessuali, sia per attività intracrina dei neuroni che producono neurosteroidi.

Durante il processo decisionale, nella donna si attivano maggiormente l'insula, l'ippocampo, la corteccia prefrontale e la corteccia cingolata anteriore, maggiore è l'apporto funzionale dei neuroni specchio e prevalgono funzionalmente i circuiti serotoninergici e noradrenergici. Ciò sembra favorire peculiari attitudini elaborative: la "lettura" migliore di indizi per produrre una risposta adeguata, la preoccupazione nella valutazione delle diverse opzioni, la memoria delle esperienze precedenti, la capacità di correggere gli errori, la valutazione dell'utilità sociale della scelta, l'integrazione con le emozioni e la segnalazione di inadeguatezza delle situazioni.

Invece l'uomo coinvolge maggiormente l'amigdala ed il nucleo BNST, fortemente dimorfo sessualmente, prediligendo i circuiti reward e dopaminergici che, dal punto di vista neurobiologico, sottendono la maggiore propensione al rischio, all'ancoraggio, alla perseverazione dell'azione con scarso feed-back correttivo e soprattutto la maggiore rilevanza della gratificazione nella scelta (arousal).

La moderna neuroeconomia integra i modelli "a rete" studiati dai neurobiologi con i modelli "ad albero" studiati dagli economisti, per ridefinire le teorie economiche: tenendo sempre presenti la complessità e l'eterogeneità delle risposte individuali, per non scivolare nel riduzionismo biologico o nel puro neuroscientismo, sarebbe interessante valutare modelli economici "preferenziali" per genere, che meglio si integrassero con i processi decisionali prevalenti nei due sessi.

RUOLO DEGLI ORMONI SESSUALI NEL DIMORFISMO LACRIMALE

Cristina Tarabbia Docente Seminari Università di Ferrara
Debora Romano Presidente AIDM Ferrara
AIDM Sezione di FERRARA

L'Unità Funzionale Lacrimale (UFL) è quel sistema integrato deputato alla produzione delle tre fasi peculiari che costituiscono il film lacrimale: la componente lipidica (ghiandole di Meibonio) acquosa (ghiandole lacrimali) e mucosa (cellule caliciformi congiuntivali e cellule corneali) ed è regolata da meccanismi neuronali ed ormonali.

La modulazione ormonale non dipende esclusivamente dalla quota circolante, in quanto le cellule dell'UFL possiedono attività intracrina: metabolizzano gli steroidi sessuali e ne esprimono i recettori, connotando la fisiopatologia in modo genere-specifico. Il ruolo degli androgeni è ormai assodato, mentre gli estrogeni producono effetti contraddittori ed ancora poco si conosce sulla regolazione funzionale del progesterone.

Nella ghiandola sebacea del Meibonio, gli androgeni

favoriscono la biosintesi di acidi grassi e lipidi neutri polari nell'epitelio acinare, ostacolano la cheratinizzazione dell'epitelio duttale, modificano la fluidità di membrana e modulano la trascrizione dei neurotrasmettitori impegnati nell'attività secretoria. Gli estrogeni ed il progesterone promuovono la trascrizione di circa 60 geni che modulano la crescita cellulare, lo stato redox, il trasporto degli elettroni e quello di trans-membrana, la vasculogenesi, la regolazione del DNA, i mediatori chimici della flogosi: tuttavia, sembra che il ruolo principale di tali steroidi sia quello di antagonizzare l'effetto metabolico sui lipidi degli androgeni.

Anche nelle cellule delle ghiandole lacrimali sono gli androgeni a giocare un ruolo predominante, in quanto modulano il turnover di acqua, elettroliti e proteine, senza contrasto da parte di estrogeni e progesterone. L'antagonismo tra gli steroidi si realizza invece nella funzione immunitaria del film lacrimale: gli androgeni favoriscono la produzione di IgA secretorie, mentre livelli elevati estrogenici incrementano la sintesi di metalloproteasi MMP-2 e proMMP-9 e di citochine pro-infiammatorie. Inoltre, estrogeni e progesterone determinano sulla membrana degli acini e dei dotti una redistribuzione funzionale delle acquaporine, proteine canale deputate al trasporto trans-membranario di acqua ed elettroliti, promuovendo la secrezione ed il riassorbimento del liquido lacrimale. L'aumento degli steroidi modifica l'espressione dell'isoforma AQP5 acinare, rispetto a quella AQP4 duttale, riducendo il film lacrimale, come accade in gravidanza.

Mentre le ghiandole del Meibonio e lacrimali rappresentano bersagli preferenziali degli androgeni, la congiuntiva e la cornea, deputate alla componente mucosa del film lacrimale, sono influenzate maggiormente da estrogeni e progesterone. La sintesi di circa 19 isoforme di mucina da parte degli androgeni è dose-dipendente: l'iperandrogenismo determina infatti iperplasia delle cellule caliciformi, che sintetizzano una quota ridondante e disfunzionale di proteine filamentose anomale. Invece, gli estrogeni ed il progesterone regolano positivamente gli stadi maturativi dinamici dell'epitelio congiuntivale in relazione alle proprie fluttuazioni fisiologiche, più marcate nella donna, analogamente a quanto avviene nell'epitelio vaginale. Anche in questo caso, l'iperestrogenismo determina un effetto paradossale negativo legato all'effetto pro-infiammatorio mediato dalle citochine e dalle metalloproteasi.

Pur nella complessità del metabolismo steroideo e del cross-talk tra quota circolante, quota intracrina, shift recettoriali e shift genomici, l'impatto fisiopatologico degli steroidi sulla UFL offre un razionale per lo studio e l'impiego di terapie topiche ormonali nella gestione dell'occhio secco.

Differenze di genere nei consumi alimentari nella popolazione residente a Piacenza: nostra esperienza.

Donatella Zavaroni* **Lucia Tagliafichi*** **Daniela Serena****,
Giulia Sartori**, **Giulia Mazzoni****, **Clara Calzarossa****

*Specialista Scienza dell'alimentazione**Medicina Generale
Sezione AIDM di Piacenza

E' ormai dimostrato che una corretta alimentazione consente di mantenere più a lungo un buono stato di salute, prevenire molte malattie croniche e degenerative. Le scelte alimentari sono influenzate da molti fattori culturali e sociali. Esistono sulla tematica linee guida nazionali stilte secondo le evidenze scientifiche. Scopo di questo studio è stato di valutare i consumi e le abitudini alimentari di un campione di popolazione residente a Piacenza, afferente agli studi dei MMG, per scoprire se e in quale percentuale, differenziata per genere, vi siano discrepanze dall'applicazione delle raccomandazioni nutrizionali. Materiali e metodi. Su un campione di 250 persone (120 maschi e 130 femmine) residenti nel comune di Piacenza, età compresa tra 34 e 86 anni (media 58+- 13 DS) è stato eseguito un colloquio col medico con compilazione del questionario INRAN di valutazione abitudini e consumi alimentari. I risultati sono stati inseriti in foglio EXCEL ed elaborati come percentuali differenziate per genere. I risultati sono stati confrontati con le raccomandazioni delle linee guida INRAN per valutarne il grado di adesione. Risultati. Dall'elaborazione dei questionari sono emerse importanti differenze di genere. In particolare risulta negli uomini un consumo di alcool superiore a 2 bicchieri al giorno (64 % vs 43 % delle donne). Il consumo di salumi e formaggi è significativamente superiore dell'uomo (il consumo

settimanale >3 volte nel 68 % vs 37% delle donne per i salumi; per i formaggi consumo settimanale > 4 volte nella settimana nel 71 % degli uomini vs 57 % delle donne. Il consumo di legumi risulta scarso in ambedue i sessi (< 2 volte settimana nel 77% uomini e 65 % donne).

Scarso anche in ambedue i sessi il consumo di pesce (<1 volta alla settimana nel 53% uomini e 62% donne). Il consumo di cereali è simile nei due sessi, con 1-2 porzioni giornaliere per ambedue. Il consumo di dolci e di frutta è superiore nella donna (82% e 91 % consumo giornaliero vs 77 % e 61% negli uomini). I consumi dei pasti avvengono in casa per l'85 % delle donne e il 67 % degli uomini. Negli uomini è elevata la mancanza della prima colazione (54% rispetto all'83 % delle donne). Conclusioni: Le abitudini alimentari del campione purtroppo evidenziano in generale una scarsa applicazione delle raccomandazioni delle linee guida. In particolare risulta un eccessivo apporto di grassi saturi attraverso salumi e formaggi, maggiore negli uomini e di conseguenza un eccesso di sale. L'apporto di fibre attraverso i legumi è tendenzialmente ridotto. Nell'uomo l'apporto di alcolici è in eccesso. Nella donna vi è un maggior apporto di zuccheri semplici attraverso dolci e frutta. L'indagine dimostra la necessità di un'ulteriore sensibilizzazione della popolazione del piacentino perché si adegui a scelte alimentari più corrette.

LA VITAMINA D: NUOVE APPLICAZIONI TERAPEUTICHE

Dr.ssa. Sabina Bitti Ginecologa (libera professione)

Dr. Paolo Giordano Neurologo (libera professione)

Dr. Giusi Manuele Endocrinochirurgia (libera professione)

Sezione AIDM Catania

Negli ultimi 10 anni abbiamo assistito, nella popolazione, ad un incremento esponenziale delle patologie autoimmuni e dall'analisi degli esami di laboratorio di tali pazienti tutti presentano carenza di vitamina D oggi riconosciuta come una pandemia (Holick Clin.Nutr 2008).

In merito alla incidenza territoriale delle Patologie Autoimmuni si assiste ad una inversione di tendenza, negli ultimi anni l'incidenza di tali patologie nel nostro territorio ha avuto un impennata. In Italia si registrano ogni anno 1800 nuovi casi di sclerosi multipla, in Europa i paesi maggiormente colpiti sono Danimarca (227 casi ogni 100mila abitanti), Svezia (189), Ungheria (176), Regno Unito (164).

La carenza di vitamina D è la conseguenza non solo della scarsa vita all'aperto che svolgono adulti e bambini, ma è legata al polimorfismo enzimatico della alfa 1-idrossilasi (CYP1) e al polimorfismo del recettore VDR riscontrato in tali pazienti (European Journal of Endocrinology 2002), i quali presentano un aumento della interleuchina 17 ad azione infiammatoria riscontrata in tutte le Patologie Autoimmuni.

La vitD è un fattore cruciale per il sistema immunitario senza di essa le cellule T non sono in grado di reagire e combattere le infezioni più gravi che minacciano l'organismo (scoperta dai ricercatori dell'Università di Copenhagen). Secondo il modello immunologico attuale, per poter proteggere il corpo dalla minaccia di virus e batteri le cellule T del sistema immunitario devono in primo luogo essere esposte a tracce dell'agente patogeno e vengono presentate dai macrofagi, le cellule T espongono un dispositivo di segnalazione noto come recettore della vitD: ciò significa che la cellula T deve avere a disposizione la vitamina D, o l'attivazione cesserà. Se le cellule T non riescono a trovare sufficiente vitamina D nel sangue, non inizieranno mai ad attivarsi (Nature Immunology pub: le scienze.it/news/2010/03/08)

Questo lavoro è uno studio osservazione preliminare per mettere in evidenza l'efficacia, la tollerabilità e la mancanza di eventi avversi che il protocollo con alte dosi di vitamina D (altresì noto come protocollo Coimbra) ha manifestato e per sollecitare una quantità di studi più approfonditi che noi e, speriamo altri colleghi vogliano intraprendere.

Presenteremo una relazione per:

— descrivere il protocollo Coimbra

— lavoro statistico per censire quanti pazienti negli ultimi 5 anni si sono rivolti al nostro

gruppo di lavoro di medici accreditati per la prescrizione del protocollo

— quali malattie autoimmuni riscontrate

— risultati ottenuti.

Un caso atipico di BPCO

Vittorio M. Viviano¹, Sabrina Caravello², Giuseppe Valenti³
¹ 1-3 P.T.A. Biondo, Centro di Riferimento Regionale per il trattamento dell' asma grave PDTA-BPCO, Distretto Sanitario 42, A.S.P. Palermo. 2 Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Palermo.

Introduzione

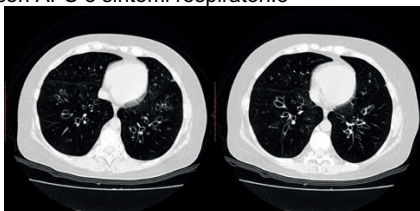
La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è al momento la quarta causa di morte nel mondo, ma le proiezioni la pongono al terzo posto tra le cause di morte entro il 2020. Spesso la prevalenza della BPCO è direttamente correlata all' abitudine al fumo di tabacco, e in molti Paesi anche all' inquinamento atmosferico. . Negli U.S.A. e in Europa il 20-30 % dei pazienti con BPCO coinvolge infatti i non fumatori.^{3,4}

Caso Clinico

Donna, 43 anni, genitori consanguinei, non fumatrice, gentilizio positivo per malattie autoimmuni. A.P. Remota positiva per Alopecia Areata, Tiroidite Autoimmune, IMA Nstemi. Nel Novembre del 2015 ricovero in ospedale per : "Insufficienza respiratoria acuta di tipo II, con severi difetti della perfusione polmonare di natura funzionale in paziente con bronchiectasie, sindrome disventilatoria ostruttiva di nnd e sospetta sindrome poliendocrina autoimmune, cardiopatia ischemica cronica, diabete iatrogeno" . Alla dimissione veniva presa in carico presso il nostro ambulatorio di pneumologia territoriale ai fini di un inquadramento di secondo livello.All' ingresso presentava , dispnea intensa dopo esercizio , tosse catarrale sibili espiratori, risvegli notturni, non praticava terapia inalatoria specifica per malattia ostruttiva. Programma di studio diagnostico sviluppato: spirometria globale, test della diffusione alveolo-capillare del CO (DLCO), test di broncodilatazione farmacologico, washout dell' azoto (deficit ostruttivo molto grave con netta riduzione della DLCO e prova bronco dinamica negativa, congruo incremento delle resistenze delle vie aeree, iperinflazione severa), Six Minute Walk Test positivo per insufficienza respiratoria severa, CAT 22, mMRC 3 ; HRCT del torace Presenza bilateralmente di multiple bronchiectasie prevalentemente tubulariformi, con pareti ispessite, pi ù numerose e di calibro maggiore ai lobi inferiori, senza evidenza di ulteriori alterazioni parenchimali tdm-apprezzabili" ; figura 1); emogasanalisi (ipossiemia moderato/severa, normocapnica). Diagnosi conclusiva: BPCO GOLD IV, insufficienza respiratoria tipo I. Terapia proposta: ossigeno terapia domiciliare 1 l/min a supporto, Umeclidinio bromuro/Vilanterolo 55/22 mcg una inalazione, Fluticasone Propionato 125 mcg una inalazione ore 8.00-20.00, Prednisone 25 mg ½ cp ore 8.00, Free Aspire (sistema Vacuum delle secrezioni) dieci minuti almeno tre volte/die.

Discussione

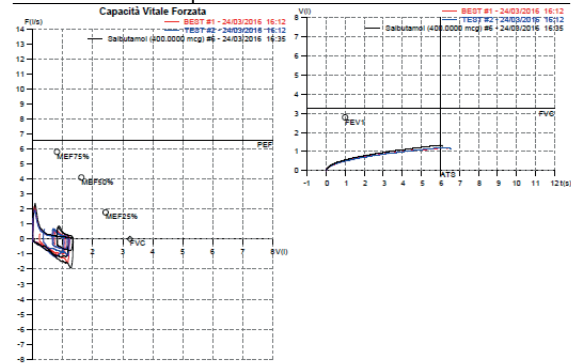
Le bronchiectasie sono un reperto riscontrabile in un significativo numero di pazienti con BPCO severa.⁶ Il riscontro di bronchiectasie, intese come fattore di rischio per BPCO, è strettamente correlato alla progressione del quadro ostruttivo nei non fumatori.⁷ Nei pazienti con Sindrome Poliendocrina Autoimmune (APS) la sintomatologia respiratoria, potrebbe essere ascrivibile alla presenza di autoanticorpi diretti contro l' antigene KCNRG, canale putativo del potassio, riscontrato con alto grado di specificità nell' epitelio delle piccole vie aeree in pazienti con APS e sintomi respiratori.⁸



Conclusioni

Alla luce delle evidenze presenti in letteratura, la nostra ipotesi diagnostica per la paziente riguarda un probabile coinvolgimento polmonare di natura funzionale nel contesto di una Sindrome Poliendocrina Autoimmune (APS). I pazienti affetti da APS con sintomi respiratori presentano, oltre ad un marcato peggioramento della funzionalità respiratoria, anche una consistente diminuzione della vita media, con exitus in età

precoce. L' obiettivo in questi pazienti è quello di inquadrare precocemente il processo patologico al fine di impostare un piano terapeutico efficace che possa migliorare la qualità di vita ed aumentarne le aspettative.



Parametro	UM	Descrizione	Teor.	BEST#1	%Teor.	TEST#2	%Teor.	POST#6	%Teor.
Best FVC	L	FVC migliore	3.24	1.23	38	1.23	38	1.36	+10.3
PVC	L	Capacità Vitale Forzata	3.24	1.23	38	1.23	38	1.36	+10.3
FEV1	L	Volume Espirato dopo 1 sec	2.79	0.54	19	0.53	19	0.59	+7.7
PEF	lsec	Più di Flusso Espiratorio	4.40	2.17	33	1.91	29	2.37	+9.3
FEV6	L	Volume Espirato dopo 6 sec	3.42	1.21	33	1.21	33		
PIF	lsec	Più di Flusso Inspiratorio	1.41			1.11		1.91	+19.0
FEV1/FVC%	%	FEV1 come percentuale della VC	81.1	44.2	54	43.2	53	43.2	-2.3
FEV1/PVC%	%	FEV1 come percentuale della VC	81.1	45.2	56	44.1	54	48.7	+7.7
FEV6/FVC%	%	FEV6 come percentuale della VC	96.6			99.7			
FEV1/FEV6%	%	FEV1 come percentuale dell'FEV6	44.9			43.9			
FEF25-75%	lsec	Flusso Esp. medio 25%-75% FVC	3.53	0.22	6	0.21	6	0.23	+7.3
MEF75%	lsec	Flusso Esp. al 75% della FVC	5.89	0.54	9	0.51	9	0.56	+3.0
MEF50%	lsec	Flusso Esp. al 50% della FVC	4.10	0.23	6	0.23	6	0.24	+7.1
MEF25%	lsec	Flusso Esp. al 25% della FVC	1.77	0.14	8	0.15	8	0.15	+7.9
FEF100%	lsec	Flusso Esp. al 100% della FVC	6.1			6.1		6.0	-1.9
PEFR	l/min	Più di Flusso Espiratorio (l/min)	395.7	130.3	33	114.6	29	142.4	+9.3

Diagnosi:
Deficit ostruttivo molto grave non reversibile DLCO congruentemente ridotta 47% FRC 137% iperinflazione severa. Incremento moderato delle resistenze delle vie aeree.

Bibliografia

- 1.1.STRATEGIA GLOBALE PER LA DIAGNOSI, IL TRATTAMENTO E LA PREVENZIONE DELLA BPCO (report 2017), disponibile su http://goldcopd.it/wp-content/uploads/materiali/2017/GOLD_workshop_report_2017.pdf
2. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. Am J Respir Crit Care Med. 2017 Mar 1;195(5):557-582.

TREND SPOSTAMENTI NEL TRATTAMENTO DEL K MAMMELLA: ANALISI DEI DATI E POSSIBILE RIDUZIONE DEL PLANNING TARGET VOLUME (PTV)

M. Gabriella Di Girolamo - Lucia Ognibene

Dipartimento di radiologia e radioterapia clinica - UNICH
Centro di Medicina Nucleare e Radioterapia San Gaetano - Bagheria - AIDM Sezione di Palermo

SCOPO: Analisi dei dati delle immagini portali (EPID) effettuate per le pazienti con carcinoma della mammella valutando la possibilità di una riduzione del planning target volume (PTV), con conseguente risparmio degli organi a rischio (OAR) e minore tossicità.

MATERIALI E METODI: Lo studio include 80 pazienti (PZ) con carcinoma della mammella sottoposte a chirurgia conservativa e a radioterapia (RT) con intento adiuvante. Il Clinical Target Volume (CTV) è stato definito aggiungendo un'espansione di 0,50 cm alla ghiandola mammaria residua. Il Planning Target Volume (PTV) veniva definito aggiungendo un margine di 1 cm. Le EPID sono state effettuate per le prime 3 sedute di RT valutando i valori medi di traslazione nelle 3 direzioni (X,Y,Z) e a seguire 2 volte a settimana per tutta la durata del trattamento radiante.

RISULTATI: Sono stati registrati spostamenti superiori a 0,5 cm solo nel 4% dei casi, di 0,6 cm nell' 1,7% dei casi, di 0,7 cm nell'1% dei casi e di 0,8 cm nello 0,8% dei casi (tab1).
CONCLUSIONI: Possiamo affermare che, sulla base della nostra esperienza, del campione raccolto e dei risultati ottenuti, è possibile ridurre il margine PTV da 1 cm a 0,8 cm in tutte le direzioni, garantendo in tal modo una contrazione del volume bersaglio e una riduzione dell'area irradiata, senza perdere il raggiungimento della dose ottimale terapeutica nell'organo bersaglio, ma con un miglioramento globale dei constraints di dose e, conseguentemente, risparmio degli OAR e minore tossicità.

Tab1.

Spostamenti >0,5 cm			Spostamenti > 0,6 cm		
Y	X	Z	Y	X	Z
0,60%	0,80%	2,10%	0,20%	0,40%	0,60%
Spostamenti > 0,7 cm			Spostamenti > 0,8 cm		
Y	X	Z	Y	X	Z
0,20%	0,20%	0,50%	0,10%	0,00%	0,20%

PROSPETTIVE FUTURE: sin dal momento della prima visita, o successivamente al momento della SimulTC, è possibile individuare soggetti che potranno avere uno spostamento maggiore durante il trattamento radioterapico, legato a una particolare patologia o conformazione, psichica e/o fisica del paziente.

Un ulteriore step di controllo potrebbe essere la verifica dei primi giorni di trattamento, onde individuare eventuali vizi permanenti di posizionamento, atteggiamenti preferenziali, stati ansiosi o dolorosi.

Anoressia Maschile versus Anoressia Femminile: stesso Paradigma?

Santini Annamaria Chiara

Institut de pédopsychiatrie et de neuropsychiatrie; Université Caen Normandie, France

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), la sezione relativa al disturbo alimentare viene rinominata "Feeding and Eating Disorders" e rappresenta tre disturbi alimentari: anoressia nervosa (AN), bulimia (BN) e disturbo da alimentazione incontrollata (BED). L'anoressia nervosa (etimologicamente: rifiuto di mangiare) è stata definita, per più di un secolo, dalla triade sintomatica: perdita di peso, amenorrea e anoressia. Studi epidemiologici mostrano che l'anoressia è una patologia prevalentemente femminile e che i dati riportati in letteratura sull'incidenza della stessa sui maschi sono ad oggi ancora troppo scarsi (Bulik CM 2006; Woodside DB 2001). Il soggetto affetto da anoressia nervosa presenta disturbi dell'immagine corporea. La dismorfofobia svolge un ruolo importante nel mantenimento del disturbo e nella patogenesi della malattia. L'amenorrea rientra tra i criteri diagnostici fino alla pubblicazione dell'ultima versione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Questo sintomo, talvolta collegato all'utilizzo della pillola anticoncezionale, è stato oggetto di diversi dibattiti, in quanto può mascherare la scomparsa delle mestruazioni, tale criterio diagnostico risultava ovviamente non utilizzabile per i soggetti maschili. Fino al 2013, anno in cui è stato pubblicato il DSM V, l'incidenza di questa patologia nel sesso maschile è stata sottostimata. Secondo il manuale DSM-IV, la prevalenza era negli uomini circa dello 0,3% (Raevuori A 2009) e risultava tra lo 0,28% e 2,2% nelle donne (Keski-Rahkonen 2007,) Più recentemente, Philippa Hay e coll hanno condotto uno studio su una coorte di adolescenti australiani nel quale è stata riscontrata una prevalenza del 15% per le ragazze e del 3% per gli uomini. Questi dati confermano cambiamenti sostanziali dell'approccio alla diagnosi all'interno della comunità di ricerca scientifica. Un'altra analisi importante dell'anoressia maschile è stata pubblicata da Raevuori e dai suoi colleghi nel 2009. Questi autori hanno valutato una coorte di gemelli in Finlandia, riscontrando un'incidenza di 15,7 per 100.000 persone l'anno nel gruppo di età 10-24 (Raevuori A. et al 2009). Lo studio ha mostrato che l'incidenza del disturbo nelle donne era nettamente più alta che negli uomini, con un rapporto di 9 a 1 nella stessa fascia di età. Lo stesso studio ha riscontrato che la differenza di prevalenza tra i due sessi era meno marcata. Un altro studio pubblicato nel 2011 ha valutato 484 pazienti, gli autori hanno valutato il decorso del disturbo per 13 anni di follow-up (Rigaud 2011). I loro risultati potrebbero permettere di confrontare la cronicità del disturbo in entrambi i sessi. Tra tutti pazienti considerati nello studio (484) solo 22 erano uomini, questo dato risulta un grosso limite nel condurre analisi significative per quanto riguarda il sesso maschile. Per queste ed altre ragioni è complicato confrontare i due sessi. La grossa disparità tra il valore dell'incidenza e i risultati di prevalenza ci

porta a riflettere sui risultati attesi. La maggiore cronicità del disturbo negli uomini può essere la causa di questa disparità?

Bibliografia

Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, et al. (2006) Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 63: 305–312. 2.
Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. (2017) Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. J Eat Disord. 2017 Jul 3;5:21. doi: 10.1186/s40337-017-0149-z. eCollection.
Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik CM, Kaprio J, Rissanen A. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry. Aug;164(8):1259-65.
Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A (2009) Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. PLoS One 4-2:doi: 10.1371/journal.pone.0004402. Epub 2009 Feb 10.
Rigaud DJ, Brayer V, Roblot A, Brindisi MC, Vergès B. Efficacy of tube feeding in binge-eating/vomiting patients: a 2-month randomized trial with 1-year follow-up. (2011) JPEN J Parenter Enteral Nutr. May;35(3):356-64. doi: 10.1177/0148607110382422
Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, et al. (2001) Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. Am J Psychiatry 158: 570–4

Importanza della diagnosi precoce e dell'inerzia terapeutica nella gestione del Diabete Mellito di tipo 2: una questione di genere.

M. Rubino, A. Accoti

Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", U.O.C. di Medicina Interna, Catanzaro

Nell'ambito delle malattie croniche il Diabete Mellito di tipo 2 presenta una prevalenza su scala mondiale di oltre 400 milioni di soggetti affetti. La lotta al Diabete è una delle tre emergenze sanitarie identificate dall'Organizzazione delle Nazioni Unite e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Si definisce medicina di Genere "la scienza che studia l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna". Infatti, in medicina, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca scientifica, il tema delle "differenze di genere" è storia recentissima.

Il Diabete è una malattia complessa, sistemica e da affrontare in maniera aggressiva ed immediata. Esistono numerose evidenze che permettono di definire il diabete come "Equivalente Cardiovascolare"; il paziente diabetico infatti presenta lo stesso livello di rischio di malattia cardiovascolare (CVD) di un soggetto non diabetico con pregressa CVD. Evidenze crescenti inoltre, hanno dimostrato come le complicanze microvascolari si sviluppino già nella fase di "prediabete". Pertanto è necessario raggiungere un ottimale controllo glicemico precocemente in virtù della cosiddetta "Memoria Metabolica". Infatti è noto che l'iperglicemia cronica è la conseguente alterata omeostasi cellulare determina danno vascolare e disfunzione multi-organi per eccesso di glicazione non enzimatica delle proteine e della glicossidazione. Nell'ambito della medicina di genere è rilevante la presenza di fattori di rischio non tradizionali, specifici del sesso femminile. La possibilità di applicare una terapia precoce e personalizzata, tra le numerose opzioni terapeutiche oggi disponibili, consente di adattare il trattamento antidiabetico al singolo soggetto e di superare gli ostacoli dell'inerzia terapeutica, fenomeno assai diffuso, che contribuisce al mancato raggiungimento del buon compenso glicometabolico ed allo sviluppo delle note complicanze macro e microvascolari, che, in una malattia clinicamente silente, si manifestano tardivamente.



LA PERCEZIONE DEL FENOMENO DELLA SOVRAMEDICALIZZAZIONE DA PARTE DEI MEDICI ITALIANI

Alise Marco, Carollo Donata, Gennaro Paola, Giambanco Salvatore, Giuffrè Paolo, Salerno Ylenia, Mangione Marcello Massimo, Muratori Rosalba (MMG -AIDM Palermo)

INTRODUZIONE-OBIETTIVI La variazione di percezione di salute e la richiesta di interventi diagnostico terapeutici sempre più pressante può determinare un'eccessiva o non necessaria utilizzazione dei servizi sanitari con negative ripercussioni sulla salute e sulla economia sanitaria. Questo fenomeno è definito come sovramedicalizzazione e comprende sia la sovradiagnosi che il sovratrattamento.

La Prevenzione Quaternaria è lo strumento da utilizzare per identificare la popolazione a rischio di sovramedicalizzazione ed è utile a proteggerla da interventi aggressivi e suggerire alternative eticamente accettabili per evitare danni ai pazienti. Sono fenomeni in continua espansione perché il confine tra salute e malattia è sempre più sottile ed alcuni processi fisiologici come l'invecchiamento sono comunque considerati patologici e quindi da medicalizzare. La maggiore disponibilità di mezzi diagnostici sempre più sofisticati espone a rischio di sovradiagnosi individuando come patologica una condizione clinica che di fatto non avrebbe avuto una evoluzione negativa per la salute. Il conseguente sovratrattamento non è scevro di rischi per la salute e genera costi insostenibili. Questi fenomeni sono ancora scarsamente conosciuti e non ancora adeguatamente studiati durante l'iter formativo universitario. Il nostro obiettivo è stato quello di valutare quanto essi e la terminologia correlata fossero conosciuti dalla classe medica. Per una migliore valutazione di quanto il fenomeno condizioni le scelte e le strategie assistenziali, si è operata una attenta revisione della letteratura su alcune importanti patologie tra cui i tumori della mammella, tiroide e cervice uterina e anche l'embolia polmonare, la demenza, la malattia renale cronica e l'ADHD.

METODI: E' stato somministrato un questionario rigorosamente anonimo a Medici di diversa tipologia (MMG, PLS, Medici Dirigenti, Specialisti Convenzionati Territoriali, medici del Corso di Formazione Specifica MG) con quattro item: a) dati professionali; b) conoscenza della terminologia; c) percezione del problema con riferimento ad alcune patologie; d) valutazione ed effetti sulla propria attività professionale in relazione al problema della sovramedicalizzazione.

RISULTATI: L'adesione alla ricerca è stata maggiore nelle regioni del Sud Italia, seguite dalle regioni del Nord e da quelle del Centro. La maggiore adesione è stata dei medici del territorio (MMG, PLS, e Medici in Formazione Specifica MG), per il 70% complessivamente. L'età media del campione è stata di 51 anni. Più della metà degli intervistati ha ammesso episodi di sovramedicalizzazione nella propria attività quotidiana. L'84% degli intervistati conosceva il termine, ma solo il 51,7% rispondeva con appropriatezza alla definizione.

CONCLUSIONI: La consapevolezza dei rischi della Sovramedicalizzazione in un periodo di limitate risorse è un obbligo formativo non procrastinabile per una seria Economia Sanitaria. Una corretta Advocacy delle Istituzioni Sanitarie potrebbe influenzare positivamente gli operatori sanitari arginando il fenomeno. La pratica della Medicina Narrativa altresì consente di tutelare il rapporto medico paziente che è un pilastro del rapporto fiduciario e un antidoto al devastante fenomeno della Medicina Difensiva, una delle principali cause di Sovramedicalizzazione.



Indice degli autori (1° nome)

N.	Cognome e Nome	Pag.
1)	Alise Marco	p.26
2)	Baggio Giovannella	p. 4
3)	Barone Stefania	p. 16
4)	Bitti Sabina	p. 23
5)	Castellano Anna	p. 7
6)	Catania Rosolino	p. 7
7)	Chiarioni Laura	p. 2
8)	Coles Jan	p. 3
9)	Di Girolamo Maria Gabriella	p. 24
10)	Di Leo Maria Tiziana	p. 8
11)	Di Munno Ombreta	p. 5
12)	Ermio Caterina	p. 1;4
13)	Fabre Clarissa	p. 2
14)	Falco Carlo Emilio	p. 20
15)	Ferrara Clara	p. 5;6
16)	Fizzotti Gabriella	p. 9
17)	Gaozzo Giovanni	p. 8
18)	Garofalo Arcangela	p. 9
19)	Garro Elena	p. 9
20)	Grosso Maria Susetta	p. 10
21)	Gualtieri Luana	p. 10
22)	Guerra Michelina	p. 11
23)	Guglielmotti Enrica	p. 13
24)	Iurlo Alessandra	p. 18
25)	Kyung Ah Park	p. 4
26)	Lanza Laura	p. 20
27)	Laurentaci Concetta	p. 12
28)	Lovero Gianvito	p. 14
29)	Malara Giovanna	p. 14
30)	Mandrini Silvia	p. 19
31)	Manghi Mara	p. 14
32)	Marchiori Debora	p. 14
33)	Marino Silvia	p. 6;15;16;
34)	Mirabelli Carla	p. 17
35)	Papalia Teresa	p. 18
36)	Pettinicchi Maria Clotilde	p. 20
37)	Pfleiderer Bettina	p. 1;2
38)	Puzzo Daniela	p. 4
39)	Quaquarini Erica	p. 18
40)	Romano Debora	p. 3
41)	Rubino Mariangela.	p. 25
42)	Santini Anna Chiara	p. 25
43)	Sbisà Paola	p. 21
44)	Shelley Ross	p. 1
45)	Sorce Rosalia Maria	p. 6
46)	Strada Maria Rosa	p. 19
47)	Tarabbia Cristina	p. 22
48)	Vezzani Antonella	p. 2;4
49)	Vitagliano Amerigo	p. 21
50)	Viviano Vittorio	p. 24
51)	Zavaroni Donatella	p. 23



Segreteria Organizzativa

COLLAGE S.p.A.

Via U. Giordano, 37/A - 90144 Palermo - Tel. 091 6867.401 - Fax 091 9889354
e-mail: info@collage-spa.it - web: www.collage-spa.it