# SCIENZA SALUTE e DONNA

## INNOVAZIONE SCIENTIFICA NELLA MEDICINA DI GENERE

Venerdì, 26 maggio 2017
Innovazione scientifica e ricerca medica

Sabato, 27 maggio 2017
Innovazione in tema di Alimentazione, Ambiente, Epigenetica
Innovazione in Cardiologia, Pneumologia, OtorinolaringoiatriaInnovazione in Cardiologia, Pneumologia, Otorinolaringoiatria
Dolore e genere
Obiettivi di salute
Innovazione e ricerca nella vita fertile

Domenica, 28 maggio
I progetti scientifici AIDM: ricerca e sperimentazione – il contributo delle Donne Medico

# ABSTRACT

# RELATORI MODERATORI E DISCUSSANT

Antonietta ACCOTI - Catanzaro - Donatella BALLARDINI - Bologna
Marilù BARTIROMO - Firenze - Francesca BUONOMO - Trieste
Ernesto BURGIO - Bruxelles, Belgio - Silvana CAPASSO - Napoli
Ornella CAPPELLI – Parma - Rita CECCHERINI - Trieste
Hellas CENA - Pavia - Luigia CHIRICO - Terni
L. CIOTTA Gabriella CLARICH - Trieste - Eliana DI GIOIA - Bari
Grazia DI LEO - Trieste - Claudia DI NICOLA - Avezzano
Caterina ERMIO - Lamezia Terme - Francesco FANFULLA - Pavia
Mariasusetta GROSSO - Torino - Luana GUALTIERI - Lecce
Michela GUERRA - Modena - Laura LANZA - Voghera
Concetta LAURENTACI - Matera - Maria Caterina MANCA - Bologna
Silvia MANDRINI - Lodi - Gabriella MARCON - Udine, Trieste
Silvia MARINO - Messina - Massimo MASCHIO - Trieste
Lorenza MAZZEO - Messina - Vincenzina MAZZEO - Ferrara
Luisa MAZZOTTA - Lucca - Antonio MILICI - Catania
Elisa MORRONE - Pavia - Patrizia MUCCIOLI - Trapani
Ferdinando NICOLETTI - Catania
Laura Miriam PALLOTTA - Ascoli Piceno - Teresa PAPALIA - Cosenza
Giuseppina PLAITANO - Salerno - Claudia PRICOCO - Catania
Debora ROMANO - Ferrara - Francesco ROSSI - Firenze
Concetta RUBINO - Palermo - Anna RUGGIERI - Roma
Paola SBISÀ - Trieste - Luigia SERIO - Brindisi
Roberta SITULIN - Trieste - Emilia SOLINAS - Parma
Nicola SORRENTINO - Milano - Gabriella TANTURRI - Torino
Elisa TANZILLI - Roma - Cristina TARABBIA - Ferrara
Gabriella VAGLIERI - Trieste - Alessandro VENTURA - Trieste
Antonella VEZZANI - Parma - Carolina VICARI - Palermo
Vittorio Maria VIVIANO - Palermo
Serena ZACCHIGNA - Trieste Gabriella ZITO - Trieste

## ELENCO ABSTRACT
## (in ordine alfabetico per sezioni AIDM)

**AIDM ASCOLI PICENO**

**FEMININE GENDER ODONTOSTOMATOLOGY : CLINIC AND PRACTICE**
Laura Miriam Pallotta, Medico dentista

**AIDM BOLOGNA**

**ASPETTI PSICOLOGICI NELLA SINDROME DA FATICA CRONICA. DISTRIBUZIONE DI GENERE DI ANSIA E DEPRESSIONE**
Dorella Scarponi, Medico Psicoterapeuta Andrea Pession, Direttore Pediatria Francesco Valerio Violante, Direttore Medicina del Lavoro Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

**AIDM BOLOGNA**

**RUOLO DELL'AIDM BOLOGNA NELLA PREVENZIONE DELL'ICTUS CEREBRI, PATOLOGIA DI GENERE**
Margherita Arcieri Presidente AIDM Bologna,
Maria Giuseppa Algieri Vicepresidente
Elvira Basabar - socia Maria Carmela Bruno - socia
Olga Coronado - consigliera
Federica Di Conca - socia Simonetta Fabbri - socia
Marina Farinelli - socia, presidente ALICE Bologna
Silvana Grandi, Dipartimento Psicologia – Unibo
Rossella Francesca Marra - socia Vlada Voloh Vodovai - socia

**AIDM BRESCIA**

**PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA HPV: ASSOCIARSI E CONDIVIDERE È LA CHIAVE**
Antonella Savio (1,2), Emanuela Prati (3,2) Barbara Nardi (4,5) Delia Vergadoro (3,5) Graziella Iacono (6, 2) Elena Demarziani (7,5) 1 Medico anatomopatologo 2 AIDM Brescia 3 Medico ginecologo 4 Medico cardiologo 5 Soroptimist International Club Milano Fondatore 6 Medico neonatologo 7 Dottore commercialista esperta di aziende sanitarie pubbliche e private

**AIDM FERRARA**

**IMAGING BIOMARKERS NEL RISCHIO CARDIO-VASCOLARE: "ARTERIAL STIFFNESS". DIFFERENZE DI GENERE**
Dott.ssa Debora Romano, specialista in Chirurgia Generale

**AIDM FERRARA**

**CUTE E MICROBIOMA**
Isabella Romani, Specialista in Dermatologia e Venereologia

**AIDM FERRARA**

**IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS NEL BAMBINO**
Dina Benetti, Specialista in Neuropsichiatria infantile-sezione

**AIDM FERRARA**

**IMAGING BIOMARKERS NEL RISCHIO CARDIO-VASCOLARE: ISPESSIMENTO INTIMALE DIFFUSO DIFFERENZE DI GENERE**
Dott.ssa Debora Romano, specialista in Chirurgia Generale

## ELENCO ABSTRACT
## (in ordine alfabetico per sezioni AIDM)

**AIDM FERRARA**

**OFTALMOLOGIA E GENERE**

Prof. Vincenzina Mazzeo Libero professionista Ferrara e Belluno
Prof. Associato Aggiunto Weill Medical College Cornell University
New York -NY USA

**AIDM FIRENZE**

**NEW MARKERS IN ASSESSING CARDIOVASCULAR RISK PROFILE IN KIDNEY TRANSPLANT WOMEN**

M. Bartiromo, A. Becorpi , M.Boddi, T.Bocci, E. Donnarumma, M.Cirillo, C.Fatini E. E.Minetti

**AIDM FOGGIA**

**ASPETTI ETICI NEL TRAPIANTO DI ORGANI**

Dott. Garrubba Maria Membro Comitato Etico AIDM Nazionale

**AIDM LECCE**

**L'INFERTILITÀ IN MEDICINA GENERALE: PERCEZIONE DELLA PROBLEMATICA NELLA DONNA IN ETÀ FERTILE E NEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

Maria Elisa De Luca* Luana Gualtieri* * Medico di Medicina Generale

**AIDM MESSINA**

**LA DEPRIVAZIONE DI SONNO IN PAZIENTI EPILETTICI: UNO STUDIO FMRI E EEG**

Silvia Marino1,5, Emanuele Cartella2, Simona De Salvo2, Lilla Bonanno3, Nunzio Muscarà2, Placido Bramanti4, Francesca Arcadi1,5, Carmela Rifici1,5, Rosa Maria Petrelli5, Lorenza Mazzeo5,6 1. Medico Neurologo IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina 2. Tecnico di Neurofisiopatologia IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina 3. Matematico IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina 4. Direttore Scientifico IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina 5. Sezione AIDM Messina Peloro Medico Anestesista IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina

**AIDM PALERMO**

**ADOLESCENZA E CONTRACCEZIONE**

Dr. Carolina Vicari* - Dr. Emanuela Ognibene** Sezione AIDM - Palermo * Dirigente Medico U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo - * Delegata AIDM - Regione Sicilia ** Assistente in Formazione U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo

## ELENCO ABSTRACT
## (in ordine alfabetico per sezioni AIDM)

**AIDM PALERMO**

**FARE RETE CONTRO LA VIOLENZA: COMPETENZE DEI CAREGIVER NELL'AZIENDA OSPEDALIERA**

Dr. Carolina Vicari* - Dr. Emanuela Ognibene** Sezione AIDM - Palermo * Dirigente Medico U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo - * Delegata AIDM - Regione Sicilia ** Assistente in Formazione U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo

**AIDM PALERMO**

**LE FRATTURE DA FRAGILITÀ IN SICILIA. DATI RETROSPETTIVI ANNO 2014-2015**

Antonietta Matina, Maria Gabriella Di Girolamo, Ornella Ferrara AOU Policlinico-Clinica Ortopedica e Traumatologica, Università di Palermo Dirigente Medico I LIV.

**AIDM PAVIA**

**QUANDO IL TEST GENETICO GENERA MALATTIA: UN CASO CLINICO PER RIFLETTERE**

Quaquarini Erica1, Mandrini Silvia2, Strada Maria Rosa3, Lanza Laura4, Carlo Falco4, Cartesegna Stefano4 1Oncologia ICS Maugeri Pavia, 2Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi, 3Oncologia Città di Pavia, 4Otorinolaringoiatria ASST Pavia, 5Medicina Generale Pavia.

**AIDM PAVIA**

**UTILITÀ DELLA MEDICINA GENERALE DI GRUPPO NELL'IMPLEMENTARE L'ADESIONE AI TEST DI SCREENING SUL TERRITORIO** Mandrini Silvia1, Cartesegna Stefano2, Laura Lanza3, Carlo Falco3, Quaquarini Erica4. 1Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi, 2Medicina Generale Pavia, 3Otorinolaringoiatria ASST Pavia, 4Oncologia ICS Maugeri Pavia.

**AIDM PAVIA**

**OSAS: NECESSITÀ DI MODALITÀ DI INDAGINE DEDICATE PER IL GENERE FEMMINILE**

Falco Carlo1, Lanza Laura1, Quaquarini Erica2, Cartesegna Stefano3, Mandrini Silvia4. 1Otorinolaringoiatria ASST Pavia, 2Oncologia ICS Maugeri Pavia, 3Medicina Generale Pavia, 4Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi.

**AIDM PAVIA**

**VERTIGINE POSIZIONALE BENIGNA RICORRENTE E DEFICIT DI VITAMINA D: UNA CORRELAZIONE CHE FREQUENTEMENTE INTERESSA LA DONNA**

Falco Carlo1, Lanza Laura1, Cartesegna Stefano2, Mandrini Silvia3. 1Otorinolaringoiatria ASST Pavia, 2Medicina Generale Pavia, 3Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi

## ELENCO ABSTRACT
## (in ordine alfabetico per sezioni AIDM)

**AIDM PAVIA**

**SPORT ED 'INTEGRAZIONE SOCIALE DOPO DISABILITA. DUE ESPERIENZE AL FEMMINILE**

G. Fizzotti*, MR Gualea°, M. Manera^, I. Giorgi^. *Unità Spinale °Centro Interdipartimentale di Biologia e Medicina dello Sport Università degli Studi di Pavia ^Servizio di Psicologia Istituti Clinici Scientifici Maugeri Pavia.

**AIDM ROMA CENTRO**

**L'ATTENZIONE ALLA DONNA NELL'ESPERIENZA DELLA GRAVIDANZA A CURA DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA PERINATALE DELL'U.O.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE CRISTO RE DI ROMA**

Angela Maria Mastromatteo1,3, Flavia Adalgisa Distefano1, Barbara Bagnato1, Barbara Alessandra Miraglia1, Donatella Chiarelli1, Antonella Triggiani1, Veronica Toppi2, Valentina Giordano2, Carlo Piscicelli1, Gabriella Nasi1,3 1 Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A. Roma 2 Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicosomatica dell'Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A Roma 3

**AIDM TERNI**

**RUOLO DELLA RADIOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE ONCOLOGICO**

Dr.ssa Luigia Chirico, Radioterapia Oncologica, Ospedale, Terni

**AIDM TIRRENO MILAZZO**

**I LIVELLI DI VISFATINA QUALI PREDITTORI DI VAMPATE IN DONNE IN MENOPAUSA CON SINDROME METABOLICA**

Alessandra Bitto1,2, Francesco Squadrito1, Rosamaria Petrelli2 1Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Messina 2AIDM, Tirreno Milazzo (ME)

**AIDM TORINO**

**L'AGOPUNTURA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA**

Dott.ssa Gisella Airola - Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia – S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia 1 – O.I.R.M. S.Anna – Torino

**AIDM TORINO**

**CENTRO DI PRIMO LIVELLO PER LA DIAGNOSI E CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) IN ETÀ EVOLUTIVA**

Silvia Drago - medico psichiatra-NPI , AIDM Torino; Silvia Gervasio - medico dietologo

**AIDM TORINO**

**DALLE SOSTANZE AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, ALL'INDUZIONE DI NEOPLASIA**

Laura Ferrara medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Tiziana Borsatti medico specialista in Anestesia e Rianimazione

## ELENCO ABSTRACT
## (in ordine alfabetico per sezioni AIDM)

**AIDM TORINO**

**FOCUS SULLA MEDICINA DI GENERE IN PIEMONTE**
Gabriella Tanturri- Otorinolaringoiatra Teresa Sorrentino – Radiologa

**AIDM TORINO**

**PROGETTO STEREOTIPI DI GENERE IN MEDICINA**
Dr.ssa Gabriella Tanturri Otorinolaringoiatra – dr.ssa Mariasusetta Grosso Medico Igiene e Sanità Pubblica

**AIDM TORINO**

**ATTUALITÀ DI UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI NEL SESSO FEMMINILE**
Mariagrazia Sclavo,Cardiologia Istituto Monzino,Ivrea; Gabriella Tanturri, Otorinolaringoiatra

**AIDM TORINO**

**STUDIO DELLA DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI/DELLE DIPENDENTI DELLA EX A.O.U.SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO NEL TRIENNIO 2010-2012**
(a cura di un gruppo di lavoro del cug del presidio Molinette cui partecipano medici, biologhe, tecniche di laboratorio, amministrative) Maria Teresa Sorrentino Radiologia Ospedaliera CItta' della Salute e della Scienza di Torino

**AIDM TRIESTE**

**LUCI ED OMBRE SULLA DIETA MEDITERRANEA**
dr.ssa Paola Sbisà Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione

# FEMININE GENDER ODONTOSTOMATOLOGY : CLINIC AND PRACTICE

*Laura Miriam Pallotta, Medico dentista, sez. AIDM Ascoli Piceno*

The Odontostomatologist faces and solves, in the daily clinical practice, Oral healty, functional and esthetic problems.

Obviously, Esthetics is important nowdays, more than in the past: having a nice smile and a better personal wellness constitues an atout!

Today, through modern appliances and tecniques, is possible to obtain results of excellence.

Neverthless, the Professional Oral Doctor taking care of a woman in her long life course, has to face specific gender depending pathologies, besides the common ones.

In fact,since 10/12 years old female patients show symptoms as gingivitis and tooth mobility as menarca's premonitory signs.

The use of anticonceptional drugs in adolescence even, as anti acne therapy also , makes an hormonal overdose, in uncomplete growth girls.

Strong restrictive diets also may produce alveolar bone modifications, gumming fragility and tooth mobility .

Genital appliance disendocrinopathologies, thyroiditis and other glands's pathologies may give gingival aedemas, gum's blooding, periododontal tissues pathologies.

Pregnancy and ovaric stimulations ( quite common practice nowdays), make other sexual hormone overdose, that may produce gumming transitory blooding which may present light, medium or severe hypertrophies, with spontaneous blooding,or stable crest bone loss.

Sometimes pregnancy pemfigoes are observed.

Premenopausa and menopausa also, going forward on life, constitue a dramatic sexual hormone loss for female body; fauci's dryness and Ca++ methabolism variations often appear; humour disturbs, excessive temperature tooth sensibility variations may also occour.

Biphosphonate therapy, as in another article treated , neverthless gives a help against ostheoporosis , has many negative consequences.

However , in the woman oral cavity, endoosseus implant rehabilitation results more complicated and sometimes it is really compromised; certainly specific protocols following is necessary , according dose, modality and times of therapy.

Immune deseases chapter has to be faced also, as LES, Sjogren Sindrome et alia, that feminine gender affect 80% and more. In these cases oral pain, burnt mouth and disgeusia also may occour.

Furthermore Odontostomatologist has to take care of artriti's complications; Artritis is more frequent in feminine gender.

Ligamentums laxity , despite phisiological expression beeing, may expose woman at ATM Sindrome desease developing; so ATM Sindrome has to be recognised and carefully valued also.

ATM Sindrome may appear as a simply painless sound, or click, or pop and, in the more severe cases, with a painful opening or closing mouth impossibility.

Currently it has to be confirmed that careful Odontostomatologist has an important task and he also has new challenges and new problems, taking care of Woman's health.

Furthermore He has always to mantein the goal to keep and improve woman health life long, concerning her mouth, her stomatognatic apparatus and her smile also.

**ASPETTI PSICOLOGICI NELLA SINDROME DA FATICA CRONICA. DISTRIBUZIONE DI GENERE DI ANSIA E DEPRESSIONE**.

*Dorella Scarponi, Medico Psicoterapeuta*
*Andrea Pession, Direttore Pediatria*
*Francesco Valerio Violante, Direttore Medicina del Lavoro*
*Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna*

*Sezione AIDM di Bologna*

La Sindrome da Fatica Cronica (CFS), patologia che colpisce soprattutto i giovani e gli adulti, si caratterizza per la presenza di uno stato di fatica persistente. È cronica quando presente per almeno sei mesi e se vengono riscontrati, oltre al senso di fatica, altri sintomi quali deficit di memoria e concentrazione, mialgia, cefalea, artralgie, disturbi del sonno.
I dati nella letteratura internazionale sono omogenei nell'indicare un rischio nettamente maggiore nel genere femminile (rapporto di 1,5 a 1).
Non vi sono studi specifici sull'incidenza della CFS nel nostro paese, ma basandosi su quanto è stato determinato negli Stati Uniti, si può ritenere che vi siano almeno 300.000 casi. La patologia ha ricevuto una collocazione nosografica autonoma fin dallo studio del 1988 compiuto dal CDC (Center for Disease Control) e poi da quello del 1994 modificato da Keiji Fukuda. L'articolo del 2011, "Encefalomielite mialgica: criteri internazionali di consenso", in Journal of Internal Medicine, insiste sull'encefalomielite.
Le cause della patologia sono molteplici: dalla suscettibilità del paziente a sviluppare una CFS, valutabile con un test genetico, alle cause di tipo virale, determinate dalla risposta anomala, ad un'infezione, del sistema immunitario che rimarrebbe disreattivo.
Nella maggioranza dei pazienti la CFS determina una significativa riduzione della qualità della vita con ripercussioni in ambito lavorativo, sociale e familiare. Frequente è l'indebolimento cognitivo, sotto forma di difficoltà di elaborazione delle informazioni, disturbi di memoria e di attenzione, ridotto problem solving. Alcuni studi documentano quadri di depressione reattiva, come risposta al senso di affaticamento persistente e di relativo isolamento dal contesto sociale. Altri studi indicano la co-esistenza di ansia e depressione, con punteggi superiori alla media.
Obiettivo del presente lavoro è descrivere lo stato di salute psicologica del campione di pazienti con CFS, valutato dall'Ambulatorio di Psicologia Psicopatologia e Psicoterapia, del team multidisciplinare dedicato ai malati di CFS afferente alla Medicina del Lavoro del Policlinico Sant'Orsola di Bologna, nel periodo Novembre 2015-Febbraio 2017.
Il campione è composto da 57 pazienti (47 donne, 10 uomini). Ogni paziente è sottoposto ad un colloquio clinico di raccolta anamnestica e alla somministrazione del Beck

Depression Inventory, per la valutazione dei sintomi depressivi e dello State Trait Anxiety Inventory–forma Y, per la valutazione dei sintomi ansiosi.

I risultati ai test mostrano che il 63% del campione riporta sintomi ansiosi (100% dei maschi, 55% delle femmine), il 60% del campione riporta sintomi depressivi (con eguale distribuzione maschi/femmine).

In conclusione lo studio conferma la prevalenza di CFS nel genere femminile; afferma la presenza di sintomi psicologici, sia ansiosi che depressivi, in una significativa parte del campione e una loro diversa distribuzione legata al genere.

Tali risultati invitano pertanto ad adottare, nei confronti dei pazienti con CFS, un assetto diagnostico e terapeutico comprensivo degli aspetti psicologici e a mantenere la necessaria attenzione alla ricerca e alla clinica di genere.

## RUOLO DELL'AIDM BOLOGNA NELLA PREVENZIONE DELL'ICTUS CEREBRI, PATOLOGIA DI GENERE

*Margherita Arcieri Presidente AIDM Bologna*
*Maria Giuseppa Algieri Vicepresidente*
*Elvira Basabar socia*
*Maria Carmela Bruno socia*
*Olga Coronado consigliera*
*Federica Di Conca socia*
*Simonetta Fabbri socia*
*Marina Farinelli socia, presidente ALICe Bologna*
*Silvana Grandi, Dipartimento Psicologia – Unibo*
*Rossella Francesca Marra socia*
*Vlada Voloh Vodovai socia*
**AIDM Sezione Bologna**

L'ictus è un evento vascolare cerebrale acuto caratterizzato da improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24h. È la terza causa di morte e la principale causa di invalidità nel mondo. In Italia si verificano 200.000 casi all'anno. Secondo National Stroke Association la percentuale di ictus nelle donne è il 55% in più rispetto agli uomini. Assume caratteristiche di patologia di genere, perché determina maggiori danni nelle donne ed un più elevato tasso di mortalità. Il sistema emocoagulativo nelle donne aumenta il rischio di formazione di coaguli soprattutto in gravidanza, parto, puerperio e menopausa. Altri fattori di rischio accrescono ulteriormente il pericolo, come diabete che nelle donne moltiplica il rischio da 3 a 5 volte ed ipertensione e fibrillazione atriale che lo quintuplicano. In considerazione dei dati epidemiologici che mostrano un'incidenza elevata dell'ictus ed una residuata invalidità con marcata limitazione delle attività della vita quotidiana è indispensabile effettuare prevenzione. Bisogna agire sui fattori di rischio per limitare la percentuale della patologia evitando danni neurologici importanti che richiedono un aumento dei bisogni assistenziali e dei costi con conseguenti ripercussioni sulla famiglia e sulla società. Le donne medico di AIDM Bologna, in collaborazione con l'associazione ALICe, hanno organizzato la giornata della prevenzione dell'ictus con gli obiettivi di informare la popolazione sulla prevenzione primaria per diminuirne l'incidenza e di aiutare a riconoscere i sintomi di esordio per attuare misure tempestive e scelte idonee a limitare gli esiti invalidanti. È stato distribuito materiale divulgativo ed effettuato uno screening gratuito ai cittadini per valutare i fattori medici e psicologici di rischio e di protezione nel rispetto della privacy. Nell'area biomedica è stata effettuata valutazione dei fattori di rischio anamnestici (precedenti eventi ischemici cerebrali, familiarità) e dei fattori di rischio modificabili con terapia farmacologica e/o dieta, valutando come parametri pressione arteriosa, frequenza e ritmo cardiaci,

colesterolo, glicemia e BMI. Sono state fornite indicazioni per adottare stile di vita adeguato, consigliando astensione / riduzione di fumo ed alcol, aumento dell'attività fisica, dieta idonea, eventuale sospensione contraccettivi orali, riduzione del peso per limitare il rischio. I soggetti con rischio medio alto sono stati sottoposti ad ecodoppler carotideo vertebrale per valutare eventuale presenza di placche ateromasiche. Tutti i dati, trascritti in apposita scheda, sono stati forniti ai MMG per monitoraggio dei fattori di rischio già esistenti, eventuali approfondimenti diagnostici, relativa terapia farmacologica e correzione dello stile di vita. Nell'area psicosociale è stato eseguito screening dei fattori di rischio (disagio psicologico, eventi negativi / stressanti ed isolamento sociale) e fattori protettivi (benessere psicologico e buona qualità di vita).

**PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA HPV:**
**ASSOCIARSI E CONDIVIDERE È LA CHIAVE.**

*Antonella Savio (1,2), Emanuela Prati (3,2) Barbara Nardi (4,5) Delia Vergadoro (3,5) Graziella Iacono (6, 2) Elena Demarziani (7,5)*

*1 Medico anatomopatologo*
*2 AIDM Brescia*
*3 Medico ginecologo*
*4 Medico cardiologo*
*5 Soroptimist International Club Milano Fondatore*
*6 Medico neonatologo*
*7 Dottore commercialista esperta di aziende sanitarie pubbliche e private*

Questo abstract intende illustrare il progetto "VACCINARSI CONTRO L'HPV: UNA PARI OPPORTUNITÀ", finalizzato ad incrementare il numero delle vaccinazioni anti-HPV attraverso strumenti di educazione ed informazione per genitori e ragazzi e di sensibilizzazione del personale sanitario.

La direzione scientifica di questa iniziativa è di AIDM Brescia ma il progetto non sarebbe stato realizzabile senza la sinergia con due associazioni femminili: SOROPTIMIST International Club - Milano Fondatore e Lomellina.

Tale sinergia ha permesso di partecipare al bando della Regione Lombardia "Progettare la parità in Lombardia - 2016", ottenendo un cofinanziamento, di poter attingere a competenze professionali diverse e di programmare una attività coordinata sulle tre aree territoriali lombarde in cui le associazioni hanno la loro sede (territorio afferente all'ATS metropolitana di Milano, all'ATS di Brescia e all'ASL Distretto di Lomellina - ATS di Pavia).

Il progetto nasce dal riscontro che l'informazione e la sensibilizzazione riguardo alla possibilità di ricevere il vaccino contro il virus HPV risultavano poco diffuse in Italia. Nelle aree lombarde di interesse, il tasso di adesione (74-80%) risultava di gran lunga inferiore a quello delle altre vaccinazioni facoltative offerte e l'opportunità della vaccinazione non pareva aver raggiunto alcune fasce della popolazione. Le informazioni apparivano poco mirate per le comunità migranti residenti e non avevano coinvolto i ragazzi maschi, esclusi finora dalla offerta vaccinale gratuita del SSN.

Il progetto si avvale dell'utilizzo di strumenti diversi: messaggi stampati multilingue, incontri informativi e strumenti informatici.

Obiettivi:

1. Incrementare l'adesione alla vaccinazione gratuita

2. Favorire la vaccinazione non gratuita presso i centri vaccinali dei giovani di ambo i sessi, con particolare attenzione ai maschi dai 13 ai 20 anni
3. Diffondere l'informazione sulla prevenzione tra le comunità straniere residenti

Azioni:

1. Preparazione di materiale informativo documentale in più lingue per il coinvolgimento della popolazione
2. Creazione di uno "slide kit" divulgativo dedicato per gli incontri informativi
3. Elaborazione di un questionario da somministrare in forma anonima ai ragazzi 15-18enni ed ai genitori per valutare la diffusione delle conoscenze relative alla tematica trattata e le motivazioni di un eventuale non adesione alla vaccinazione
4. Creazione di una App, di un sito web dedicati, con una sezione interattiva per domande/risposte, e di una pagina Facebook
5. Counseling multilingue ed organizzazione di incontri con i genitori (presso comunità straniere e centri di aggregazione) e con i ragazzi delle scuole superiori
6. Interventi formativi rivolti ai Medici e Pediatri di Famiglia
7. Raccolta e valutazione dei dati.

Il nostro progetto, tuttora in fase di realizzazione, intende rappresentare un modello per la creazione della cultura della prevenzione e per il controllo delle infezioni da HPV condivisibile e riproducibile sul territorio regionale e nazionale.

**IMAGING BIOMARKERS NEL RISCHIO CARDIO-VASCOLARE:**
**"*ARTERIAL STIFFNESS*".**
**DIFFERENZE DI GENERE**

*Dott.ssa Debora Romano, specialista in Chirurgia Generale*
*AIDM - Ferrara*

Benché sia nota l'importanza dell'ispessimento intimale diffuso nella valutazione del rischio cv, recentemente sono stati identificati altri parametri vascolari adeguati alla valutazione delle proprietà strutturali e funzionali delle arterie periferiche.

L'aumento della rigidità arteriosa, ***Arterial Stiffness,*** è stato identificato come fattore predittivo di eventi cv , con significativo miglioramento della stratificazione del rischio

La distensibilità arteriosa si misura in base alla capacità dell'arteria di distendersi e contrarsi con la pulsazione cardiaca. Vari fattori di rischio (età, ipertensione, s.metabolica) aumentano la rigidità parietale attraverso la riduzione della sintesi e l'aumento di degradazione dell'elastina e un aumento della sintesi e una ridotta degradazione del collagene di tipo 1 e 3. La *Carotid/ femoral Pulse Wave Velocty* si determina tramite il calcolo della distanza coperta dall'onda di flusso tra due sedi prestabilite (carotide e arteria femorale) e il tempo necessario a percorrerla (tempo di transito: stimato tra un piede di onda - fine della diastole - e l'altro tramite la formula *PWV = distance / transit time*; In alternativa si può calcolare la *Brachial-ankle pulse wave velocity* . Un recente metodo di misurazione è il CARDIO ANKLE VASCULAR INDEX ( CAVI ) (Kotani K, Remaley AT - 2013) ottenuto misurando la *PWV* dal cuore alla caviglia, calcolandone la lunghezza dall'origine dell'aorta alla caviglia *( T=tb+tba*: T: tempo di propagazione dell'onda dalla valvola aortica alla caviglia; tba: tempo tra l'origine dell'onda di pulsazione brachiale e l'origine dell'onda di pulsazione alla caviglia; tb: tempo tra il suono della chiusura della valvola aortica e piede dell'onda brachiale) con la formula

CAVI: 2P/ ΔP [In Ps/Pd ] PWV2

Dove Ps è la pressione sistolica; Pd quella diastolica, P la densità del sangue, ΔP la pressione di pulsazione

L' *arterial stiffness* è maggiore nelle ragazze pre-puberi, mentre durante la pubertà femminile le arterie acquistano maggiore elasticità; la rigidità parietale aumenta drammaticamente in post menopausa, potendo essere causa di ipertensione arteriosa; inoltre è collegata ad una peggiore funzione diastolica nel ventricolo sn delle donne, indipendentemente da peso e altezza. Negli uomini aumenta costantemente con l'età.

E' stato identificato un probabile ruolo degli ormoni sessuali, in quanto gli **estrogeni** aumentano il flusso ematico attraverso meccanismi endotelio dipendenti e indipendenti, inibendo, inoltre, la proliferazione delle cellule muscolari lisce e modulando la composizione della matrice extracellulare. Sul ruolo degli **androgeni** sussistono ancora dubbi, in quanto non esistono dati sui recettori vascolari agli androgeni, ma la privazione di testosterone aumenta la vasodilatazione endotelio-dipendente L'aumento di androgeni in pubertà può causare aumento del tono vascolare e della rigidità parietale; gli androgeni aumentano la proliferazione delle cellule muscolari lisce e l'adesione dei monociti alle cellule endoteliali , con effetti aterogenici.

Le nuove linee guide per l'ipertensione hanno incluso *l'arterial stiffness* tra i fattori che influenzano la prognosi dei pazienti ipertesi.

Sempre maggiori evidenze identificano *l'Arterial Stiffness* come indicatore per migliorare la riclassificazione del rischio cv e l'identificazione subclinica del danno d'organo.

## CUTE E MICROBIOMA

*Isabella Romani, Specialista in Dermatologia e Venereologia, AIDM Ferrara*

Il microbioma cutaneo è l'insieme dei microorganismi presenti sulla pelle: actinobatteri,stafilococchi,miceti e acari. La cute rappresenta una barriera immunologica:i cheratinociti campionano il microbioma, attraverso i PRRs (*Pattern recognition receptors)* che riconoscono *pattern* molecolari associati ai microrganismi patogeni (PAMPs).(1)Lo studio del microbioma,attraverso il sequenziamento delle regioni ipervariabili V1-V3,del gene batterico rRNA16S, ha permesso di classificare precisamente genere e specie dei maggiori batteri cutanei. Fattori come,sito cutaneo,età,sesso,stile di vita,clima,variabilità interpersonale, patologie, contribuiscono alla variazione del microbioma.(1,2) Esiste una variabilità di genere; tassi batterici significativamente diversi dal punto di vista della quantità relativa, differenze fra maschi e femmine nella composizione microbica della cute della parte superiore della natica, della mano ed altre sedi. Gli uomini presentano una superficie cutanea più acida delle donne, l' uso dei cosmetici influenza le comunità batteriche e diminuisce la presenza della diversità batterica. Si ritiene che microorganismi siano coinvolti in patologie cutanee: malattie dermatologiche correlate al microbioma ( dermatite seborroica, acne, dermatite atopica), malattie cutanee con componente microbica ancora non identificata (ulcere croniche in diabetici e allettati), commensale cutaneo che può diventare invasivo e sviluppare infezione ( Staphylococcus epidermidis). Anche per la psoriasi si è cercato di capire un possibile ruolo del microbioma nella immunopatogenesi della malattia, delineando una *signature* (*pattern)* di microbioma psoriasi specifico. Sulla base dell' analisi del microbioma cutaneo si sono individuati due gruppi: cutaneotipi. Il microbioma della cute psoriasica è prevalentemente associato al cutaneotipo 2, arricchito in Firmicutes e Actinobacteria.(3) Gli studi molecolari riguardo al microbioma cutaneo hanno posto domande sul rapporto ospite microorganismo e sulla rilevanza di questo nella patologia cutanea. Diversi organismi dominanti costituiscono gran parte del microbioma, ma si conosce poco degli organismi rari e transitori che li bilanciano. Resta da chiarire quali fattori favoriscono la variazione in questi microorganismi e in che modo la fluttuazione sia associata alla malattia.(1)

1)E.A. Grice and J.A.Segre. The skin microbiome.Nature 2011,9:244-252

2)Oh.et al.Cell 2016,165:854-866

3)Alekseyenko et al.Community differentiation of the cutaneous microbiota in psoriasis.Microbiome2013,1:31

## IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS NEL BAMBINO

*Dina Benetti, Specialista in Neuropsichiatria infantile-sezione AIDM* di Ferrara

Quando un individuo è esposto a traumi molteplici e prolungati di tipo interpersonale dall'infanzia alla prima adolescenza come esperienza diretta o testimonianza sperimenta significative interruzioni del *caregiving* protettivo.

Gli esseri umani vittima di tradimento, abbandono e abuso da parte dei *caretaker* soffrono di disturbi biologici molto più complessi rispetto alle vittime di terremoti e incidenti stradali con effetti negativi sullo sviluppo del cervello, sul funzionamento neuroendocrino, sul sistema immunitario.

L'ippocampo come una biblioteca incamera le informazioni, etichetta i ricordi su "come" e "dove" , se il sistema di allerta è attivo questo meccanismo può non funzionare correttamente, i ricordi possono essere immagazzinati nel luogo sbagliato.

L'amigdala è parte del sistema di allerta di minaccia, ci protegge avvisandoci innescando la risposta "lotta o fuggi", ci prepara ad agire. Non discrimina tra pericoli reali o pericoli a cui stiamo solo pensando. Può fare partire l'allarme anche evocando un brutto ricordo del passato.

In corso di minaccia ci sono due vie di elaborazione del segnale: la via conscia attraverso la corteccia e quella inconscia attraverso l'amigdala e l' insula. In corso di pericolo ripetuto, di lunga durata, a rischio per la vita amigdala e insula si ricalibrano (1). L'eccessiva stimolazione dell'amigdala interferisce con il funzionamento dell'ippocampo, inibendo la capacità di immagazzinare adeguatamente i ricordi, di valutare cognitivamente l'esperienza e la relativa rappresentazione semantica. I ricordi sono quindi immagazzinati in modalità anomale sensoriali, motorie, in sensazioni somatiche e in immagini visive.

Nel bambino il quadro clinico può avere caratteristiche diverse dall'adulto connotandosi come Disturbo Traumatico dello Sviluppo o Disturbo Post Traumatico da Stress complesso (2) con caratteristiche legate allo stadio evolutivo :

-Disregolazione delle emozioni e degli impulsi : labilità emotiva, rabbia esplosiva, comportamenti autodistruttivi, ritiro sociale e perdita di motivazione, autolesionismo, depressione, aggressività, uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, ripetizione di situazioni traumatiche.

-Disturbi dell'attenzione, della cognizione e della consapevolezza: dissociazione, depersonalizzazione, disturbi mnesici, incapacità a concentrarsi, scarso funzionamento esecutivo, difficoltà di apprendimento, insufficiente sviluppo del linguaggio.

-Distorsioni nella percezione del Sé e nei sistemi di significato: bassa autostima e senso di scarso valore personale, deficit di confine corporeo e di separatezza dagli altri, vergogna e senso di colpa post-abuso, aspettative di nuovi abusi, deficit nei sistemi di significato e di credenze personali

-Difficoltà interpersonali: stili di attaccamento disfunzionali, difficoltà a fidarsi, difficoltà interpersonali in età adulta, difficoltà con il senso del limite.

-Somatizzazioni e disregolazione biologica: difficoltà digestive, cefalea, sintomi di conversione, sintomi sessuali, dolore cronico o analgesia, difficoltà di integrazione sensoriale, anergia.

Bibliografia :


1) Sebastian CL e al. Modulation of amygdala response to task-irrelevant emotion.Januar 2017; Soc Cogn Affect Neurotic
2) Bessel van per Kolk. Il corpo accusa il colpo. Raffaello Cortina Editore 2015

## IMAGING BIOMARKERS NEL RISCHIO CARDIO-VASCOLARE: ISPESSIMENTO INTIMALE DIFFUSO DIFFERENZE DI GENERE

*Dott.ssa Debora Romano, specialista in Chirurgia Generale*
*AIDM Ferrara*

Le patologie cardiovascolari sono la principale causa di morte nei paesi sviluppati. La diagnosi precoce e la valutazione della malattia vascolare sono fondamentali per la prevenzione e il trattamento precoce della patologia cv

Gli **Imaging biomarkers** di danno vascolare potrebbero integrare gli effetti cumulativi a lungo termine di tutti i tradizionali fattori di rischio cv e potrebbero identificare l' organo bersaglio prima dell'evento clinico ad uno stadio in cui l'intervento potrebbe essere efficace.

Il ***Biomarkers*** è una caratteristica obbiettivamente misurabile e valutabile come indicatore di normali processi biologici, processi patogenetici o risposte farmacologiche a interventi terapeutici .

Gli **Imaging Biomarkers** di rischio cardiovascolare documentano il danno vascolare, integrando gli effetti cumulativi dei fattori di rischio tradizionali, anche non ancora evidenti, e identificano il danno d'organo prima del verificarsi dell'evento patologico, consentendo un intervento precoce e quindi più efficace

L'**ispessimento medio-intimale** della carotide comune è un ben noto marker di aterosclerosi precoce, significativamente correlato allo sviluppo di patologia cv

L'IMT misura in mm la distanza tra la tonaca intima e la tonaca media ( *cut off* 1mm). E' un segno precoce di aterosclerosi, documentando l'ispessimento della tonaca media e l'ipertrofia della tonaca intima a stimoli patogeni. Il suo incremento è associato a un più alto rischio di eventi cardiovascolari e a presenza di aterosclerosi nelle arterie periferiche,cerebrali e coronariche.

E'correlato alla sindrome metabolica negli adulti di mezz'età, soprattutto nelle donne.

E' maggiore negli uomini, anche giovani sani e incrementa con l'età; è maggiore, rispetto alle donne, negli uomini con diabete di tipo 2.

Nelle donne, invece, aumenta in correlazione con la diminuzione delle funzioni diastoliche ed è spesso associato a aumento dei valori di Proteina Chs e dei markers infiammatori.

Benchè l'IMT sia un fattore precoce di identificazione di rishio cv e siano state osservate differenze di genere, non ha un diretto collegamento di stratificazione di rischio con *il Framigham Score Risk*. Altri *imaging biomarkers* come *l'arterial stiffness* e FMD sono risultati più sensibili , per cui una valutazione multipla è consigliata

**Bibliografia essenziale**

Sex Differences Between Vascular Endothelial Function and Carotid Intima-Media Thickness by Framingham Risk Score
*Fengjuan Yao, MS, Yanqiu Liu, MS, Donghong Liu, MD, Suhua Wu, MD, Hong Lin, MS, Rui Fan, MS,*
*Cuiling Li, MS*
©2014 by the American Institute of Ultrasound in Medicine | J Ultrasound Med 2014; 33:281–286 | 0278-4297 | www.aium.org
ORIGINAL RESEARCH
Gender difference in carotid intima-media thickness in type 2 diabetic patients: a 4-yearfollow-up study
Bo Zhao1, Yanping Liu1, Yifei Zhang2, Yuhong Chen2, Zhifang Yang1, Ying Zhu1 and Weiwei Zhan1*Zhao et al. Cardiovascular Diabetology 2012, 11:51
Intima media thickness, pulse wave velocity, and flow mediated dilation
Rosa Maria Bruno1, Elisabetta Bianchini1, Francesco Faita1, Stefano Taddei2 and Lorenzo Ghiadoni2*
Bruno et al. Cardiovascular Ultrasound 2014, 12:34

## OFTALMOLOGIA E GENERE

*Prof. Vincenzina Mazzeo*
*Libero professionista Ferrara e Belluno*
*Prof. Associato Aggiunto Weill Medical College Cornell University New York -NY USA*
*AIDM Sezione di Ferrara*

L'Oftalmologia di genere è un'acquisizione relativamente recente, si deve ad Anne Midelfart, oculista norvegese, la pubblicazione nel 1996 di un articolo dal titolo "" Women and men – same eyes? Are we answering this question?" [1]. In questi 20 anni si è data solamente una risposta parziale a questo quesito, parziale perchè nonostante la pubblicazione di alcuni volumetti e di numeri speciali di riviste scientifiche, scarso interesse è stato dimostrato dagli oculisti a qualsiasi latitudine. Esistono con certezza due patologie oculari che mostrano una netta prevalenza di genere: la Coroido-retinopatia Sierosa Centrale per il sesso maschile, il Foro Maculare al IV Stadio per quello femminile. A queste si aggiungono alcune patologie di tipo auto-immune come l'Artrite Reumatoide Giovanile prevalente delle bambine ed alcune forme di retinopatia come la Malattia di Coats, che mostra una netta prevalenza maschile sia in giovane età ( M 95%) che nell' adulto. L' età risulta essere il maggior fattore confondente per definire se una patologia oculare possa rientrare fra le forme associate al genere. Questo fenomeno risulta evidente per la Degenerazione Maculare Legata all' Età, anche se è noto l'effetto protettivo che gli estrogeni presentano nei confronti della retina. Altre funzioni retiniche, come la percezione del colore, effettuata in laboratorio, hanno differenze di genere del tutto inaspettate differenze anche nel modo in cui gli impulsi visivi vengono analizzati ed elaborati a livello cerebrale.

Oltre alle differenze biologiche legate al sesso, esistono poi differenze legate al genere come definite dall'OMS[2], particolarmente evidenti nei paesi in via di sviluppo ed a sviluppo intermedio, come per esempio il difficoltoso accesso alle cure delle donne, oppure la prevalenza femminile di alcune patologie tumorali dell'occhio legate all'AIDS nei paesi dell' Africa sub-sahariana[3]

1- Midelfart A. Women and men--same eyes? Acta Ophthalmol Scand. 1996; 74: 589-92.
2- WHO.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition
3- Gichuhi S, Macharia E, Kabiru J et Al. Topical 5-Fluorouracil following surgery for ocular surface squamous neoplasia in Kenya: a randomised, double-masked, placebo-controlled trial. ICOO International Conference. Abstract Book 0016. Sydney 24-27 Marzo 2017

## NEW MARKERS IN ASSESSING CARDIOVASCULAR RISK PROFILE IN KIDNEY TRANSPLANT WOMEN

*Authors: M. Bartiromo, A. Becorpi , M.Boddi, T.Bocci, E. Donnarumma, , M.Cirillo, C.Fatini E. E.Minetti*

Background: Despite great improvement in patient's and graft's survival, the long-term morbidity and mortality in renal transplant recipients (RTRs) are still high. Apart from traditional risk factors, emerging role for new cardiovascular risk markers has been ascribed also to visceral and subcutaneous abdominal depots and liver steatosis. To date, components of metabolic syndrome are more common among RTRs compared to general population, and it would be expected that these patients may have a much higher incidence of non alcoholic fatty liver disease (NAFLD) compared to general population, thus representing a relevant predictor in cardiovascular morbidity and mortality. We hypothesized that NAFLD may be associated with deteriorating graft function, causing a chronic allograft nephropathy and graft loss.

Materials: We investigated 18 RTR women (median age 40 yrs, range19- 46). All women received immunosuppressive therapy ( 13 pz Cya+MMF+CS, 4 pz Cya+EVE+CS, 1 pz FK+MMF+CS) and basiliximab induction therapy.

Methods: We investigated NAFLD occurrence and severity, carotid atherosclerosis ( intima-media-thickness (IMT) and plaques) and ankle brachial index (ABI ) by ultrasound. NAFLD was graded according to eight-point semi-quantitative severity score, and classified as mild (score <3), moderate (3-5 score) and severe ( ≥ 6 score). Cut-off values for carotid IMT was >0.9 mm, for ABI <0.9, for subcutaneous and visceral adipose thickness > 20 mm and >60 mm, respectively. Biohumoral parameters assessing cardiometabolic risk profile were investigated.

Results: Creatinine mean value was 1.41 (±SD 0.77), and CRP mean value was 4.5 (±SD 4.36). Data concerning the prevalence of traditional cardiovascular risk factors are reported in Fig.1. As NAFLD is considered, our results showed that 50% of RTR women had moderate/severe , and 28% mild hepatic steatosis; abdominal subcutaneous and visceral lipid depots were not increased. Seven out of 18 (39%) RTR women showed RI >0.70, of whom 57% had also moderate/severe NAFLD. IMT was increased only in one women with moderate/severe NAFLD.

Conclusion: Our preliminary data show that RTR women have a high prevalence of moderate/severe NAFLD not associated with increased abdominal lipid depots. Moreover, in our population NAFLD seems to be not related to vascular damage.

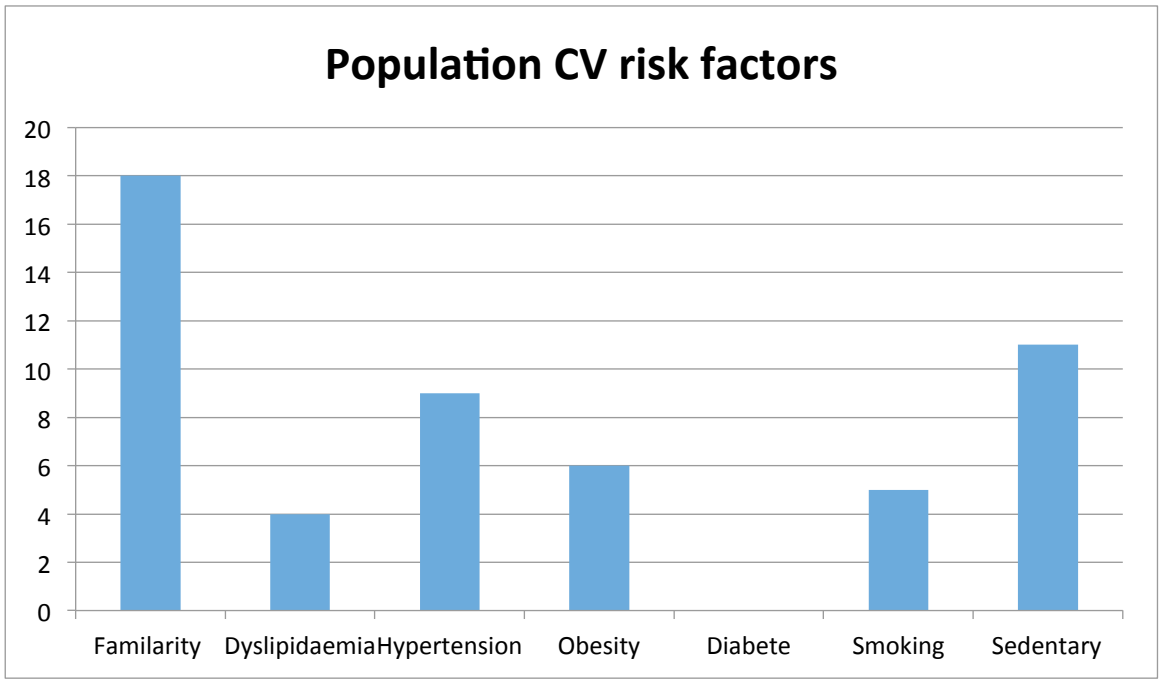



Fig 1: Population cardiovascular risk factors

## ASPETTI ETICI NEL TRAPIANTO DI ORGANI

*Dott. Garrubba Maria*
*AIDM Sezione di Foggia*
*Membro Comitato Etico AIDM Nazionale*

### DEFINIZIONE

Per trapianto di organi si intende la sostituzione di un organo malato e non più funzionante con un organo sano prelevato da un donatore. I trapianti di fegato, cuore e rene sono ormai divenuti interventi di routine, mentre quelli di polmone, pancreas e intestino sono ancora abbastanza rari e delicati.

### QUADRO LEGISLATIVO E PRINCIPI MORALI

La trapiantologia solleva vari problemi di forte rilevanza etica. Alcuni problemi sono comuni per ogni tipo di trapianto (consenso informato, rischi di commercializzazione, priorità tra i pazienti in attesa, valutazione dei rischi). Esistono poi problemi specifici per il trapianto da cadavere ed altri per il trapianto da vivente.

Per i trapianti da cadavere, il problema etico più importante concerne l'accertamento della morte, oltre al rilevamento della sua volontà di donare gli organi. Gli organi, per essere trattabili ai fini del trapianto, devono essere ancora vitali e quindi il criterio dell'accertamento della morte è cruciale per stabilirne il grado di utilizzabilità. In passato, il criterio di riferimento per accertare la morte era quello della "cessazione della funzione cardio-respiratoria". Questo criterio, tuttavia, rende inservibili gli organi in quanto, privi di sangue ed ossigeno, essi si deteriorano velocemente. Lo sviluppo delle conoscenze mediche, unito allo sviluppo della medicina trapiantistica, ha suggerito un'altra definizione della morte. Una commissione della Harvard Medical School ha elaborato un celebre Rapporto in cui la definizione di morte viene riferita alla cessazione di tutte le funzioni del cervello. Di qui la definizione di morte cerebrale. Adeguandosi all'orientamento medico e legislativo internazionale, anche il Parlamento italiano ha recepito questa definizione di morte con la legge n. 578 del 29/12/1993. L'altra condizione etica per procedere al prelievo di organi da cadavere è "il consenso"; una questione ancora controversa! In Italia, il sistema tuttora vigente, non è il silenzio-assenso informato ma il consenso o dissenso esplicito (legge n. 91/99). Dunque, è doveroso che ogni prelievo di organi sia legittimato dal consenso del donatore o, almeno, dalla non opposizione espressa in vita dal defunto, sulla base di un'adeguata informazione. Se il cittadino non si esprime, è prevista la possibilità per i familiari di opporsi al prelievo.

Nel caso di trapianto tra viventi, è fondamentale il principio della tutela del donatore e del ricevente, in base al quale si deve comunque avere come prima finalità quella della preservazione e della tutela dei soggetti coinvolti e si devono verificare la volontarietà e la disponibilità all'atto da parte di entrambi, anche attraverso la raccolta del loro consenso.

**CONCLUSIONI**

Attualmente dal punto di vista etico si dibatte sulla necessità di conciliare l'interesse collettivo del progresso della scienza medica con quello dei diritti intangibili della persona umana. Conseguentemente, il carattere terapeutico dei diversi tipi di trapianto va deciso con un "metro umano" che tenga conto di tutti gli effetti e le implicazioni, anche di ordine psicologico, del trapianto, considerata l'inscindibile unità psico-fisica dell'individuo.

**BIBLIOGRAFIA**

M. Picozzi (ed), Il trapianto d'organi. Realtà clinica e questioni etico-deontologiche, Franco Angeli, Milano 2010

## L'INFERTILITÀ IN MEDICINA GENERALE: PERCEZIONE DELLA PROBLEMATICA NELLA DONNA IN ETÀ FERTILE E NEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

*AIDM Lecce*

*Maria Elisa De Luca* Luana Gualtieri**

** Medico di Medicina Generale*

**Background**

In Italia il 20% delle coppie ha difficoltà a procreare per vie naturali e tale percentuale è raddoppiata negli ultimi 20 anni. Nonostante l'incremento dell'infertilità sia multifattoriale, un peso rilevante rimane attribuibile ad una insufficiente conoscenza dell'argomento, all'adozione di stili di vita non adeguati e all'innalzamento dell'età media della coppia alla prima gravidanza.

**Obiettivo**

Scopo di questo lavoro è valutare il grado di consapevolezza di tale problematica nelle donne in età fertile, tra i 18 e 49 anni, che affluiscono agli studi di Medicina Generale ed, in parallelo, valutare quanto i Medici di Medicina Generale (MMG) siano in grado di fornire un'assistenza sanitaria qualificata, promuovere interventi di counseling e diagnosi precoce atti ad aiutare tempestivamente la coppia

**Materiali e metodi**

Sono state reclutate 228 donne presso gli ambulatori di 15 medici di Medicina Generale dell'ASL di Lecce a cui è stato consegnato un questionario con 14 Items.

Sono stati invitati 36 Medici di Medicina Generale della Provincia di Lecce a compilare un questionario in forma anonima attraverso Google Moduli, ogni questionario comprendeva 12 Items.

**Risultati**

Dall'analisi delle risposte al questionario si rileva che il 63% delle donne non ha mai sentito parlare di "finestra fertile", tuttavia l'81% è consapevole che la fascia d'età a maggiore fertilità sia quella dei 20-30 anni. Malgrado ciò la maggior parte delle donne nullipare intervistate programmerebbe un figlio tra i 30 ed i 40 anni; le donne, interrogate circa la motivazione per cui le coppie italiane spostano nel tempo la prima gravidanza, rispondono solo nell'11% dei casi ipotizzando che le donne non sappiano che dopo i 35 anni diventa più difficile avere una gravidanza, mentre identificano le cause prevalenti nel protrarsi degli studi universitari, nell'ingresso ritardato nel mondo del lavoro e nella mancanza di welfare.

Dalla ricerca emerge che solo il 15% delle donne intervistate si rivolgerebbe al MMG per eventuali difficoltà procreative mentre le donne con effettivi problemi di fertilità che hanno consultato il proprio medico sono state circa il 42%.

Dal secondo questionario emerge che l'83% dei MMG dichiara di essere stato consultato dalle pazienti per problemi di ridotta fertilità, tuttavia la percentuale dei medici che affronta di propria iniziativa l'argomento è del 64% e scende al 41% quando si tratta di consigliare ad una donna di età superiore ai trent'anni di programmare una gravidanza

**Conclusioni**

La figura del medico di medicina generale costituisce il principale punto di riferimento per la salute della popolazione, esiste dunque la necessità che i medici siano formati riguardo le tematiche che servono, fin dalla adolescenza, a preservare la fertilità, garantendo un'assistenza sanitaria che promuova stili di vita corretti, la prevenzione della malattie sessualmente trasmesse, una contraccezione valida che permetta di programmare la gravidanza, una costante attenzione per le patologie genitali maschili e femminili, nell'ottica di ottimizzare la cura della persona e ridurre di conseguenza anche l'impatto sociale ed i costi sanitari dell'infertilità.

# LA DEPRIVAZIONE DI SONNO IN PAZIENTI EPILETTICI: UNO STUDIO FMRI E EEG

*Silvia Marino[1,5], Emanuele Cartella[2], Simona De Salvo[2], Lilla Bonanno[3], Nunzio Muscarà[2], Placido Bramanti[4], Francesca Arcadi[1,5], Carmela Rifici[1,5], Rosa Maria Petrelli[5], Lorenza Mazzeo[5,6]*

1. *Medico Neurologo IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina*
2. *Tecnico di Neurofisiopatologia IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina*
3. *Matematico IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina*
4. *Direttore Scientifico IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina*
5. *Sezione AIDM Messina Peloro*
6. *Medico Anestesista IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", Messina*

**Introduzione**

La deprivazione del sonno (DS) è una prova di attivazione che viene effettuata durante registrazione elettroencefalografica (EEG) per facilitare la comparsa di anomalie epilettiche EEG- grafiche per confermare diagnosi di epilessia.

La risonanza magnetica funzionale (fMRI) ed l' EEG sono diventate ,negli ultimi anni, importanti tecniche per mappare il network epilettico. Infatti l'uso di questi metodi consente la localizzazione precisa delle aree corticali cerebrali in cui sono presenti i focus epilettogeni.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare le attivazioni cerebrali corticali in pazienti deprivati da sonno affetti da epilessia utilizzando fMRI e EEG. Abbiamo confrontato i risultati ottenuti dallo stato di riposo fMRI con i risultati ottenuti attraverso lo studio EEG durante il sonno, al fine di individuare la localizzazione delle attivazione corticali focali/diffuse, con un nuovo importante impatto sulla gestione e il trattamento terapeutico dei pazienti epilettici.

**Materiali e Metodi**

Abbiamo reclutato 34 pazienti con diagnosi di epilessia focale e 15 soggetti sani. La valutazione clinica ha confermato l'assenza di altre malattie neurologiche. Ogni paziente ha firmato volontariamente il consenso allo studio approvato dal Comitato Etico Locale. Essi sono stati privati del sonno 24 ore prima rispetto al

giorno dell'esame. Ogni partecipante è stato sottoposto ad uno studio fMRI utilizzando risonanza magnetica 3T ed a una registrazione EEG.

**Risultati**

Le registrazioni EEG hanno evidenziato patterns epilettici prevalentemente nelle aeree fronto-centro-temporali.

Rispetto ai soggetti sani, i pazienti con epilessia hanno mostrato un aumento di attivazioni corticali nel giro inferiore e occipitale di sinistra (AB 18 e AB 37), insula (AB13), giro del cingolo sinistro (AB31), giro precentrale sinistro, giro supermarginale sinistro (AB40), cingolo anteriore di destra (AB 32) e giro temporale superiore di destra.

E' stata inoltre evidenziata una deattivazione, rispetto ai controlli sani, nel precuneo di sinistra (AB 31), cuneo di sinistra (AB18), giro fusiforme sinistro (attivazione della AB 37), giro fusiforme sinistro (AB19), giro sopramarginale destro (AB 40), giro temporale sinistro superiore (AB13), sub-giro sinistro (AB21), lobo frontale destro e inferiore, cingolo posteriore destro (AB29) e sub-lobare destro.

**Discussione**

I nostri risultati mostrano un incremento di attivazioni corticali di determinate aree cerebrali in cui sono presenti anche anomalie EEG-grafiche dimostrando una deattivazione nel network deputato allo stato vigile senza implicazione dell'attenzione. Noi supponiamo che le scarse attivazioni corticali in questo specifico network possano essere dovute, nei pazienti epilettici, ad un pool di neuroni epilettici che muovono attivazioni nelle aree adiacenti.

La direzione futura di questa tipologia di studi potrebbe essere quella di valutare i meccanismi corticali coinvolti nei pazienti epilettici mediante co-registrazioni EEG-fMRI.

## ADOLESCENZA E CONTRACCEZIONE

*Dr. Carolina Vicari* - Dr. Emanuela Ognibene***

***Sezione AIDM - Palermo***

** Dirigente Medico U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo -*

** **Delegata AIDM - Regione Sicilia***

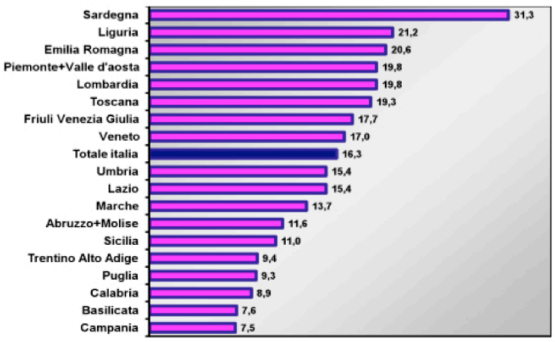
*** Assistente in Formazione U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo*

I primi rapporti sessuali sono sempre più precoci e con partner multipli 12-13 anni

In percentuale il 30-40% lo fa per amore ; il 15-20% per curiosità; il 25% per accontentare lui ed infine il 5-8% per interesse (denaro, regali, viaggi, altro)

Nei vari paesi gli adolescenti che utilizzano un metodo contraccettivo sin dal primo rapporto in percentuali varie dall' 85% / 70% di adolescenti (Olanda, Danimarca, Svizzera Stati Uniti, Francia) al 50% nel Regno Unito.

**La contraccezione ormonale in Italia, 2009**




*Fonte: ISTAT +IMF, anno 2009*

In Italia il 16,3% utilizza un contraccettivo e solo il 4% si è rivolto a un Consultorio almeno 1 sola volta.

La metà delle donne che utilizzano contraccettivi ne sospendono l'uso entro il primo anno e tra le adolescenti l'aderenza alla terapia è ancora inferiore, a continuazione risulta raddoppiata quando il partner è coinvolto nella scelta, e riveste inoltre importanza il giudizio positivo della madre se coinvolta

In caso di adolescente immigrata, durante la consulenza, è indispensabile la mediazione da parte di operatrici del paese di origine; e richiede strumenti informativi dedicati (opuscoli in varie lingue).

Secondo l' OMS di utilizzo l'uso del condom, sia da solo sia associato ad un altro metodo, deve essere particolarmente raccomandato: se c'e un rischio di MST (Dual protection).

La contraccezione ormonale nelle adolescenti è il preparato più sicuro: 1 solo fallimento su 1000 donne/anno per un uso corretto.

E' indispensabile un'accurata anamnesi.

L'utilizzo degli EP comporta un lievissimo aumento delle trombosi venose, bassissimo nei soggetti normali e più pronunciato in individui trombofilici.

Non è necessario effettuare esami di screening di valutazione del rischio tromboembolico. in caso di anamnesi negativa.

Qualora siano note trombofilie congenite o siano presenti eventi tromboischemici nella storia familiare in parenti sotto i 45 anni è controindicato l'uso di contraccettivi combinati,

mentre possono essere in genere utilizzati contraccettivi con soli progestinici oppure uno IUD.

Le ragazze che soffrono di cefalea possono in genere utilizzare qualsiasi metodo contraccettivo, in caso di emicrania con aura visiva o sensoriale , oppure durante l'uso di triptani o ergotaminici, la prescrizione di contraccettivi EP è controindicata.

Nelle fumatrici < 35 anni i benefici contraccettivi sono in genere superiori ai rischi e quindi l'uso della pillola estroprogestinica è consentito (Classe 2 di raccomandazione OMS).

In caso di Sindrome dell'Ovaio Policistico il trattamento contraccettivo diventa terapeutico, infatti sopprimere la produzione androgenica sia ovarica che surrenalica Innalza i livelli di SHBG. Riduce i segni clinici di iperandrogenismo (acne e irsutismo)

Esistono nuove vie di somministrazione ormonale anello vaginale e cerotto.

Tali vie di somministrazione evitano il doppio passaggio epatico, determinano maggior sicurezza contraccettiva, una somministrazione settimanale o mensile (maggior compliance)

In caso di IUD (Dispositivo IntraUterino), il dispositivo al rame sembra agire primariamente sulla prevenzione della fertilizzazione attraverso meccanismi che inducono effetti avversi sugli spermatozoi.

In particolare non è stata riscontrata alcuna associazione tra IUD, infertilità in nullipare con pregresso utilizzo di dispositivi intrauterini.

I contraccettivi reversibili a lunga durata d'azione (Larc), dovrebbero rappresentare l'opzione di prima linea per le adolescenti sessualmente attive secondo le nuove linee guida in materia di prevenzione della gravidanza in età adolescenziale stilate dalla American Academy of Pediatrics nel 2014

Secondo le raccomandazioni del WHO non è necessario effettuare esami ematochimici di screening se non vi sono situazioni specifiche che lo richiedano, ma è fondamentale un'accurata valutazione anamnestica e clinica della adolescente.

In conclusione la prescrizione eventuale di esami di screening non è raccomandata in assenza di specifici fattori di rischio e non deve ritardare la prescrizione contraccettiva.

Spesso il colloquio contraccettivo rappresenta la prima occasione in cui un'adolescente si rivolge da sola ad un operatore sanitario e rappresenta un'imperdibile occasione per la promozione della sua salute.

**Bibliografia:**

- Tripp J, Viner R – Sexual health, contraception and teenage pregnancy, BMJ 2005
- ISS 2000, Rapporti ISTISAN 2007
- Pediatrics. 2014 Oct;134(4):e1257-81

## FARE RETE CONTRO LA VIOLENZA:
## COMPETENZE DEI CAREGIVER NELL'AZIENDA OSPEDALIERA

***Dr. Carolina Vicari* - Dr. Emanuela Ognibene*****
***Sezione AIDM - Palermo***
** Dirigente Medico U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo -*
** **Delegata AIDM - Regione Sicilia***
*** Assistente in Formazione U.O.Ginecologia ed Ostetricia - ARNAS P.O. Civico - Palermo*

"Si parla di abuso sessuale quando un bambino è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sessuali" (American Academy Pediatrics)

La diagnosi di abuso sessuale deve essere sempre multidisciplinare.

Spesso l'esame clinico viene effettuato molto tempo dopo l'ultimo contatto ed è rara l'eventualità di visitare un bambino in urgenza

La visita medica deve prevedere una anamnesi accurata dell'app. genito-urinario e gastrointestinale, l'esame obiettivo,l'spezione per la ricerca di traumi genitali, anali e/o extragenitali e lar accolta di tracce di sostanze organiche con esami batteriologici e di laboratorio.

Le stime tradizionali danno il 25-30% di probabilità nell'evidenziare segni fisici in seguito ad un comportamento sessuale improprio

Il medico potrà riscontrare segni fisici specifici (sperma, MTS, gravidanza) o non specifici.

Nel referto deve sempre essere riportato chi ha richiesto la visita medica, chi era presente, la durata della consulenza

L'anamnesi dettagliata

L'esame obiettivo generale

L'ispezione dei genitali e dell'area perianale ed anche l'eventuale colloquio tra gli operatori ed il/la bambino/a

Il giudizio diagnostico data e firma

Importante nella stesura del referto la completezza e la chiarezza del contenuto riportato

Fondamentale è l'esecuzione di foto da utilizzare in seguito per evitare al minore ulteriori visite mediche

Fare diagnosi differenziale fra abuso ed incidente casuale è una sfida tra le più ardue intellettualmente ed emotivamente.

Alcuni dei criteri per effettuare una diagnosi differenziale fra abuso ed incidente "innocente" possono essere :

Timing fra episodio e richiesta di aiuto

Storia vaga con perdita di dettagli (incidenti “innocenti” lasciano di solito vividi ricordi

Racconti diversi nel tempo o da diverse persone

Evidenze cliniche discordanti dal racconto

comportamento dei genitori e dei bambini

Ricordarsi del giusto modo di approcciare il bambino sospettato di abuso.

La parola è il suo principale strumento di espressione; lo è anche per l’operatore al fine di entrare in contatto con lui.

Trovare il coraggio di affrontare direttamente il problema (il pregiudizio del dovere di evitare di “rigirare il coltello nella piaga” è falso).

Non coprire le proprie difficoltà emotive ad affrontare la sessualità con la paura di danneggiare il minore.

Semplicità, schiettezza, naturalità, adeguatezza sono i criteri migliori per aiutarlo.

La chiave per la diagnosi del maltrattamento nel bambino è quindi il sospetto da parte del medico.

È necessario per il professionista “pensare sistematicamente l’abuso” come elemento possibile di diagnosi.

Il medico deve affrontare con mente aperta il potenziale di maltrattamento in ogni paziente di età pediatrica.

**Bibliografia:**

- Classificazione di riferimento per la valutazione medica nel sospetto di abuso sessuale - Adams 2014

## LE FRATTURE DA FRAGILITÀ IN SICILIA. DATI RETROSPETTIVI ANNO 2014-2015

***Antonietta Matina, Maria Gabriella Di Girolamo, Ornella Ferrara***
*AOU Policlinico-Clinica Ortopedica e Traumatologica, Università di Palermo*
*Dirigente Medico I LIV.*
*Sezione AIDM Palermo*

La rilevazione statistica-epidemiologica di tutte le fratture da fragilità è un dato quasi impossibile.

Molte di esse (fratture di polso, omero prossimale, vertebrali, costole) vengono trattate in PS, seguite ambulatorialmente e sfuggono alla rilevazione.

Il dato certo è solo per le fratture che richiedono un'ospedalizzazione, cui fa seguito la SDO, ma occorre valutare anche le varianti legate alla qualità della codifica per categorie diagnostiche (può differire tra strutture) e ai fattori legati alle caratteristiche dell'assistenza (ambulatoriale, DH, DS, appropriatezza del ricovero).

Questo lavoro esamina i dati delle fratture da fragilità nell'anno 2014-2015, la correlazione con i dati 2010-2011 presentati al II° Congresso GISOOS di Bergamo del 2012, e con la spesa sanitaria dei farmaci per l'osteoporosi.

I dati sono stati ricavati dal Data Base dei ricoveri ospedalieri del Servizio Osservatorio Epidemiologico del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia.

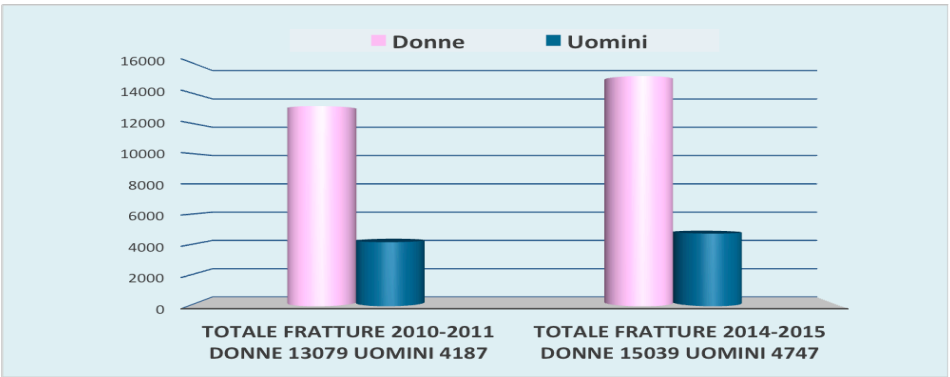
Sono state considerate le fratture da fragilità nei soggetti di sesso femminile, over 50, e maschile, over 65. Per le sole fratture di femore, sono state prese in considerazione:

- numero dei dimessi per Provincia
- andamento per sesso e per età
- mortalità a 30 gg
- mortalità a 12 mesi

I dati ricavati confermano la prevalenza dell'incidenza del sesso femminile e un incremento delle fratture, rispetto ai dati del 2011.

Ciò non correla con l'aumento dell'attenzione alla prevenzione e con la spesa farmaceutica per osteoporosi.

La mortalità a 12 mesi vede un'incidenza del 66% nel sesso femminile.

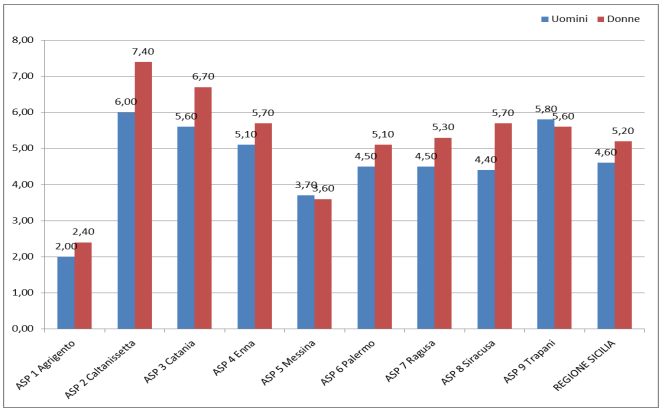



Fratture da fragilità: Donne over 50 e Uomini over 65.
Dati Regione Sicilia 2010-2011 vs. 2014-2015

# Mortalità per fratture del femore

| RESIDENZA ASSISTITO | Numero medio annuale | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso std x 100.000 | SMR | Intervalli di confidenza al 95% | | Numero medio annuale | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso std x 100.000 | SMR | Intervalli di confidenza al 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Limite inferiore | Limite superiore | | | | | Limite inferiore | Limite superiore |
| *ASP 1 Agrigento* | 9 | 4,00 | 2,00 | 44,60 | 35,20 | 55,80 | 16 | 7,20 | 2,40 | 47,10 | 39,80 | 55,30 |
| *ASP 2 Caltanissetta* | 13 | 10,20 | 6,00 | 129,30 | 107,30 | 154,50 | 27 | 19,00 | 7,40 | 137,60 | 120,80 | 156,10 |
| *ASP 3 Catania* | 46 | 8,60 | 5,60 | 122,40 | 110,90 | 134,90 | 96 | 17,00 | 6,70 | 127,80 | 119,40 | 136,60 |
| *ASP 4 Enna* | 8 | 10,00 | 5,10 | 106,80 | 84,20 | 133,70 | 15 | 16,80 | 5,70 | 106,00 | 89,00 | 125,20 |
| *ASP 5 Messina* | 24 | 7,60 | 3,70 | 82,90 | 72,10 | 94,80 | 43 | 12,70 | 3,60 | 70,60 | 63,70 | 78,00 |
| *ASP 6 Palermo* | 45 | 7,40 | 4,50 | 98,30 | 89,00 | 108,40 | 91 | 14,00 | 5,10 | 98,20 | 91,60 | 105,10 |
| *ASP 7 Ragusa* | 13 | 8,40 | 4,50 | 101,20 | 83,60 | 121,40 | 24 | 14,80 | 5,30 | 102,00 | 88,80 | 116,60 |
| *ASP 8 Siracusa* | 14 | 6,90 | 4,40 | 93,60 | 77,80 | 111,70 | 32 | 15,50 | 5,70 | 113,70 | 100,90 | 127,70 |
| *ASP 9 Trapani* | 24 | 11,30 | 5,80 | 127,20 | 110,80 | 145,50 | 42 | 18,80 | 5,60 | 112,80 | 101,70 | 124,70 |
| **REGIONE SICILIA** | **195** | **8,00** | **4,60** | **100,00** | **95,40** | 104,80 | **386** | **14,80** | **5,20** | **100,00** | **96,70** | 103,40 |

- 581 decessi in media l'anno di cui il 66% tra le donne;
- tra le nove province siciliane si osservano tra gli uomini tassi più alti nelle province di Caltanissetta (6,0) Trapani (5,8);
- tra le donne i tassi più alti si registrano nelle province di Caltanissetta (7,4) e di Catania (6,7).




**Tasso std. (x 100.000) Sicilia 2007-2015**

Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

## QUANDO IL TEST GENETICO GENERA MALATTIA: UN CASO CLINICO PER RIFLETTERE

*Sezione AIDM Pavia*
*Quaquarini Erica[1], Mandrini Silvia[2], Strada Maria Rosa[3], Lanza Laura[4], Carlo Falco[4], Cartesegna Stefano[4]*
*[1]Oncologia ICS Maugeri Pavia, [2]Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi, [3]Oncologia Città di Pavia, [4]Otorinolaringoiatria ASST Pavia, [5]Medicina Generale Pavia.*

La signora C.L. di 56 anni soffre di epigastralgie dal gennaio 2013; presenta un'anamnesi muta per patologie di rilievo. La sintomatologia riferita si è mostrata ingravescente e non responsiva a trattamento empirico. Per questo motivo ha eseguito un'esofagogastroduodenoscopia con riscontro di neoformazione vegetante di circa 15 mm in sede pilorica risultata all'esame istologico un adenocarcinoma. Previa stadiazione mediante tomografia computerizzata, risultata negativa per secondarismi, è stata sottoposta ad intervento chirurgico di gastrectomia subtotale con ansa alla Roux e linfoadenectomia D2. L'istologico definitivo mostrava un "carcinoma scarsamente differenziato (G3) con cellule ad anello con castone", pT3N1M0, stadio IIB. E' stata quindi sottoposta a chemioterapia sistemica a finalità adiuvante con fluorofolati e platino ed avviata a follow-up clinico strumentale.

Considerando l'anamnesi familiare positiva per neoplasia dello stomaco (padre e due zie paterne) è stata effettuata la ricerca della mutazione per il gene della E-caderina. Il test è risultato positivo per la mutazione in eterozigosi dell'esone 12: C1774G>A.

Il gene per la caderina (CDH1) appartiene alla famiglia degli oncogeni soppressori; la proteina trascritta ha il compito di mediare l'adesione cellulare. Mutazioni germinali di questo gene sono correlate allo sviluppo del cosiddetto "tumore gastrico diffuso ereditario", e dei tumori della mammella, del colon, della tiroide e dell'ovaio. La perdita di funzione della proteina, che viene determinata dalla mutazione, influenza la capacità di sviluppo tumorale e di metastatizzazione, aumentando la proliferazione e l'invasione cellulare. Per tale motivo, la paziente è stata inserita in un protocollo intensivo di screening oncologici.

La trasmissibilità della mutazione è autosomica dominante a penetranza incompleta (maggiore dell'80%). Per tale ragione, la ricerca genetica è stata estesa anche ai figli della paziente: uno di questi, di anni 23, è risultato positivo. Il team multidisciplinare che ha comunicato l'esito del test al figlio ha fortemente caldeggiato al paziente l'esecuzione di intervento profilattico di gastrectomia totale + vaghectomia per prevenire la dumping syndrome.

Il paziente si reca dal Medico di Medicina Generale per precisazioni, riferendo di non aver compreso l'indicazione chirurgica proposta e l'entità del problema. Lamenta di vivere in costante stress da quando ha avuto i risultati del test genetico. Il Curante, vista la singolarità del caso, chiede rivalutazione presso il centro di riferimento e colloquio psicologico. Entrambi gli incontri sono vissuti dal paziente come un ulteriore tentativo di convincimento a sottoporsi ad intervento chirurgico.

Il caso fa riflettere sulle indicazioni alla chirurgia profilattica in pazienti portatori di mutazione genetica e, in generale, sull'impatto psicologico derivante dai risultati di indagini genetiche. La richiesta di tali test andrebbe sempre preceduta da una corretta informazione sulle conseguenze di un'eventuale positività al test. Una adeguata valutazione dell'aspetto psicologico del paziente andrebbe sempre effettuata, indagando i sintomi di distress, ansia e depressione. Il Medico di Medicina Generale andrebbe incluso nella rete comunicativa, al fine di attivare percorsi di sostegno per i pazienti.

**Utilità della Medicina Generale di gruppo nell'implementare l'adesione ai test di screening sul territorio**

Sezione AIDM Pavia
*Mandrini Silvia[1], Cartesegna Stefano[2], Laura Lanza[3], Carlo Falco[3], Quaquarini Erica[4].*
*[1]Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi, [2]Medicina Generale Pavia, [3]Otorinolaringoiatria ASST Pavia, [4]Oncologia ICS Maugeri Pavia.*

Nell'ambito del governo clinico di Regione Lombardia, la Medicina Generale di Gruppo di Mirabello (Pavia) composta da 6 medici associati, ha partecipato all'iniziativa di potenziamento dello screening regionale oncologico.

Regione Lombardia invita ogni anno la popolazione a rischio ad eseguire i test di screening per la prevenzione oncologica. Alcuni cittadini non rispondono alla lettera che la Regione invia.

Nella seconda fase Regione invia ai Medici di Famiglia l'elenco degli assistiti che non hanno partecipato allo screening regionale e chiede ai medici di contattare gli utenti per sollecitarli all'esecuzione del test.

Nell'anno 2016, tramite il servizio di Segreteria dello studio associato, sono stati contattate le donne che non avevano eseguito la mammografia nel corso del 2015 e primo semestre 2016.

Sono state identificate 111 donne da sollecitare: 93 (83%) sono state contattate, 13 (12%) non risultavano più assistite per emigrazione definitiva o revoca pertanto sono state escluse dal programma, 5 (5%) non sono state contattate per mancanza di recapito.

Da tali dati emerge come la medicina di gruppo possa rappresentare il contesto per raccomandare l'adesione agli screening oncologici nella popolazione generale e promuovere misure di sorveglianza ad hoc.

**OSAS: necessità di modalità di indagine dedicate per il genere femminile**

Sezione AIDM Pavia
*Falco Carlo[1], Lanza Laura[1], Quaquarini Erica[2], Cartesegna Stefano[3], Mandrini Silvia[4].*
*[1]Otorinolaringoiatria ASST Pavia, [2]Oncologia ICS Maugeri Pavia, [3]Medicina Generale Pavia, [4]Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi.*

*Introduzione:* La sindrome delle apnee notturne (OSAS) è un disturbo frequente, caratterizzato dal rallentamento o da una o più interruzioni della respirazione del paziente durante il sonno. Poichè la donna presenta differente sintomatologia rispetto al genere maschile, l'obiettivo è stato valutare come migliorare la diagnosi di OSAS nel genere femminile in relazione alla diversa modalità di presentazione sintomatologica.

*Materiali e metodi:* Nella revisione dei pazienti afferiti presso l'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria di Vigevano (ASST Pavia) per OSAS nel periodo da gennaio 2014 a gennaio 2017 sono state prese in considerazione 8 pazienti di sesso femminile con indice di apnea/ipopnea (AHI) compreso tra 10 e 20 che presentavano valori di normalità alla scala di Epworth. E' stato chiesto alle pazienti se prima della procedura presentavano insonnia, depressione, cefalea mattutina, affaticamento, parasonnie con incubi.

*Risultati:* Tutte le pazienti riferivano insonnia e affaticamento mattutino, 6 presentavano depressione e cefalea mattutina risoltesi dopo le procedure roncopatiche multispecialistiche; una paziente presentava parasonnia con incubi.

*Conclusioni:* Il maggior numero di mancate diagnosi di OSAS nelle donne (93% contro l'82% negli uomini) può essere attribuito all'utilizzo di scale di valutazione costruite sulla base del corredo sintomatologico tipico dell'uomo. L'OSAS nella donna presenta una sua peculiarità sintomatologica che richiede lo sviluppo di modalità di indagine con questionario dedicato.

**Vertigine posizionale benigna ricorrente e deficit di vitamina D: una correlazione che frequentemente interessa la donna**

Sezione AIDM Pavia
*Falco Carlo[1], Lanza Laura[1], Cartesegna Stefano[2], Mandrini Silvia[3].*
*[1]Otorinolaringoiatria ASST Pavia, [2]Medicina Generale Pavia, [3]Medicina Fisica e Riabilitazione ASST Lodi.*

*Introduzione:* La vertigine parossistica posizionale benigna (BPPV) è il tipo di vertigine più frequente nella pratica clinica otoneurologica. Essa è caratterizzata da violente, brevi e recidivanti crisi vertiginose che insorgono quando il paziente assume determinate posizioni della testa nello spazio e che si accompagnano ad un nistagmo posizionale parossistico "tipico" nella maggior parte dei casi. I dati dell'attuale letteratura scientifica indicano una maggior frequenza di vertigine posizionale benigna ricorrente (rBPPV) nella donna, in correlazione al ridotto livello ematico di vitamina D.

*Materiali e metodi:* Sono stati considerati tutti i pazienti con rBPPV che hanno avuto accesso agli ambulatori dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria di Vigevano (ASST Pavia) nei mesi di gennaio e febbraio degli anni 2016 e 2017. La diagnosi di BPPV ricorrente si è basata su: A) storia di vertigini posizionali di breve durata (pochi secondi) B) riscontro di nistagmo posizionale tipico alle manovre diagnostiche C) esclusione di patologie a carico del sistema nervoso centrale; la condizione di ricorrenza è stata definita dall'anamnesi positiva per due o più eventi pregressi di vertigine posizionale, sovrapponibili a quello presente al momento della valutazione. E' stato misurato il livello ematico della 25-idrossivitamina D in tutti i pazienti con diagnosi di rBPPV.

*Risultati:* Nel periodo considerato sono stati riscontrati 13 casi di rBPPV (11 femmine, 2 uomini; età media 73.4 ± 5.1). Dieci delle 11 donne considerate presentavano un'età superiore ai 70 anni. Tutti i pazienti con rBPPV hanno presentato livelli ematici di 25-idrossivitamina D al di sotto dei valori della norma.

*Conclusioni:* Questo studio conferma la correlazione tra rBPPV e bassi livelli ematici di vitamina D. Si ipotizza che il meccanismo fisiopatologico alla base del deficit di vitamina D sia correlato alla ridotta esposizione solare che alle nostre latitudini contribuisce fino all'80% del fabbisogno di vitamina D. Tale dato è confermato dalla maggiore frequenza di rBPPV nella donna a fine inverno emersa in uno studio multicentrico italiano sul deficit di vitamina D nella popolazione femminile di età superiore ai 70 anni.

**SPORT ED ’INTEGRAZIONE SOCIALE DOPO DISABILITA.**
**DUE ESPERIENZE AL FEMMINILE**

*G. Fizzotti*, MR Gualea°, M. Manera^, I. Giorgi^.*
**Unità Spinale*
*°Centro Interdipartimentale di Biologia e Medicina dello Sport Università degli Studi di Pavia*
*^Servizio di Psicologia*
*Istituti Clinici Scientifici Maugeri Pavia.*
*AIDM Pavia*

Introduzione Le lesioni midollari possono determinare disabilità motorie molto gravi. I giovani sono i soggetti più frequentemente coinvolti in incidenti stradali, sportivi e nelle cadute accidentali cause principali di tali lesioni. La tetra o la paraplegia si definiscono clinicamente in relazione al livello ed all’estensione della lesione. Sia in fase acuta che cronica, la persona con esiti di mielolesione viene presa in carico dall’equipe multidisciplinare dell’Unità Spinale dove i fisioterapisti, i terapisti occupazionali, l’assistente sociale, lo psicologo, gli infermieri vengono coordinati dal medico fisiatra con lo scopo di migliorare l’autonomia del paziente. L’attività sportiva può essere inserita sia durante (1) che al termine del percorso riabilitativo (2) con l’obiettivo sia di potenziare la forza muscolare ed il controllo posturale globale della persona che l’aspetto psicologico.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare il contributo dell’attività sportiva al progetto riabilitativo individuale e di confrontare le esperienze personali di due atlete professioniste in carrozzina.

Materiale e Metodo sono state considerate 2 donne di 30 e 44 anni con lesione midollare post traumatica lombare e cervicale rispettivamente. Iimpegnate in attività sportiva a livello agonistico nelle discipline di tiro con l’arco ed handbike. Ad entrambe è stata proposta un’intervista con domande inerenti la storia sanitaria, il percorso riabilitatvo, lo sport praticato e le considerazioni personali.

Risultati Praticando handbike l’atleta ha ottenuto un rinforzo di tutta la muscolatura degli arti superiori, con un notevole miglioramento della forza del tricipite brachiale (Fig.1); inoltre è migliorata la capacità cardiorespiratoria con aumentato della resistenza allo sforzo. Dal punto di vista psicologico intraprendere questo nuovo sport le ha fornito un obiettivo concreto da seguire che le ha permesso di conoscere la realtà di persone che condividono con lei le stesse difficoltà e la stessa passione. Attraverso il tiro con l’arco l’atleta è migliorata nella coordinazione e, nella postura; sul piano psicologico ha ottenuto maggiore fiducia in se stessa affrontare paure ed incertezze. Attualmente le atlete ricoprono il titolo di campione nazionale nelle rispettive discipline.

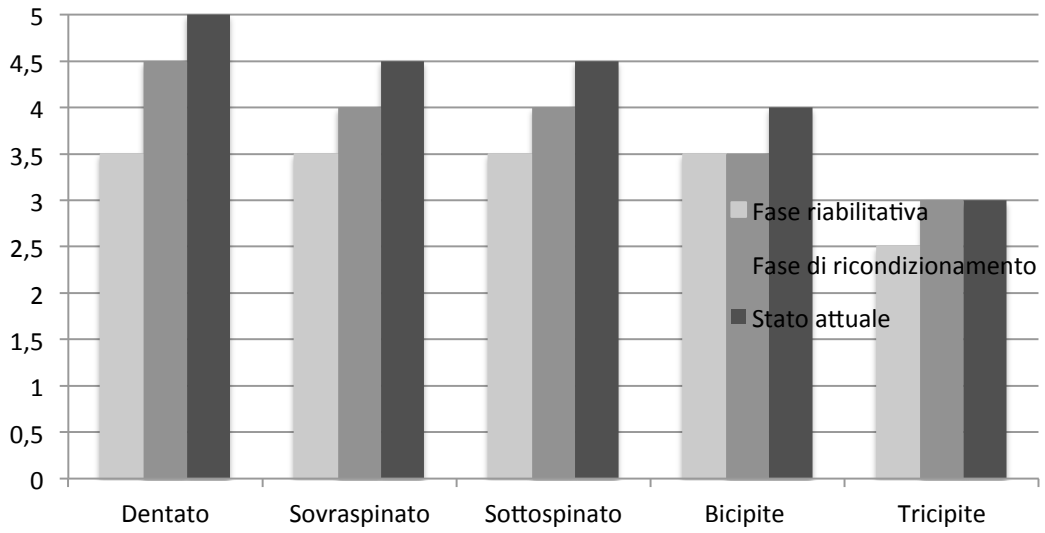



Fig1.

Conclusioni emerge l'evidenza che l'attività sportiva può avere effetti positivi fisici e psicologici nelle persone con esiti di lesione midollare e può rappresentare un'opportunità per creare nuove amicizie e facilitare l'integrazione sociale.

**BIBLIOGRAFIA**

1.Eime RM, Harvey JT, Brown WJ, Payne WR. Does sports club participation contribute to health-related quality of life? Med Sci Sports Exerc 2010; 42: 1022-8.

2. van Langeveld SA, Post MW, van Asbeck FW, ter Horst P, Leenders J, Postma K. et al. Contents of physical therapy, occupational therapy, and sports therapy sessions for patients with a spinal cord injury in three Dutch rehabilitation centres. Disabil Rehabil 2011; 33: 412-22.

# L'ATTENZIONE ALLA DONNA NELL'ESPERIENZA DELLA GRAVIDANZA A CURA DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA PERINATALE DELL'U.O.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE CRISTO RE DI ROMA

*Angela Maria Mastromatteo[1,3], Flavia Adalgisa Distefano[1], Barbara Bagnato[1], Barbara Alessandra Miraglia[1], Donatella Chiarelli[1], Antonella Triggiani[1], Veronica Toppi[2], Valentina Giordano[2], Carlo Piscicelli[1], Gabriella Nasi[1,3]*

*1 Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A. Roma*
*2 Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicosomatica dell'Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A Roma*
*3 A.I.D.M. sezione Roma Centro*

**Introduzione**

L'umanizzazione del parto è un obiettivo che l'Area Materno-Infantile dell'Ospedale Cristo Re di Roma cura attraverso il miglioramento continuo della qualità, traducendo l'esperienza pluriennale acquisita in attenzioni all'assistenza mirata.

In quest'ottica l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, in particolare, che effettua in media più di 2000 parti l'anno, dall'Ottobre 2012 garantisce al suo interno un servizio di Psicologia Perinatale attraverso lo Sportello "Parlando con mamma e papà".

Inoltre, tenuto in considerazione che ogni anno circa ottantamila neo mamme soffrono di depressione post partum ma solo 1 su 4 riceve un'adeguata diagnosi, negli ultimi due anni se ne è implementata l'analisi specifica con accertamenti finalizzati e presa in carico delle donne assistite.

**Metodi**

Il Servizio di Psicologia Perinatale è aperto alle degenti dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia e mira a coinvolgere anche i papà. Inserendosi all'interno di un percorso di assistenza integrato, in collaborazione con l'attività medica, ostetrica, infermieristica e neonatologica, l'intervento psicologico si articola in: giro visite di reparto per la conoscenza delle degenti e l'individuazione di eventuali casi con la somministrazione, in seconda o terza giornata dal parto, del Test di Edimburgo (EPDS) a tutte le puerpere. La presa in carico delle pazienti attraverso percorso diagnostico-terapeutico mirato segue l'evidenza di un punteggio elevato al test (>12).

I risultati preliminari riguardano un campione di 844 donne seguite dal servizio di psicologia perinatale dell'Ospedale Cristo Re dall'ottobre 2015 a giugno 2016.

**Risultati**

E' stata effettuata l'analisi dei dati delle puerpere e del Test di Edimburgo da cui non è emersa una relazione statisticamente significativa tra età, numero di pregressi aborti e tipologia di parto con un EPDS >11. L'attività svolta sulle donne reclutate è stata

incentrata sulla prevenzione della depressione post-partum con l'effettivo riconoscimento di casi degni di approfondimento psicologico. Il 7% del totale di donne presentava un test >11 per cui sono state prese in carico attraverso psicoterapie brevi o counselling con riduzione delle forme gravi delle sofferenze psicologiche nel post-partum. Le aree tematiche emerse durante i colloqui di approfondimento hanno interessato vissuti ansiosi così ripartiti: per il 21% legati alla gravidanza o al momento del parto, per il 20% riferiti alla salute del bambino, per il 13% relativi alla gestione di altri figli precedenti, per l'11% correlati alle cure del bambino e al rientro a casa, per il 10% relazionati a pregressi psichiatrici e per il resto rapportati ad altra miscellanea.

**Conclusioni**

I risultati preliminari incoraggiano a proseguire l'attività di prevenzione delle donne nel periodo perinatale incrementando l'assistenza psicologica nei centri nascita e promuovendone la crescita nonché il coinvolgimento integrato multi-professionale e familiare.

## RUOLO DELLA RADIOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE ONCOLOGICO

*Dr.ssa Luigia Chirico, Radioterapia Oncologica, Ospedale, Terni*

In Italia sono circa 30mila le donne con neoplasia della mammella in fase metastatica.
La sede più frequente di metastasi è rappresentata dalle ossa (70% ) ed il sintomo più frequente è Il dolore (50%).
Il dolore può essere di tipo nocicettivo quando le terminazioni nervose sensitive del dolore (nocicettori) sono direttamente stimolate dal tessuto tumorale in espansione,
e neuropatico quando deriva dalla compressione di midollo o radice nervosa. Può presentarsi come dolore acuto ( dolore acuto in senso stretto o episodico intenso ) o come dolore cronico.
Più spesso, in fase avanzata, è definito come "dolore totale" costituito da una componente fisica rappresentata dal sintomo e da una componente psicologica-sociale che determina depressione, senso di inadeguatezza, sensazione di solitudine e abbandono.
Il controllo del dolore è, quindi, una condizione necessaria ma non sufficiente per un miglioramento della qualità della vita ( QdV) della paziente.
La valutazione della QdV si basa, infatti, sulla percezione soggettiva che ogni individuo ha del suo stato di salute e l'influenza di fattori oggettivi (nausea, vomito, dolore ) varia da soggetto a soggetto. Lo studio della QdV nei trattamenti palliativi è fondamentale perché, attraverso l'utilizzo di semplici questionari a risposta multipla forniti alla paziente, è possibile stabilir l'efficacia e l'utilità di un trattamento.
Radioterapia, chirurgia, chemioterapia e/o ormonoterapia insieme alle terapie di supporto concorrono al trattamento delle metastasi ossee da carcinoma mammario.
La strategia terapeutica deve sempre essere condivisa in maniera collegiale dalle figure specialistiche che partecipano al Gruppo Oncologici Multidisciplinare, tenendo conto delle condizioni della paziente e delle caratteristiche della neoplasia.
I meccanismi che mediano l'effetto antalgico della radioterapia non sono del tutto noti:
La riduzione del dolore dopo il trattamento è troppo rapida (24-48 ore) rispetto all'effettiva riduzione della massa tumorale, si pensa , quindi, all'esistenza di altri meccanismi, quale l'azione delle radiazioni ionizzanti sugli osteoclasti e sul sistema regolatore RANK-RANKL.
Per la radioterapia vengono utilizzati acceleratori lineari multienergetici dotati di collimatore multilamellari che permettono di conformare il campo di irradiazione alla zona da irradiare risparmiando i tessuti sani circostanti(radioterapia conformazionale).

La scelta del frazionamento della dose ha un ruolo importante nei trattamenti palliativi in quanto la riduzione degli accessi permette di migliorare la QdV della paziente. Con l'ipofrazionamento è possibile, aumentando la dose per frazione/giornaliera, ridurre il numero delle frazioni. Molti sono stati gli schemi di ipofrazionamento utilizzati. Ormai è stato dimostrato che 8 Gy/dose unica è equivalente per efficacia agli altri schemi di ipofrazionamento. Il miglioramento delle tecniche di imaging permette la diagnosi sempre più precoce di metastasi ossee singole o di numero limitato (oligometastasi).

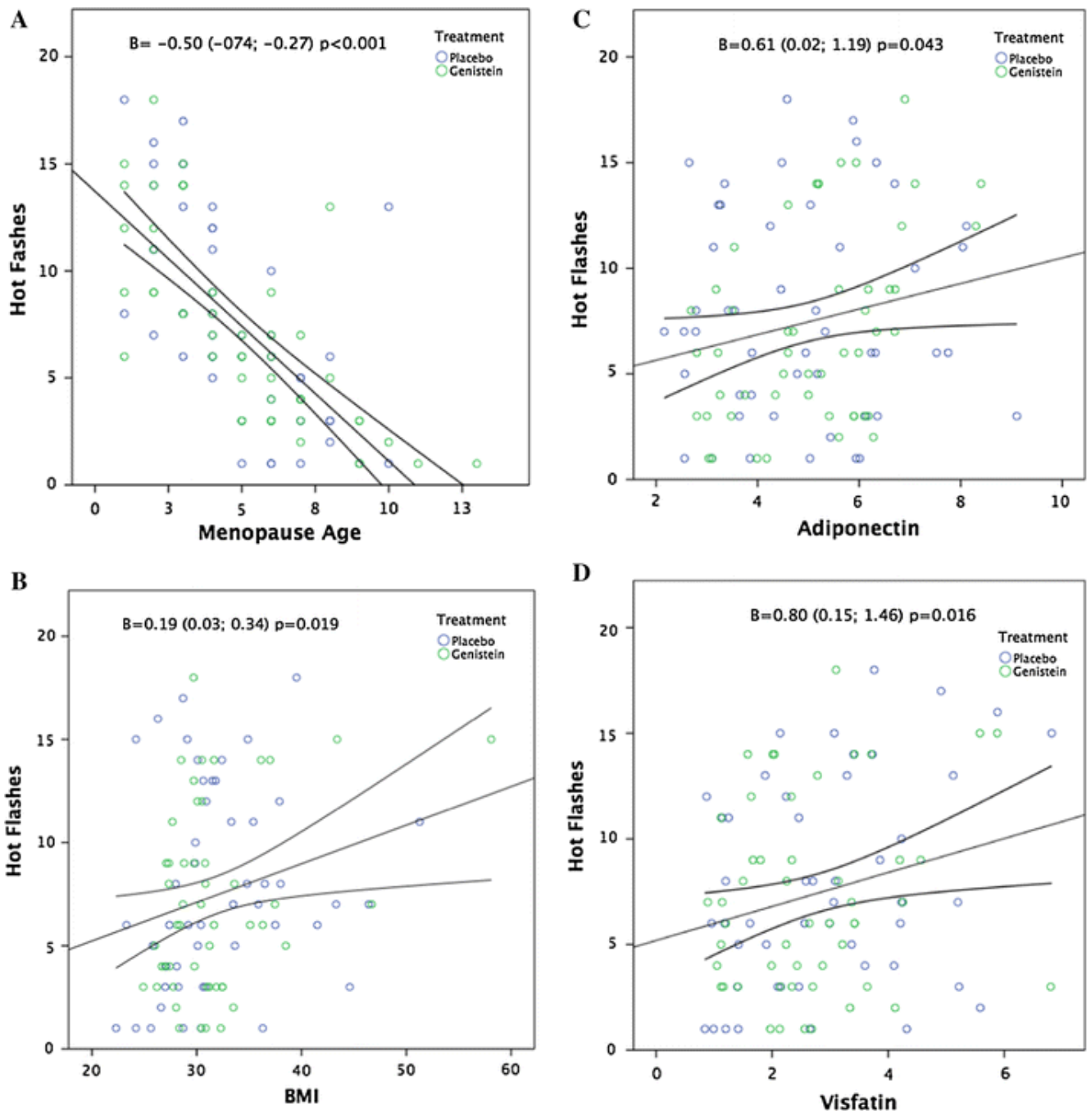
Queste pazienti con buona prognosi e lunga aspettativa di vita, possono giovarsi di tecniche radioterapiche più sofisticate quali la radiochirurgia o la Radioterapia stereotassica frazionata per ottenere con alte dosi un controllo prolungato e della malattia e del sintomo

La Radioterapia stereotassica frazionata può inoltre essere utilizzata per il ritrattamento di metastasi già trattate a livello della colonna vertebrale con Radioterapia standard.

## I LIVELLI DI VISFATINA QUALI PREDITTORI DI VAMPATE IN DONNE IN MENOPAUSA CON SINDROME METABOLICA.

Alessandra Bitto[1,2], Francesco Squadrito[1], Rosamaria Petrelli[2]
[1]*Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Messina*
[2]*AIDM, Tirreno Milazzo (ME)*

La visfatina è una citochina pro-infiammatoria prodotta dal grasso viscerale e durante la menopausa è noto l'incremento del grasso viscerale, soprattutto nei soggetti con sindrome metabolica. Inoltre è noto che le donne in sindrome metabolica soffrono di vampate di calore più intense e frequenti delle donne normopeso. In questo studio 120 donne con sindrome metabolica sono state randomizzate e trattate per un anno con genisteina (un isoflavone estratto dalla soia) o placebo in aggiunta alla terapia effettuata per il trattamento della sindrome metabolica (antidiabetici, antiipertensivi, etc). La genisteina è già nota per i suoi effetti sulla sintomatologia climaterica e per il suo ottimo profilo di sicurezza. All'inizio ed alla fine dello studio a tutte le donne è stato sottoposto un questionario per verificare l'intensità ed il numero di vampate giornaliere. Inoltre, sia al basale che dopo un anno di trattamento sono stati dosati i livelli plasmatici di visfatina. Al basale è stata osservata una forte correlazione tra indice di massa corporea, livelli di visfatina e vampate. Al termine dei 12 mesi di trattamento il gruppo di pazienti che aveva ricevuto genisteina alla dose di 54mg/die ha mostrato una notevole riduzione sia dei livelli plasmatici di visfatina che del numero e della intensità delle vampate. I nostri risultati indicano, pertanto, un effetto diretto della genisteina nel ridurre la visfatina e le vampate e promuovono ulteriormente l'utilizzo di questo isoflavone nella terapia della sintomatologia climaterica.


A
B= -0.50 (-074; -0.27) p<0.001
Treatment
Placebo
Genistein
Hot Fashes
Menopause Age
C
B=0.61 (0.02; 1.19) p=0.043
Treatment
Placebo
Genistein
Hot Flashes
Adiponectin
B
B=0.19 (0.03; 0.34) p=0.019
Treatment
Placebo
Genistein
Hot Flashes
BMI
D
B=0.80 (0.15; 1.46) p=0.016
Treatment
Placebo
Genistein
Hot Flashes
Visfatin

## L'AGOPUNTURA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA

*Dott.ssa Gisella Airola - Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia – S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia 1 – O.I.R.M. S.Anna – Torino*
*AIDM Città Metropolitana di Torino*

Negli ultimi anni il mondo occidentale ha visto una crescita esponenziale della domanda dell'utenza nei confronti delle Medicine non Convenzionali. Nel 1997, anche grazie alla mole di studi scientifici redatti secondo i rigorosi criteri della Medicina basata sulle evidenze, si è giunti alla Consensus Conference dei National Institutes of Health statunitensi a favore dell'agopuntura. Fra tutte le discipline comprese nel termine "Medicine non Convenzionali" l'agopuntura è quella che ha ottenuto conferma di totale validità e sicurezza d'applicazione. In Medline sono attualmente raccolte circa 25900 pubblicazioni scientifiche relative all'agopuntura. Nel 1999 negli Stati Uniti il numero di consultazioni per prestazioni di medicina non convenzionale aveva superato quello per prestazioni mediche convenzionali. Nello stesso anno l'Istituto Superiore di Sanità rilevava che nel nostro Paese oltre 12 milioni di italiani ricorrevano saltuariamente all'agopuntura, mentre 3,5 milioni ne erano utilizzatori abituali. Presso l'Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S.Anna di Torino, afferenti alla S.C.D.U. Ginecologia e Ostetricia 1 diretta dalla Prof.ssa Chiara Benedetto, sono attivi, rispettivamente dal 1993 e dal 1997, due servizi espressamente dedicati all'utenza femminile: il Centro Cefalee della Donna e il Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia dove vengono erogate prestazioni di agopuntura per una serie di patologie in cui la metodica è particolarmente efficace e dove viene svolta una costante attività di ricerca che ha condotto alla pubblicazione di numerosi lavori su prestigiose riviste internazionali. Le principali indicazioni dell'agopuntura in ginecologia sono i disturbi del ciclo mestruale (amenorrea, oligo e polimenorrea, iper e ipomenorrea), il sostegno alla riproduzione, le algie perimestruali (sindrome premestruale, dismenorrea, emicrania mestruale), le algie pelviche da endometriosi, le infezioni recidivanti del tratto genitale femminile, i disturbi del climaterio e della menopausa in particolare nelle pazienti con controindicazioni oncologiche o trombofiliche alla terapia ormonale sostitutiva e l'iperemesi post-chemioterapica. Per quanto riguarda l'ostetricia l'agopuntura è un valido presidio terapeutico in caso di nausea e vomito gravidici, di lombosciatalgia, di sintomatologie algiche e di emicrania in gravidanza. Un impiego elettivo, da effettuarsi tra la 33ª e la 35ª settimana di gestazione, è volto a favorire il rivolgimento in caso di presentazione podalica del feto. Va ricordata, inoltre, la possibile applicazione durante il travaglio di parto sia per l'induzione che per potenziare e ottimizzare le contrazioni uterine.

Durante il puerperio, infine, può sostenere la lattazione in caso di ipogalattia. Risulta chiaro come l'agopuntura possa fornire un'opzione terapeutica particolarmente valida per le donne la cui fisiologia, caratterizzata dagli eventi riproduttivi, richiede nelle diverse fasi della vita una specifica attenzione ai delicati equilibri ormonali e alla tutela del feto.

.

## CENTRO DI PRIMO LIVELLO PER LA DIAGNOSI E CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) IN ETÀ EVOLUTIVA.

*Silvia Drago - medico psichiatra-NPI , AIDM Torino; Silvia Gervasio - medico dietologo*

I DCA costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche definite nelle classificazioni psichiatriche "Severe mental Illness" che necessitano di trattamenti specializzati ad alto livello di integrazione. I DCA richiedono un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare, come sottolineato dal documento pubblicato dalla Commissione di Studio per l'assistenza ai/alle pazienti affetti/e da anoressia e bulimia nervosa del ministero della Sanità, dalle linee guida e dalla letteratura scientifica. I dati epidemiologici internazionali indicano, nei paesi industrializzati, una prevalenza fra **le adolescenti e le donne adulte dell'1-3% per la bulimia nervosa** e **dello 0,5-1% per l'anoressia, 6% i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS)**. In adolescenza **nell'anoressia il rapporto maschi/femmine è di 1 a 9/10**. Queste patologie sono sempre più frequenti in età evolutiva, presentano un abbassamento della soglia d'insorgenza in età prepubere e richiedono per la diagnosi e la terapia il concorso di specialisti diversi in una strategia multidimensionale, con accenti differenziati a seconda dell'età del/della paziente, del tipo e della fase di malattia. L'integrazione delle professionalità è intesa come condivisione di competenze specialistiche all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico. Nell'ottica di una attività di diagnosi e cura dei DCA nell'età evolutiva si configura una stretta collaborazione interdisciplinare fra la Neuropsichiatria infantile e la Nutrizione clinica e dietetica. Dal 2010 è attivo presso l'attuale ASL Città di Torino un centro di primo livello per la diagnosi e la presa in carico terapeutica dei DCA con modalità integrate di cura. Nel centro sono coinvolte la Dr.ssa Drago, referente dell'Equipe, per la Neuropsichiatria infantile (Direttore FF Dr.ssa Baiona) e la Dr.ssa Gervasio, medico dietologo, per la Nutrizione clinica e dietetica cui si affianca la collaborazione di psicologhe e dietiste. In questa fase si applicano protocolli diagnostici e terapeutici per confermare la diagnosi di DCA e discriminare i/le pazienti che necessitano di protocolli terapeutici complessi, cioè da inviare al livello successivo, da quelli che possono seguire un percorso ambulatoriale presso un centro di primo livello. Il percorso ambulatoriale consente di mettere in atto il programma terapeutico senza modificare l'assetto di vita del/della paziente. L'approccio terapeutico ambulatoriale deve prevedere l'utilizzazione combinata del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico con trattamento di supporto per i familiari. Per affrontare la complessità dei DCA è necessario

creare le condizioni per un efficace lavoro di rete all'interno di percorsi diagnostico assistenziali appropriati e accessibili fra strutture ospedaliere e territorio.

Nel nostro Centro dal 2010 al 2016 sono stati presi in carico 93 pazienti affetti/e da DCA, di età compresa fra gli 8 e i 17 anni di cui 40 con diagnosi di Anoressia nervosa, 16 di Bulimia e 37 EDNOS. Dei 19 maschi (20% della casistica) 3 risultano affetti da Anoressia e 16 da EDNOS. Delle 74 femmine (80%) a 38 è stata assegnata diagnosi di Anoressia, a 16 di Bulimia ed a 20 di EDNOS.

## DALLE SOSTANZE AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ALL'INDUZIONE DI NEOPLASIA

*Laura Ferrara medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva*
*Tiziana Borsatti medico specialista in Anestesia e Rianimazione*
*Sezione AIDM della Città Metropolitana di Torino*

Nell'ambito delle dipendenze la Regione Piemonte, già a metà degli anni '90, ha visto nascere lo "Studio VEdeTTE", progetto multicentrico con l'obiettivo di valutare l'efficacia del trattamento nei tossicodipendenti da eroina. Nel 2006 nasce il gruppo di lavoro "VEdeTTE DONNE" con l'obiettivo di analizzare in maniera più approfondita le differenze di genere (differente morbosità, mortalità, prevalenza delle malattie croniche e cardiovascolari) con appropriatezza di prescrizione sia delle terapie sia dei percorsi psicoterapici di supporto. Nel 2013 la Commissione Regionale per le Pari Opportunità del Piemonte ha stimolato la realizzazione del report "Consumo, consumo problematico e comportamenti di dipendenza da sostanze psicoattive nel genere femminile: progetto per un percorso conoscitivo e preventivo nella Regione Piemonte", orientato alla conoscenza delle differenze di genere nel consumo di sostanze e alla elaborazione di programmi di intervento genere-specifici sul territorio. La stessa Commissione nel 2014 ha commissionato il Rapporto di ricerca "Consumo e comportamenti di dipendenza con e senza uso di sostanze nel genere femminile: progetto per un percorso conoscitivo nella Regione Piemonte" da cui emerge che le donne utilizzano sostanze psicotrope alla stregua degli uomini ed esistono significative differenze di genere nelle varie forme di dipendenza nei comportamenti di abuso, nei fattori di rischio, nei meccanismi neuro-ormonali, nella risposta ai trattamenti. I determinanti ambientali giocano un ruolo essenziale. Mentre gli uomini hanno più problemi della sfera sociale (con utilizzo di eroina, alcol e marijuana), le donne hanno più problemi della sfera psichica (con utilizzo maggiore di sedativi e ansiolitici). Nonostante le donne inizino l'uso di sostanze ad un'età superiore agli uomini,diventano dipendenti più velocemente e richiedono trattamenti più rapidi; inoltre l'abuso di alcol, anche a basse dosi, è ormai riconosciuto nel genere femminile come fattore responsabile di patologie tumorali. Il consumo di alcol, dal menarca alla prima gravidanza, incide sul meccanismo dei folati, portando ad alterazioni della sintesi e riparazione del DNA. La mammella, durante questo particolare periodo, è più vulnerabile all'effetto di agenti carcinogenetici in quanto soggetta a maggior proliferazione cellulare (un'analisi del consumo di alcol in 91.005 donne di età compresa tra i 25 e i 44 anni ha evidenziato un maggior rischio di carcinoma della mammella). L'alcol sembra aumentare il livello di estrogeni circolanti, stimolando ulteriormente la crescita cellulare. Il meccanismo molecolare dell'azione dell'alcol ed i suoi effetti sui recettori degli estrogeni nelle cellule tumorali della mammella inducono l'azione espressiva del gene BRAF, proto-oncogene

coinvolto nello sviluppo del carcinoma della mammella, rendendo anche meno efficace l'uso del Tamoxifene. Una meta-analisi sull'associazione tra consumo di alcol e carcinogenesi basato su 572 studi ha rilevato che il rischio di cancro al seno aumenta anche in seguito ad un moderato consumo di alcol. Per quanto riguarda i Disturbi del Comportamento Alimentare ultimamente si è sviluppato per queste patologie un approccio integrato alla cura della persona.

## FOCUS SULLA MEDICINA DI GENERE IN PIEMONTE

*Gabriella Tanturri- Otorinolaringoiatra*
*Teresa Sorrentino – Radiologa*
*AIDM Torino*

Da metà gennaio 2017 è operativo il Tavolo permanente di lavoro e confronto sulla Medicina di Genere della Regione Piemonte, costituito su iniziativa degli Assessorati alle Pari Opportunità e alla Sanità. L'AIDM di Torino ha svolto una analisi delle Politiche internazionali, nazionali e regionali già in atto, delle Società Scientifiche e dei principali centri di ricerca attivi, per contribuire all'individuazione di priorità e di proposte concrete attuabili in Regione. A livello nazionale, l' evento recente più significativo è la nascita del Centro di riferimento nazionale per la Medicina di Genere presso l'Istituto Superiore di Sanità, che ha in corso numerosi progetti di ricerca su tematiche di genere. Inoltre, a dicembre 2016 la Conferenza Nazionale Permanente dei Presidenti di corso di laurea in Medicina ha approvato la mozione per l'inserimento della Medicina orientata al genere in tutti gli insegnamenti delle scuole di medicina italiane. A livello regionale, alcune Regioni (Lombardia, Basilicata) hanno attribuito ai Direttori Generali obiettivi di medicina di genere; la Toscana ha un Centro regionale di coordinamento, centri in ogni Azienda sanitaria, ed effettua un report regionale sulla salute di genere; diverse regioni hanno programmi di formazione degli operatori sanitari; la provincia autonoma di Bolzano ha una sezione dedicata alla medicina di genere nella Biblioteca Virtuale della Salute, di cui una parte a disposizione degli operatori, ed una a disposizione della popolazione. L'Osservatorio epidemiologico della Puglia ha definito i criteri per la raccolta dei dati in ottica di genere. Numerose società scientifiche hanno gruppi di studio ad hoc, ma le uniche linee guida gender oriented esistenti sono al momento le ESC 2012 per la prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica.
Eventuali proposte operative devono essere appropriate, sostenibili, eque.
L'analisi ISTAT 2012 sulle 10 cause di morte più frequenti in Italia per genere evidenzia che le prime 4 cause di morte nelle donne (quasi il 40% del totale) sono cardio-cerebrovascolari. Per gli uomini rappresentano il 31,5% del totale, dato l'alto indice di mortalità legato ai tumori delle basse vie respiratorie. Anche per le donne peraltro le malattie croniche respiratorie e i tumori polmonari sono una causa di morte ben più frequente del tumore al seno.
Sulla base di queste considerazioni, sono stati indicati come possibili interventi prioritari: **LA CARDIOLOGIA D'URGENZA** (definizione di procedura per valutazione diagnostica dei - delle pazienti con dolore di sospetta origine cardiaca che affluiscono ai Dipartimenti d'Emergenza, con formulazione di **anamnesi** gender oriented, **valutazione sintomatologica**

consapevole delle differenze di genere, diagnosi mediante uso della **troponina ultrasensibile** con valori differenziati per genere**, formazione obbligatoria** di infermieri del triage e medici**). L'AGGIORNAMENTO E LA FORMAZIONE,** focalizzate in particolare su cardiologia, pneumologia e farmacologia, anche mediante l'istituzione di una sezione dedicata alla medicina di genere nella BVS della Regione Piemonte. L'attivazione di un **PROGRAMMA DI FARMACOVIGILANZA** gender oriented**.** L'attivazione di **SISTEMI DI RACCOLTA DATI** che contemplino sempre genere ed età. Tali proposte sono state presentate agli Assessorati alle Pari Opportunità e alla Sanità regionali.

## PROGETTO STEREOTIPI DI GENERE IN MEDICINA

*Dr.ssa Gabriella Tanturri Otorinolaringoiatra –*
*dr.ssa Mariasusetta Grosso Medico Igiene e Sanità Pubblica –*
*AIDM Città Metropolitana di Torino*

Gli stereotipi di genere, condizionanti nelle relazioni sociali e culturali quotidiane, influenzano anche l'atteggiamento clinico – diagnostico dei medici verso i/le pazienti? Al contrario, la consapevolezza di genere può essere supporto e facilitazione per una visione diagnostico/terapeutica più appropriata? Per indagare questi aspetti, - il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino, - l'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM), sezione di Torino, - la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) – sezione Piemontese , hanno condotto una ricerca originale, tramite un questionario validato a livello internazionale, ed arricchito di una parte clinica..
Il questionario è stato sottoposto a 431 medici abilitati alla professione (55.5% uomini, 44.5% donne), età compresa tra i 27 e i 72 anni (età media 50; D. S. = 13.5). 72.2%: medici di medicina generale (MMG), 28%: medici di medicina generale in formazione (MMGF). Il 24.4% aveva partecipato a incontri sul tema della medicina di genere. L'85.6% lavora in Piemonte, di questi il 78.2% nella provincia di Torino, circa il 70% nella Città di Torino. Il campione, data la dimensione numerica, è statisticamente rappresentativo in particolare per i MMG della Città di Torino.
L'analisi delle diverse scale (consapevolezza di genere, stereotipizzazione, empatia, sessismo benevolo o ostile….) ha dimostrato differenze interessanti tra medici maschi e femmine, e tra medici di entrambi i sessi in attività e medici in formazione. Le nuove generazioni dimostrano complessivamente atteggiamenti meno stereotipati. In particolare, i medici in formazione hanno dimostrato un buon grado di empatia verso i/le pazienti senza differenze tra maschi e femmine, mentre tra i medici in attività le donne hanno dimostrato maggior capacità di "mettersi nei panni" del/della paziente. Per quanto riguarda il sessismo benevolo verso le donne è emersa un'interazione tra il genere e l'essere un MMG o un MMGF: mentre le donne, con l'avanzare del tempo di professione, tendono a diventare meno sessiste, per gli uomini accade il contrario; i MMG tendono a essere più sessisti dei loro colleghi MMGF. Rispetto al sessismo ostile verso le donne emerge un effetto del genere e un effetto dovuto all'interazione tra genere e professione. Nello specifico, mentre non ci sono differenze tra uomini e donne nel caso dei MMGF, una volta specializzati gli uomini ottengono punteggi più elevati su questa sottoscala.

Viceversa, rispetto alle specializzande, le donne medico già formate presentano un livello più basso di sessismo ostile . Lo stesso andamento si rileva per il sessismo benevolo verso gli uomini, senza differenze invece relativamente al sessismo ostile verso gli uomini.

L'analisi della parte clinica dei questionari ha dimostrato preoccupanti lacune, e bisogni formativi impellenti: ad es. più del 40% degli intervistati tra i MMG non sanno che l'IMA nella donna ha sintomi diversi che nell'uomo, la metà è convinta che le donne muoiano più per Ca alla mammella che per infarto , poco meno del 40% non conosce l'aumentato rischio di osteoporosi negli uomini in terapia per Ca della prostata.

## ATTUALITÀ DI UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI NEL SESSO FEMMINILE

*Mariagrazia Sclavo,Cardiologia Istituto Monzino, Ivrea;*
*Gabriella Tanturri, Otorinolaringoiatra - AIDM Torino*

Le donne presentano un rischio assoluto di malattia coronarica inferiore rispetto agli uomini, ma quando sopraggiunge un evento le conseguenze in termini di costi e di perdita di aspettativa e qualità di vita sono maggiori che nei maschi. La curva dell'incidenza degli eventi coronarici e vascolari nell'arco di 60 anni nel mondo, mentre ha mostrato un andamento costantemente in declino negli uomini, è stata complessivamente in aumento nelle donne, di qui l'urgenza di definire la speciale natura dei determinanti del rischio e le caratteristiche manifeste nelle donne in pre- e post-menopausa poiché in queste due fasi si osservano differenze nei sintomi, nelle caratteristiche, nella presentazione e nella prognosi della malattia cardiovascolare. Si sono evidenziate variazioni nella prevalenza e nella qualità dei fattori di rischio negli anni 1999/2000 e 2012 come testimoniato dai dati dell' Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, Progetto Cuore.

Scopo: valutazione osservazionale dei fattori di rischio in una popolazione femminile suddivisa in fasce di età e afferente ai campus di prevenzione incentrati a) sul richiamo all'attività fisica e b) allo screening dell'ipertensione, organizzati in collaborazione tra l'ASL 1/2 della città di Torino e Gruppi di Servizio(Lions), in collaborazione con la Regione Piemonte.

Metodo: distribuzione con richiesta di autocompilazione di un questionario a risposta binaria sui fattori di rischio, abitudini di vita, eventi in gravidanza, terapie ormonali. Sono stati presi in considerazione anche i fattori di rischio emergenti relativi alle malattie infiammatorie e all' autoimmunità e alla percezione dell'autoesposizione allo stress. La distribuzione è iniziata ed è tuttora in corso durante gli eventi di prevenzione programmati da inizio anno e previsti in serie per l'anno 2017 e 2018.

Conclusione: 1)la raccolta e l'analisi dei dati del questionario sarà un utile oblò per un'indagine epidemiologica di comparazione, seppur limitata, tra la situazione cittadina fotografata dall'Osservatorio Italiano e la realtà attuale della prevalenza dei fattori di rischio a distanza di anni dalla diffusione di campagne di prevenzione sulla popolazione; 2)le risposte al questionario implicano l'informazione e presa di coscienza sui determinanti delle malattie cardiovascolari nel sesso femminile e l'auspicabile messa in atto di corretti comportamenti per l'eliminazione del rischio modificabile; 3)il target di una "salute cardiovascolare ideale" correlabile alla categoria con il più basso rischio, comporta

l’implementazione di sani stili di vita nella popolazione femminile attraverso la promozione di adeguate iniziative di politica sanitaria in ambito comunitario conseguenti in particolare alla diffusione della medicina di genere.

## STUDIO DELLA DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI/DELLE DIPENDENTI DELLA EX A.O.U.SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO NEL TRIENNIO 2010-2012

*(a cura di un gruppo di lavoro del cug del presidio Molinette cui partecipano medici, biologhe, tecniche di laboratorio, amministrative)*

*Maria Teresa Sorrentino Radiologia Ospedaliera CItta' della Salute e della Scienza di Torino - AIDM SEZIONE DI TORINO*

Lo studio svolto consiste in un'analisi di genere dei dati occupazionali e del salario nel triennio 2010-2012,confrontando i dati con quelli ottenuti nel quadriennio 1999-2002.Il salario è stato analizzato nelle tre parti costitutive fisso, accessorio, di risultato, con esclusione di maternità e part-time .La percentuale media di donne è del 68',8%, gli uomini sono il 31,2%.

La media del monte emolumenti percepito risulta del 55,7% a beneficio degli uomini e del 44,3% a beneficio delle donne .Nonostante nella professione medica si assista ad una progressiva femminilizzazione ( gli uomini erano il 59%nel 1999, scendendo al 56%nel 2002 ed al 52% nel 2012), nella dirigenza medica non apicale esiste un differenziale salariale statisticamente significativo con una media nei 3 anni di 2500 Euro a favore degli uomini soprattutto nella componente fissa del salario che rappresenta il 90% del totale e rispecchia la sperequazione nelle progressioni di carriera, confermando i dati dello studio precedente. Vi è un minor differenziale, anche se significativo, nel salario accessorio (sempre a favore degli uomini) e un differenziale statisticamente significativo a favore delle donne nel salario di risultato che non compensa il differenziale complessivo a favore degli uomini.

Nella dirigenza medica apicale gli uomini rappresentano il 74% del totale, le donne il 26%, senza differenziali statisticamente significativi ne' nel totale degli emolumenti ne' nelle voci costitutive.SI dimostra ancora una volta l'estrema difficoltà di accesso ai ruoli dirigenziali alti anche in sanità.

Le donne in part-time rappresentano, su tutti i dipendenti, mediamente il 17,5%, gli uomini il 2,3%

La media dei giorni trascorsi in congedo per maternità per gli uomini è di 17,5 e per le donne di 89.

Ancora una volta le situazioni lavorative che comportano una decurtazione del reddito pesano quasi esclusivamente sulle donne.

Il modello di regressione lineare multivariato saggiato per classe di anzianità e sesso dimostra ancora una volta che la variabile "sesso femminile " è sempre fortemente

significativa nel determinare una sensibile diminuzione di emolumenti in tutte le categorie e per tutti gli anni analizzati, a conferma del dato riscontrato nel quadriennio 1999-2002.

## LUCI ED OMBRE SULLA DIETA MEDITERRANEA

*dr.ssa Paola Sbisà*
*Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione*
*AIDM sezione di Trieste*

La dieta mediterranea ha un impatto comprovatamente positivo sulla salute ed un ruolo fondamentale nella prevenzione delle malattie non trasmissibili. La popolazione della penisola italiana ormai da millenni si nutre prevalentemente con granaglie integrate con abbondanti e vari tipi di vegetali, leguminose, prodotti lattiero caseari e modeste quantità di carni di animali terrestri e marini. Il tutto prevalentemente condito o preparato con olio di oliva. Tuttavia abitudini alimentari molto diverse tra di loro si sono radicate nei vari paesi lambiti dal Mar Mediterraneo soprattutto in dipendenza della latitudine e della altitudine. In Italia, ad esempio, vi sono le zone montane, a più elevato consumo di carni fresche e conservate e di prodotti lattiero caseari,ma nonostante tale diversità la popolazione Italiana nel suo complesso risulta globalmente avvantaggiata in salute rispetto a popolazioni nordiche. Dieta mediterranea significa anche cultura ed esperienza secolare in agricoltura, pesca, allevamento e gastronomia. La perdita di queste tradizioni e l'adozione di differenti, e più remunerative tecniche agro alimentari, rappresenta un serio pericolo per la nostra alimentazione. In particolare la qualità dei processi di conservazione dei cibi, che certamente hanno portato ad un miglioramento globale della salute della popolazione contribuendo ad una drastica riduzione dell''incidenza di malattie trasmissibili, oggi possono costituire un problema emergente.Una nutrizione adeguata dipende da un equilibrato introito di energia e di nutrienza, fattori che a loro volta dipendono dalla completezza e biodisponibilità dei nutrienti negli alimenti, dalla qualità di questi e dalla varietà della dieta. Il cibo fresco e stagionale è certamente di qualità nutrizionale superiore a quello sottoposto a lungo stoccaggio ed a procedimenti di conservazione. L'azione negativa sulla salute di sostanze inquinanti diffusi nell'ambiente in tutte le tre matrici, terra aria, acqua o posti volontariamente dall' industria nei cibi è ormai comprovata. Lo stile alimentare ed il cibo sono in grado di interferire con i nutrienti, con gli ormoni, i mediatori endocrini, il sistema immunitario, il microbiota, la funzionalità della parete intestinale e di influenzare la programmazione del DNA. Ci ritroviamo oggi in una società opulenta dove, sebbene l'eccesso energetico costituisca il principale generatore di patologie, non sono escluse le malnutrizioni in difetto. Alle tradizionali carenze del secolo passato si sono sostituite delle carenze paradosse dovute ad inadeguatezza dello stile alimentare o ad interferenze (ad esempio i metalli pesanti e lo iodio), che costituiscono un problema di

grande attualità perché corresponsabili di numerose patologie endocrine, degenerative ed immunomediate, oggi in sensibile aumento e con una spiccata prevalenza nel genere femminile. ’alterata tolleranza verso alimenti, in particolar modo verso il frumento, costituisce oggi un importante problema e richiede ancora approfondimenti scientifici ed un preciso inquadramento clinico diagnostico. La celiachia, è in aumento in Italia ed è prevalente nel sesso femminile con un rapporto maschi femmine di 1:2,5. Tutto ciò desta preoccupazione e disorientamento in tutta la popolazione, ponendo l’interrogativo su che cosa sia cambiato e se tali mutazioni siano avvenute negli alimenti o nella risposta individuale ad essi. L’approfondimento scientifico dell’ etiologia di tali patologie e delle differenze di genere sono il target della nostro programma AIDM.

XXXVII^ congresso nazionale
Trieste 26 - 27 - 28 maggio 2017