



ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE MEDICO

XXXIX CONGRESSO NAZIONALE

SALERNO

AIDM 2019

11 • 12 • 13
OTTOBRE

MALATTIE AUTOIMMUNI E
DIFFERENZA DI GENERE

11 OTTOBRE

Salone dei Marmi • Comune di Salerno

12-13 OTTOBRE

Grand Hotel Salerno

ABSTRACT
BOOK



Benvenute a Salerno per il **XXIX Congresso Nazionale AIDM**.

Dopo i successi riportati dalle nostre socie a New York, dove abbiamo avuto la possibilità di presentare i nostri elaborati in un ambiente internazionale, ci ritroveremo in questa splendida città per confrontarci e aggiornarci su tematiche a noi care. Quest'anno è stato pubblicato il piano per la formazione e la diffusione della medicina di genere e l'AIDM, protagonista in questo settore ormai da diversi anni, raccoglie con entusiasmo questo mandato.

In questo convegno affronteremo il tema delle differenze di genere nelle malattie autoimmuni e sono certa che avremo modo di raccogliere importanti informazioni per la salute dei nostri pazienti.

Per dare l'opportunità a tutte le sezioni di partecipare e condividere con le altre la propria produzione scientifica abbiamo realizzato, come è ormai consuetudine da qualche anno, il libro degli abstract che verrà distribuito al congresso e inserito in formato pdf sul nostro sito: www.donnemedico.org

Tra gli obiettivi della nostra associazione c'è la promozione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche che tenga conto anche delle differenze derivanti dal genere, per garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura. Il libro degli abstract rappresenta quindi una testimonianza di come le sezioni si adoperano per raggiungere gli scopi e promuovere le attività della nostra associazione su tutto il territorio nazionale.

Grazie a tutte per aver inviato i propri elaborati e al comitato scientifico AIDM che ne ha reso possibile la pubblicazione.

Buon lavoro a tutte e buon soggiorno a Salerno

Antonella Vezzani
Presidente Nazionale AIDM

Giuseppina Plaitaino
Presidente Sezione AIDM Salerno

In qualità di coordinatrici del Comitato Scientifico Nazionale abbiamo assunto, tra gli altri incarichi, anche quello di raccogliere gli abstract inviati da numerose socie di molte sezioni d'Italia, per permettere a tutte le iscritte la fruizione delle ricerche, studi, approfondimenti e pratiche, molte delle quali interessanti e innovative, che tante colleghe stanno sviluppando, e che contribuiscono non solo alla crescita e diffusione della medicina di genere, ma anche alla crescita di una cultura del riconoscimento delle peculiarità di uomini e donne, della ricerca delle differenze e dei loro motivi, del rispetto sia delle donne, che delle donne medico e di tutte e tutti le operatrici e operatori sanitari.

Molte sono le colleghe del Comitato Scientifico che hanno fornito direttamente abstract.

Le ringraziamo, e insieme ad esse tutte le socie e le sezioni che hanno contribuito.

Leggere gli abstract è stato già per noi un momento di formazione: siamo sicure che il book degli abstract rappresenterà uno strumento utile e arricchente.

Ci vediamo a Salerno

Gabriella Tanturri e Silvana Capasso



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO PER RIPRENDERSI LA VITA NEL POSTMASTECTOMIA

Margherita Arcieri Delegata Regionale AIDM ER
Concetta Stornante Presidente AIDM Bologna
Carla Augusta Fossi socia
Lidia La Marca socia
Grazia Lesi socia
Debora Marchiori socia
AIDM Sezione Bologna

Il cancro della mammella rappresenta un evento patologico che interessa un numero sempre crescente di donne dal momento che colpisce, nel nostro paese, 1 donna su 8, per cui ogni anno viene diagnosticato in circa 50000 donne. La sopravvivenza a 5 anni oggi si avvicina al 90% grazie a diversi fattori, tra cui il progredire delle terapie e la diagnosi precoce. Vi è dunque un elevato numero di donne che sopravvive a questa esperienza e che non necessita solo di cure specifiche oncologiche ma ha bisogno di riscrivere la propria storia sia fisica che psichica, trovando risposte ai numerosi disturbi conseguenti la mastectomia e alla difficoltà di riconoscersi e di ritrovare l'immagine di sé travolta dagli avvenimenti. È necessario, quindi, un approccio multidisciplinare e multidimensionale per ripristinare l'equilibrio psicofisico preesistente all'intervento per cui è indispensabile mettere in atto strategie di cura e di sostegno stimolando anche un percorso di partecipazione. Vi sono evidenze, in ambito oncologico, che mostrano quanto il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura migliori l'*outcome* clinico e la qualità di vita psicofisica. Sono da sottolineare le profonde connessioni esistenti tra benessere, stili di vita corretti che impongono la necessità di avere a disposizione programmi specifici che conducano verso scelte alimentari salutari, verso un'attività fisica funzionale che riduca il rischio di recidive e verso la necessità di imparare a gestire positivamente le emozioni. Altro fine importante è quello di limitare i disturbi a carico di altri organi che risentono negativamente dei trattamenti ormonali post intervento. Uno dei più colpiti dalle terapie, spesso di lunga durata, è indubbiamente l'apparato urogenitale che evidenzia, rispetto all'età della donna, una maggiore atrofia delle mucose urogenitali con secchezza vaginale, incontinenza urinaria e cistiti ricorrenti. Per ridurre le complicanze post-mastectomia come il linfedema, la linfo sclerosi e lo scleroderma bisogna mettere a disposizione tecniche riabilitative il cui obiettivo è di mantenere una corretta funzione dell'arto, evitare posture scorrette provocate dalla ferita e dal dolore, retrazioni muscolari e cutanee e favorire lo sviluppo di canali linfatici collaterali.

Queste tecniche devono essere integrate anche dal supporto delle medicine complementari come l'agopuntura utile al trattamento della sintomatologia vasomotoria.

Dal progetto di studio pilota sperimentale non controllato sull'agopuntura della Regione Emilia-Romagna emerge che, al termine del ciclo di terapia, i sintomi della sindrome climaterica si riducono del 91% della scala di Greene. Fondamentale è fornire un supporto psicologico indispensabile per elaborare il vissuto stimolando atteggiamento di flessibilità (**resilienza**) di fronte agli eventi avversi. Ciò porterà ad apprendere dall'esperienza stessa e permetterà di superare il lutto per la perdita della propria integrità fisica sviluppando, quindi, nuove parti della propria identità. In questo modo si accompagna la donna a ritornare ad una vita sicuramente diversa, ma ugualmente piena e completa.



MICI NELLE DONNE: DIFFERENZE DI GENERE E DIALOGO FRA NUOVO CORPO AVUTO E NUOVO CORPO VISSUTO

Margherita Arcieri Delegata Regionale AIDM ER
Concetta Stornante Presidente AIDM Bologna
AIDM Sezione Bologna

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (Morbo di Crohn e Rettocolite ulcerosa) hanno un notevole impatto sulla salute della popolazione e sui costi del SSN. Richiedono prevenzione primaria, secondaria e terziaria, approccio multidisciplinare e riabilitazione globale per recupero e supporto dell'apparato digerente e miglioramento della qualità di vita. L'incidenza è in costante aumento, soprattutto in Italia, rispetto a Germania, Regno Unito e Finlandia. In Italia i casi sono 150 – 200 mila con frequenza uguale fra Nord e Sud. L'insorgenza si verifica nella fascia d'età fra i 15 ed i 30 anni e fra i 50 ed i 70 anni, ma colpisce anche nel 20% dei casi bambini ed adolescenti. In età pediatrica l'incidenza ed i sintomi sono uguali nei due generi. Successivamente nell'uomo, a differenza della donna, non si verificano manifestazioni extraintestinali. Nella donna la sintomatologia intestinale viene peggiorata dagli ormoni della riproduzione che influenzano la motilità del tubo digerente e la sensibilità viscerale, a differenza dei contraccettivi orali e della terapia ormonale sostitutiva che non hanno nessuna incidenza. La fertilità non viene quasi compromessa, per cui è quasi identica al resto della popolazione sana. Gli aborti sono il 12,2% contro il 9,9% della popolazione generale. La gravidanza non presenta esiti negativi, perché parti prematuri, natimortalità e difetti alla nascita sono simili alla popolazione femminile sana. Dei farmaci utilizzati solo il Methotrexate ha effetti teratogeni, per cui deve essere sospeso 3 mesi prima del concepimento. Per l'allattamento al seno, invece, sono tutti controindicati. Le problematiche intestinali ed extraintestinali hanno un impatto rilevante sulla qualità di vita, perché implicano modificazioni delle abitudini. Nella vita sociale le donne incontrano, in misura maggiore rispetto agli uomini, difficoltà nelle relazioni interpersonali che peggiorano nella vita familiare per la percezione di una cattiva immagine del proprio corpo nei rapporti con il partner e coi figli. Nell'attività lavorativa le donne affette da MICI, secondo i dati Diogene AMICI Onlus, si assentano per 11,7 giorni all'anno, richiedono il part-time nel 9%, l'invalidità nel 24% ed infine la percentuale di disoccupazione è dell'11%. Il valore dell'aspetto estetico esteriore e la disponibilità alla sessualità delle donne sono determinati da molti fattori di genere, per cui per esse è più difficile accettare il proprio corpo con la stomia o cicatrici visibili. Per superare il cambiamento corporeo, anche transitorio, ha rilievo come si è vissuta la propria "corporeità" (cioè l'integrazione fra il corpo oggetto avuto ed il corpo vissuto dei significati personali) prima degli interventi stessi, in particolare della stomia. Frequenti sono le esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione, mentre ritrosia, vergogna, pudore sono fonti di evitamento del contatto con sé stessa e con il partner. Occorre mantenere il dialogo fra il nuovo corpo avuto ed il nuovo corpo vissuto, narrando la propria storia clinica come unica e personale.



PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE TRANSGENDER NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Dott.ssa Rossella Marra

Medicina Penitenziaria - **AIDM Bologna**

Questo lavoro mira ad una attenta analisi del fenomeno del transessualismo nella sua dimensione penitenziaria con valutazione delle modalità di gestione dei diritti dei detenuti transgender e dei loro bisogni di salute, offrendo uno spaccato sul mondo carcerario, visto dalla prospettiva del detenuto transgender: un excursus fra le variegate situazioni presenti nelle carceri italiane, con riferimenti anche al panorama europeo ed estero, al fine di offrire uno spunto di riflessione su come trasformare l'organizzazione dei luoghi di detenzione.

Il tema della reclusione delle persone trans-generi viene approfondito, analizzando i punti critici generati dalle prassi consolidate e dal quadro normativo vigente, basate sul dualismo di genere, ovvero l'univocità dell'assegnazione di una persona all'una o all'altra categorie sessuate, il maschile e il femminile.

La situazione di privazione della libertà personale mostra infatti profili particolarmente problematici, in primo luogo in ragione della difficoltà di trovare una collocazione idonea in contesti spesso non adeguati e per un generale indebolimento delle tutele individuali, in particolare nell'ambito dei diritti sociali, che la detenzione comporta. La difficoltà per l'ordinamento penitenziario che si basa su rigidi sistemi binari (maschio e femmina) di "trattare" le persone che si collocano in una situazione intermedia rispetto all'univoca ascrizione a una delle categorie sessuate M ed F, problematica non di esclusivo appannaggio degli istituti di pena, ma che tocca tutte le istituzioni totali.

La doppia detenzione che si trova a vivere il paziente transgender, marginalizzato discriminato o sfruttato, visto come provocatore sessuale o peggio come individuo che provoca ribrezzo. Le associazioni, tra cui il MIT di Bologna, hanno posto l'accento su due punti cardini della questione:

- 1) la progettazione delle organizzazioni carcerarie sulla base dell'inclusione, investendo nella formazione del personale
- 2) la doppia detenzione, che si trova a vivere la persona detenuta transgender, la quale evoca, la questione dell'identità individuale in relazione al significato attribuito al corpo, rappresentando un filo trasversale tra l'istituzione carceraria organizzata come contenitore - nella polisemia insita nel verbo contenere - dal latino qualcosa che è dentro qualcos'altro, e per questo fermare arginare trattenere o pressare fino a reprimere, richiamando le ansie arcaiche che ciascuno di noi porta con sé, nel gestire le fasi delle proprie evoluzioni.

La doppia detenzione nasce dal disconoscimento di quel "primato della percezione", che è alla base del principio di autodeterminazione dell'identità, rispetto alla quale i vissuti delle persone transgender sono, seguendo il costrutto dell'inclusione una potente fonte di conoscenza per tutti.

In Merleau-Ponty (1945) alla quale ci rifacciamo la percezione è una dimensione attiva, primordiale, innata, differente dal relativismo, va assumendo un carattere morale 4 idee da superare

- il corpo come macchina
- lo spazio come serie lineare di punti
- il tempo come serie di istanti
- la coscienza che prescinderebbe dal corpo, mettendo in crisi il paradigma dualistico

In cui si afferma la superiorità della coscienza sulla corporeità o, più di rado, la corporeità sulla coscienza. Aprendo, in questo modo, il varco a una terza via, il corpo una collocazione propria, nel tempo e nello spazio; superando in ultima analisi la sua tradizionale dimensione di "strumento", mero veicolo dal mondo.



L'UMANOIDE NAO E LO STUDIO DELLE EMOZIONI IN ONCOLOGIA PEDIATRICA

Dorella Scarponi, medico Psichiatra. Policlinico di S. Orsola, Bologna.
AIDM Sezione di Bologna

L'utilizzo delle tecniche non-farmacologiche in pediatria, quali la gioco-terapia, la musicoterapia, l'arteterapia e la clownerie, definite tradizionali, fa ormai parte del nostro assetto psicologico di accompagnamento e sostegno ai pazienti pediatrici cronici e oncologici, capaci di incoraggiare l'espressione delle diverse emozioni provate dai pazienti nel corso dell'esperienza di malattia. Gli studi condotti hanno confermato non solo il gradimento da parte dei pazienti e dei loro genitori, quanto l'efficacia di tali modalità, dalla diagnosi di malattia sino alle fasi di trapianto, di guarigione o di terminalità. Esse rappresentano lo spazio riflessivo, sia in assetto individuale che di gruppo, in cui i pazienti sperimentano la possibilità di raccontare di sé e dei propri sentimenti. Dalla primavera 2017, grazie alla donazione della Fondazione Golinelli, l'Unità Operativa Pediatria Pession è stata dotata di un NAO, elemento robotico umanoide, che ha consentito ai nostri pazienti un confronto rassicurante con la modernità rappresentata dalle nuove tecnologie. Abbiamo proposto e condotto una ricerca, esposta all'approvazione del Comitato Etico della nostra Azienda, che ci ha aiutati a valutare l'applicabilità di un umanoide nello studio delle emozioni emergenti in pediatria: Psico-Robotica-2017-01. Tale studio, presentato al Strategic Workshop europeo "Increasing the well-being of the population by robotic and ICT based innovative education (Ronni Project)" (D. Scarponi: The Identification of Emotions in Paediatric Oncology. Bulgaria, 26-28 Novembre 2018), coinvolge 17 pazienti oncologici, 19 pazienti cronici non oncologici, 12 fratelli/sorelle, di età compresa tra 7 e 14 anni. Esso ha messo in luce una nuova relazione interlocutoria che permette al paziente di mantenere l'attenzione sui propri sentimenti, anche negativi, senza la necessità di dover tutelare, con la propria risposta, l'adulto. I sentimenti della tristezza e della rabbia, così come della gioia, vengono definitivamente alla luce, riconosciuti apertamente come tali. Rimane invece sullo sfondo il sentimento della paura, parzialmente riconosciuto, come se pervasivamente diffuso e quindi non identificabile ed esprimibile. Tale emozione, così evidente all'osservazione clinica, indipendentemente dall'età, diventa l'inespresso prevalente di tutti i soggetti di età maschile, sia essi pazienti -oncologici e non oncologici- che fratelli. I risultati ottenuti e il confronto tra esperti, individuano in NAO la modalità robotica capace di sostenere l'espressione delle emozioni provate (o rimosse) da pazienti pediatriche affetti da gravi patologie. Inoltre esso riduce, per il fatto di essere un umanoide e quindi non appartenere né al nucleo familiare né allo staff, il timore di provocare, con le risposte date, sentimenti negativi nell'adulto di riferimento, quali la tristezza e la rabbia. La presenza di NAO in pediatria ha sollevato quindi, a cascata, una serie di riflessioni multidisciplinari nel nostro Ateneo, in diversi contesti di studio: Italianistica, Discipline di Arti, Musica e Spettacolo, Scienze della Comunicazione, con la stesura conclusiva di 3 tesi di laurea. Tra gli obiettivi dei ricercatori il tentativo di rispondere ai tanti interrogativi che animano il rapporto uomo-macchina nella società e negli ambienti di cura.



VIOLENZA DI GENERE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Maria Caterina Manca, medico legale, responsabile

Unità Operativa Dipartimentale Violenza e Medicina di Genere

Rachele Trane, Medico legale, Unità Operativa di Medicina Legale e Risk Management,
Azienda USL di Bologna

AIDM Bologna Metropolitana

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) vengono distinti in Anoressia, Bulimia e Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati, all'interno dei quali rientra il Binge Eating Disorder (il Disturbo da Alimentazione Incontrollata) che caratterizza soprattutto le ragazze adolescenti e che si presenta con episodi di abbuffate (tipo quelle bulimiche), senza comportamenti compensatori, quali il vomito, il digiuno, l'intensa attività fisica o uso/abuso di lassativi e diuretici. Già a partire dagli anni '80 i ricercatori sono impegnati ad indagare l'esistenza di una possibile relazione tra una esperienza traumatica di maltrattamento fisico, abuso sessuale, sindrome di Münchhausen per procura subiti nell'infanzia o nell'adolescenza e successivo sviluppo di un disturbo alimentare, sebbene non sia possibile ancora oggi individuare con certezza una correlazione. Tuttavia, gli autori sono concordi nell'affermare che si tratta di disturbi che riguardano in modo prevalente il genere femminile, con esordio in giovane età e tendenza alla cronicizzazione e dove all'origine vi sono spesso dinamiche familiari stressanti e di natura violenta avvenute durante lo sviluppo emotivo. Studi epidemiologici hanno rilevato che in donne che hanno subito violenza sessuale e /o fisica durante l'infanzia e nella prima adolescenza, specie se perpetuati in ambiente domestico, presentando un rischio aumentato di sviluppare successivamente bulimia e anoressia nervosa. Nelle pazienti con DCA, che nella loro storia hanno avuto esperienze infantili di abusi, il disturbo alimentare acquista una connotazione protettiva molto più evidente che nelle altre pazienti anoressiche o bulimiche, poichè la volontà di mantenere un corpo infantile diviene la strategia utilizzata per cancellare i segni della maturità e della sessualità dal proprio corpo per potersi sottrarre all'interesse fisico di un altro abusante. Oltre a ciò, il corpo viene ridotto a luogo dove perpetuare la violenza subita, per cui il disturbo alimentare diventa un'espressione indiretta di rabbia e frustrazione che, non potendo essere rivolte contro l'abusatore, vengono rivolte verso se stesse, anche al fine di gestire il proprio senso di colpa per l'accaduto. L'abuso rende le vittime preda di una sensazione di debolezza e i disturbi come anoressia e bulimia sono ritenuti anche espressione di un desiderio di prendere il controllo di un aspetto della propria vita.

Il trattamento delle pazienti con DCA è lungo e complesso e necessita della collaborazione di diverse figure professionali per capire le ragioni profonde del problema che, secondo i ricercatori, vanno anche ricercate nei pregressi di abuso fisico e sessuale che vanno necessariamente indagati nelle pazienti con tali problematiche per poter procedere alla cura e alla prevenzione dei disordini alimentari.



APPROCCIO NARRATIVO ALLA MALATTIA DI PARKINSON: STUDIO DELLE DIFFERENZE DI GENERE IN AMBITO DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ

Maria Caterina Manca, medico legale, responsabile Unità Operativa Dipartimentale Violenza e Medicina di Genere

Rachele Trane, medico legale, Unità Operativa di Medicina Legale e Risk Management, Azienda USL di Bologna

AIDM Bologna Metropolitana

Contemporaneamente al diffondersi della Medicina di Genere, la *Medicina Narrativa* compare per la prima volta nella letteratura scientifica in una raccolta di articoli sul British Medical Journal alla fine degli anni '90 ad integrazione della medicina basata sulle evidenze e si sviluppa più recentemente in Italia, dove nel 2009 nasce la Società Italiana di Medicina Narrativa. Il fondamento di tale metodologia, particolarmente sviluppata nell'ambito della medicina clinica, è la narrazione e l'ascolto: il racconto dell'esperienza di malattia da parte del paziente che la vive risulta uno strumento importante nei processi di assistenza e di cura perché impara a comprendere la propria malattia, viene coinvolto nella gestione del proprio percorso e nella scelta consapevole delle terapie più adatte a contrastarla, migliorando non solo la qualità degli atti di cura da parte del medico che lo ascolta, ma anche la relazione clinica con lo stesso. Il metodo utilizzato è l'intervista attraverso domande comuni e standardizzate all'interno del campione di studio prescelto che mira alla rilevazione di liberi contenuti sulla propria esperienza di malattia. Partendo da tali presupposti, abbiamo ipotizzato che uomini e donne affetti da Parkinson rappresentassero in modo molto differente il proprio vissuto di malattia e il proprio grado di disabilità. Dalla letteratura sappiamo che tale patologia si manifesta con maggiore incidenza negli uomini, ma determina maggiore disabilità nelle donne in relazione alle prestazioni motorie e alle capacità funzionali della vita quotidiana. L'obiettivo del nostro studio è quello di indagare se queste differenze potessero essere rilevate applicando il metodo narrativo nell'ambito inusuale delle Commissioni Mediche per la valutazione dell'invalidità civile presso l'Azienda Usl di Bologna relative al primo semestre 2014 e se dai liberi racconti dei pazienti potessero emergere degli elementi utili ai fini della valutazione della disabilità. È stato selezionato un gruppo di 20 uomini e 20 donne sulla base dell'età (65-70 anni), del trattamento farmacologico con L-dopa e dell'assenza dei disturbi della sfera cognitiva. Previo consenso, è stata somministrata una intervista della durata di circa 15 minuti mediante dispositivo audio, chiedendo ai pazienti di raccontare liberamente di sé e della propria malattia. L'ascolto dei racconti ha fatto emergere un differente modo di manifestare la malattia tra donne e uomini, una diversa percezione del proprio stato di salute e un differente impatto che la patologia ha sulla qualità di vita, con maggiori ripercussioni psicologiche, sulla vita di relazione e sulle attività di vita quotidiana per il genere femminile. L'approccio narrativo alla medicina permetterebbe di costruire percorsi di cura personalizzati e formulare giudizi sul grado di disabilità più equi della patologia non solo da un punto di vista clinico, ma ampliando la visione sulla malattia legata al genere a garanzia della persona assistita e della sua relazione con il Sanitario.



LA LEGGE 24/17: COSA CAMBIA PER IL SSN E PER GLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

Maria Caterina Manca, medico legale, responsabile Unità Operativa Dipartimentale Violenza e Medicina di Genere
AIDM Bologna Metropolitana.

Nel nostro paese i dati riportano 15.000 nuove controversie per malpractice medica ogni anno. La maggior parte coinvolge non solo il singolo medico, ma l'intera struttura sanitaria, sia perché obbligata in solido con il medico, sia perché il danno arrecato al paziente potrebbe esser causato da problemi organizzativi, da carenza nelle dotazioni strutturali o altro. A pochi anni dall'entrata in vigore della discussa legge 189/2012 ("Legge Balduzzi") è stata promulgata la Legge 24/2017, meglio nota come "Legge Gelli-Bianco". L'obiettivo dell'intervento normativo è quello di rispondere alla mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni, e il fenomeno della medicina. Nel contempo esso intende garantire la sicurezza delle cure, come parte costitutiva del diritto alla salute attraverso l'aumento delle garanzie e tutele per gli esercenti le professioni sanitarie e la possibilità per il paziente di essere risarcito in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

La prima parte decanta la sicurezza delle cure quale parte integrante del diritto alla salute, da conseguirsi mediante le attività di prevenzione e gestione del rischio. Alla prevenzione è tenuto a concorrere tutto il personale sanitario. Viene anche individuato nella figura del difensore civico un "garante" del diritto alla salute, che interviene tutela del diritto del lesso.

Con l'intento di adottare misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario, sia in ambito regionale che in ambito nazionale si istituiscono degli enti di raccolta, monitoraggio e gestione dei dati relativi e di adozione di misure per la prevenzione e la gestione del rischio. Le strutture diventano inoltre titolari di doveri di trasparenza nei confronti pazienti e di doveri informativi nei confronti dei professionisti sanitari.

La seconda parte rimarca l'importanza di attenersi alle Linee Guida, regolamentandone l'emanazione e l'immissione in apposito Sistema Nazionale, ridisegna gli ambiti di responsabilità penale del medico con l'inserimento dell'art 590-sexies nel codice penale e traccia un sistema di responsabilità civile a "doppio binario" a seconda del coinvolgimento della struttura sanitaria o dell'esercente la professione sanitaria. Essa istituisce inoltre l'istituto del tentativo di mediazione, obbligatorio ai fini della procedibilità della domanda giudiziale, e regola l'azione di rivalsa delle strutture sociosanitarie tracciandone limiti numerici precisi. Disciplina inoltre l'obbligo assicurativo prevedendone un'operatività temporale e comprendendo la possibilità di un'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa.

La legge reca infine disposizioni riguardanti un fondo di garanzia, le attività di consulenza tecnica e di tenuta degli albi e l'utilizzo degli atti relativi all'attività di gestione del rischio.

Fermo restando il diritto a un giusto risarcimento in caso di effettivo episodio di malpractice, l'attuale quadro normativo nasce con l'intento di alleggerire la posizione professionale dell'operatore e di consentire una maggiore sicurezza nel percorso terapeutico assistenziale del cittadino, raggiungendo un equilibrio tra tutela dell'assistito e la necessità di porre limite al contenzioso.



LA SCLEROSI SISTEMICA: UN VIAGGIO NEL TEMPO

Maria Clorinda Mazzarino, già prof. di Patologia Generale – Università di Catania
AIDM sez. Catania

La sclerosi sistemica (SSc), comunemente indicata col termine di Sclerodermia perché caratterizzata, per lo più, da indurimento e ispessimento della cute, è una rara ma complessa malattia autoimmune, sostenuta da una fibrosi che colpisce non solo l'epidermide, ma, nella sua evoluzione, anche gli organi interni. Al processo fibrotico si associano precocemente caratteristiche alterazioni vascolari nel circolo arterioso periferico, che costituiscono un segno clinico costante, noto come fenomeno di Raynaud. Da quando nel 1753 il dott. Curzio per primo descrisse la malattia nel grande ospedale degli Incurabili di Napoli, molti progressi sono stati compiuti nella conoscenza della patogenesi. Nel 1975 LeRoy ha classificato le diverse forme della malattia e ha avanzato la ipotesi della componente vascolare che può esitare in serie lesioni trofiche con conseguenti ulcere e gangrene. Tutti i pazienti affetti da SSc hanno una alterata reattività immunitaria, rivelata dalla presenza nel siero di anticorpi caratteristici che sono indispensabili per caratterizzare la malattia; gli auto-anticorpi costituiscono una preziosa fonte di informazioni e, anche quelli più rari, risultano avere importanti implicazioni clinico-terapeutiche. In particolare le lesioni cutanee mostrano la presenza di cellule immunocompetenti attivate dagli autoantigeni (macrofagi, linfociti T e B) e il livello di infiltrazione cellulare risulta strettamente correlato allo stadio di malattia. Queste cellule mononucleate rilasciano varie citochine e fattori di crescita che giocano un ruolo importante nello sviluppo della fibrosi e delle lesioni vascolari, contribuendo alla attivazione a cascata di fibroblasti e alla apoptosi delle cellule endoteliali. Come per la maggior parte delle patologie autoimmuni, anche la SSc predilige il sesso femminile; in tutto il mondo le donne colpite dalla malattia nelle sue diverse forme superano come numero gli uomini, con un rapporto di 7-8 a 1. Il picco di insorgenza è tra i 40 e i 50 anni, le forme più gravi colpiscono i giovani tra i 20 e i 25 anni. Le informazioni degli effetti di SSc sulla gravidanza e viceversa non sono numerosi; è segnalata una maggiore incidenza di ritardo nella crescita fetale e di bambini sottopeso alla nascita. La gravidanza può peggiorare alcuni sintomi particolari, soprattutto il reflusso gastro-esofageo. Nella maggior parte dei casi l'esordio della malattia è estremamente insidioso e pertanto difficile da diagnosticare. La fisiopatologia della SSc resta complessa; considerando la marcata preponderanza del sesso femminile è stato proposto un contributo patogenetico degli ormoni sessuali, anche come possibile target terapeutico. Dopo la menopausa lo *skin score* sembra decrescere, anche se la prevalenza della ipertensione polmonare appare aumentata, con serie implicazioni nella prognosi. Numerosi sono a livello mondiale gli approcci terapeutici, sia consolidati che in via di approvazione, tutti rivolti alla qualità di vita del paziente e alla risoluzione delle problematiche dalle più semplici alle più gravi. Indubbiamente la diagnosi precoce costituisce un punto di forza, essenziale nel controllo della malattia e solo una terapia mirata e disegnata sul paziente può permettere risultati che consentano la remissione dei sintomi.



DIFFERENZA DI GENERE NELLE COMPLICANZE MICROVASCOLARI NEL DIABETE DI TIPO 1

Dott.ssa Antonietta Accoti, Prof.ssa Concetta Irace, Dott.ssa Fausta Scavelli, Dott.ssa Martina Parise
Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini, Catanzaro
Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro
Sezione AIDM di Catanzaro

Introduzione e scopo: Differenze di genere sono state descritte in letteratura sull'incidenza del diabete di tipo 2 e sullo sviluppo delle complicanze del diabete. In particolare, è noto che le donne con diabete hanno un aumentato rischio di sviluppare la malattia cardiovascolare rispetto agli uomini. I meccanismi che sottendono questi eventi non sono completamente noti. Fattori ormonali, diversa risposta ai farmaci, ritardo nella diagnosi, percorsi di cura meno stringenti potrebbero spiegare la nota differenza di genere nella complessità della malattia diabetica. Anche per quanto riguarda il diabete di tipo 1 sembrerebbe che le donne abbiano un danno più precoce delle arterie coronarie, definito come calcificazione delle arterie, rispetto agli uomini. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la prevalenza di complicanze microvascolari in soggetti con diabete di tipo 1 suddivisi in base al sesso.

Pazienti e Metodi: Abbiamo selezionato soggetti che regolarmente afferiscono al nostro centro per la cura del diabete che avessero effettuato uno screening completo delle complicanze, in particolare determinazione della albuminuria, fondo dell'occhio e test della neuropatia diabetica.

Risultati: Sono stati arruolati 98 donne e 73 uomini affetti da diabete di tipo 1. L'età media e la durata della malattia era rispettivamente 36 ± 11 anni e 13 ± 9 anni nelle donne e 38 ± 13 anni e 15 ± 11 anni negli uomini, in entrambi i casi le differenze non erano statisticamente significative. Il valore di emoglobina glicata era $7,9 \pm 1,3\%$ nelle donne e $7,8 \pm 1,1\%$ negli uomini ($p=NS$). Il 12% delle donne ed il 17% degli uomini presentavano nefropatia ($p=NS$); il 13% delle donne ed il 17% degli uomini presentavano neuropatia ($p=NS$); infine la prevalenza di retinopatia era del 8% nelle donne ed il 4% negli uomini ($p=NS$).

Conclusioni: Il nostro studio dimostra che la prevalenza di complicanze microvascolari in pazienti con diabete di tipo 1 è simile nei due sessi. Tale risultato potrebbe non sembrare inatteso considerando la patogenesi del diabete di tipo 1 che non vede coinvolti i meccanismi peculiari del diabete tipo 2. Il risultato potrebbe essere anche spiegato dal fatto che in generale il livello di attenzione per il diabete di tipo 1 e per le sue complicanze è decisamente maggiore rispetto al tipo 2, indipendentemente dal sesso.



INDAGINE SUL BENESSERE LAVORATIVO DELLE DONNE MEDICO IN PROVINCIA DI CREMONA. RISULTATI PARZIALI DI UN PROGETTO IN ITINERE

Antonia Carlino (Ginecologa) - **Lidia Cicuttini** (Radiologa)
Aidm Crema

PREMESSA: precedenti indagini effettuate in Italia da diverse sezioni AIDM, OMCeO e da Sindacati medici, miranti a evidenziare l'attuale vissuto contraddittorio della professione medica, trasversale ai due generi, più acuto al femminile, tanto da meritare un capitolo dedicato nell'ambito delle tesi dei recenti Stati Generali della professione medica. Sulla scia della analoga indagine dell'AIDM di Reggio Emilia (2018), del cui modello di questionario ci siamo valse, modificandone alcune voci e la cui presidente dr.ssa Manghi è stata all'avvio preziosa tutor.

OBIETTIVO: fotografare la situazione del benessere percepito dalle iscritte all'Ordine dei medici della provincia di Cremona: 1897 iscritti di cui 725 donne. Evidenziarne le criticità nel lavoro e nella conciliazione con la famiglia.

MATERIALI E METODI: Indagine mediante compilazione online CAWI (*computer assisted web interview*) di questionario inviato a tutte le iscritte all'Ordine dei Medici di CREMONA, accompagnato da lettera di presentazione degli obiettivi e di spiegazione delle 54 domande, a firma congiunta dei presidenti di OMCeO Cremona e AIDM Crema. L'indagine prende inizio nel marzo 2019, tutt'ora aperta.

RISULTATI PARZIALI E GREZZI: ad oggi hanno risposto 162 colleghe di cui 26 pensionate. La popolazione considerata risulta: di età > 50 anni (47,5%), di 41-50 anni (24,7%) e per il 22,8% di 31-40 anni.

Il 71,6% è in uno stato di unione legale o di fatto, con alle spalle ≥ 10 anni di lavoro in sanità pubblica (39,5%) o in sanità privata convenzionata (nel 25,9%)

Tra queste:

- a. ospedaliere (40%)
- b. libere professioniste (29,6%)
- c. MMG (19,8%)
- d. specialiste private (16,7%)

79,3% sono specialiste, ma per più del 50% sono dirigente medico senza incarico di responsabilità. Solo il 5% delle dipendenti è titolare di UO complessa; il 12,7% di struttura semplice. Il 26,6% dichiara responsabilità funzionali; tra i MMG solo il 1,1% è responsabile di coordinamento.

Famiglia:

- a. il 40,7% non ha figli
- b. il 25,9% ha un figlio
- c. il 22% ha 2 figli
- d. il 11,7% ha più di due figli

Il 50% delle madri dichiara di aver subito un ridimensionamento professionale; il 29% di non esserne stata influenzata, ma ritiene di aver fatto doppia fatica.

Il 78,0% dichiara che il lavoro ha influito abbastanza o molto sulle scelte di vita personale (hobby, amicizie e sede di abitazione).

Il lavoro ha causato conflitti familiari al 43,8% delle intervistate, il 70% delle quali con età dai 41 ai 60 anni.

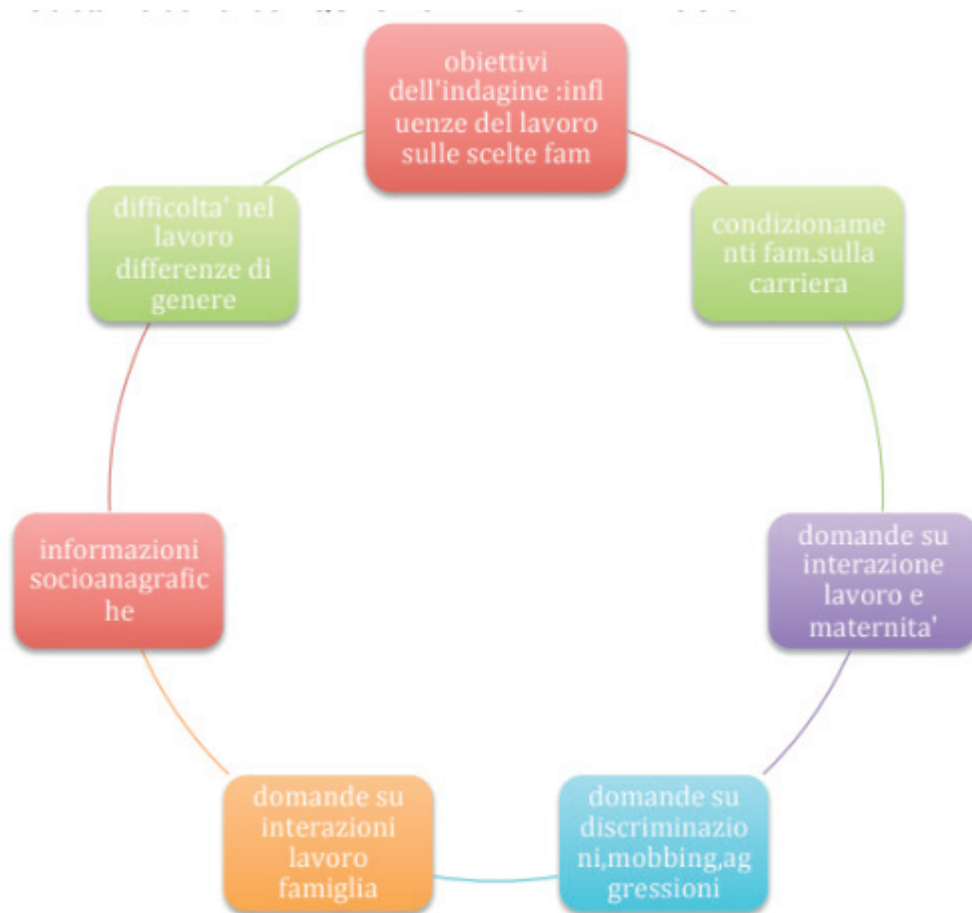
I nonni e le reti familiari sono indicati come risorsa per i figli minori di sei anni.

Accudimento: il 41% è totalmente a carico materno, il 47,9% è alla pari.

Il 38,3% riferisce discriminazioni di genere (il 78% fra le colleghe di età > 40 anni, il 23% con età tra 31 e 40 anni, mobbing nel 7,4%, spesso da superiori).

Discriminazioni in concorsi segnalate solo nel 27%, aggressioni nel 31,5%

Obiettivi e domande - QUESTIONARIO AIDM REGGIO EMILIA





LE MALATTIE AUTOIMMUNI E LA MEDICINA DI GENERE

Elena Ortona

Primo Ricercatore, Direttore del reparto Fisiopatologia genere-specifica
Centro di Riferimento per la Medicina di Genere-**Istituto Superiore di Sanità**

L'insieme dei meccanismi di difesa che ci proteggono dall'esposizione a sostanze estranee quali virus, batteri, parassiti, allergeni e tossine, rappresenta la risposta immunitaria. Le cellule del sistema immunitario di una donna si comportano tuttavia in modo diverso da quelle di un uomo. Infatti, in generale, le donne sono in grado di attivare risposte immunitarie sia umorali (mediate da anticorpi) sia cellulari (mediate dai linfociti) più forti rispetto agli uomini. Le donne mostrano rispetto agli uomini una più efficace fagocitosi e presentazione dell'antigene, una più forte produzione di citochine infiammatorie, un numero più elevato di linfociti T CD4+ e livelli più alti di anticorpi circolanti. Fattori genetici, epigenetici, ormonali e ambientali contribuiscono alle differenze nella risposta immunitaria tra i due sessi. La più forte risposta immunitaria nelle donne, da un lato, sembra essere vantaggiosa, favorendo l'eliminazione degli organismi patogeni, ma, dall'altro, può essere dannosa causando malattie autoimmuni. Infatti le principali malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide, la sindrome di Sjögren, la cirrosi biliare primitiva, la sindrome anti-fosfolipidi, la sclerosi sistemica, la sclerosi multipla e il lupus eritematoso sistemico hanno una maggiore prevalenza nelle donne rispetto agli uomini e sono considerate tra le principali cause di disabilità per il sesso femminile. Le differenze tra uomini e donne per quanto riguarda tali malattie non sono solo rappresentate dalla diversa prevalenza, ma significative differenze sono state descritte anche per quanto riguarda la gravità dei sintomi, il decorso della malattia, la risposta alla terapia e la sopravvivenza.

Ulteriori indagini sull'influenza del sesso e del genere nello sviluppo e nella progressione delle malattie autoimmuni potrebbero condurre ad individuare nuove strategie preventive e nuovi approcci terapeutici personalizzati per l'uomo e la donna.



UN MONDO DI STEREOTIPI

Luana Gualtieri MMG Presidente AIDM Lecce Delegata Regionale Puglia

Maria Mancarella Presidente Centro Studi Osservatorio Donna Università del Salento

Paola Martino Centro Studi Osservatorio Donna Università del Salento

AIDM Sezione di Lecce

La sezione AIDM di Lecce, nell'ambito di attività che interessano le problematiche riguardanti la violenza di genere, ha realizzato nel 2018-2019 un percorso di riflessione e analisi con la consulenza scientifica del Centro Studi Osservatorio Donna dell'Università del Salento e il coinvolgimento di due istituti superiori e due istituti elementari

Background

Il progetto è nato dalla riflessione che un possibile contributo alla lotta contro questa forma di violenza è dato dalla sensibilizzazione degli studenti e dal contrasto agli stereotipi che spesso ne favoriscono l'insorgere. A questo scopo A.I.D.M. Lecce ha scelto di usare uno strumento insolito: l'analisi delle canzoni per la decodifica degli stereotipi di genere. Lavorare su canzoni che i giovani ascoltano abitualmente può stimolare domande e considerazioni su tematiche e comportamenti che potrebbero essere considerati normali. Abbiamo quindi pensato di offrire agli studenti gli strumenti per decodificare i messaggi contenuti nei testi, dando occasione per riconoscere e smontare i preconcetti nascosti tra le righe, nonché saper riconoscere, apprezzare e magari riuscire a costruire dei testi che siano liberi da stereotipi e da ruoli di genere ormai superati.

Obiettivi

- Sollecitare gli studenti a riflettere sul tema degli stereotipi di genere utilizzando uno dei mezzi di comunicazione che i ragazzi utilizzano con maggiore frequenza e piacere: le canzoni italiane e straniere.
- Proporre agli studenti degli istituti coinvolti dei percorsi di riflessione sul tema che conducano alla costruzione di un prodotto finale che può essere presentato sotto forma di:
 - o scrittura di una canzone (testo e video) che proponga storie alternative, in grado di attivare il cambiamento, far crescere l'identità femminile, emancipare donna e uomo.
 - o stesura di un elaborato scritto (sintetizzato a scelta in un poster o in una presentazione PowerPoint) nel quale convergano i contenuti del percorso attuato e dei risultati raggiunti.
 - o

Timetable

Il percorso si è snodato sui seguenti punti:

- definire e analizzare gli stereotipi
- riconoscere gli stereotipi di genere, gli stereotipi nella comunicazione, le esperienze positive di decostruzione degli stereotipi
- costruire una griglia da utilizzare con gli studenti per l'analisi dei testi (le storie raccontate, il linguaggio /le parole utilizzate ecc)
- costruire il percorso didattico.

Le insegnanti coinvolte nel progetto hanno seguito un incontro formativo.

Gli elaborati sono stati sottoposti ad una Giuria appositamente costituita da AIDM. L'evento finale è stato realizzato presso l'Università del Salento

Conclusioni

Partendo da una occasione ludica, come sono le canzoni, il Progetto si è proposto ed è riuscito a valorizzare le differenze individuali, culturali, di genere, di appartenenza, familiari, attraverso lo svelamento degli stereotipi e il peso delle parole. Le potenzialità delle canzoni, come veicolo di cultura, ci inducono a sperare in un linguaggio musicale più attento, in grado di produrre cambiamenti nell'immagine di donne e uomini per costruire con i giovani una società inclusiva.



PREVENZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI: L'ESPERIENZA AIDM/OMCEO DI LECCE

Luana Gualtieri*, Daniela Fusco*, Cinzia Molendini*, Assunta Tornesello§, Donato De Giorgi°

* Medico Medicina Generale ASL Lecce, **AIDM Lecce**

§ Oncoematologia Pediatrica Lecce, **AIDM Lecce**

° Chirurgia Copertino e Gallipoli (LE), **Presidente Ordine dei Medici Lecce**

La violenza contro gli operatori sanitari è un fenomeno dalle molteplici sfaccettature. Riconosce un'origine multifattoriale legata all'esistenza di possibili carenze strutturali e organizzative dei servizi sanitari, alla mancanza di conoscenza da parte dei cittadini delle regole e dei tempi necessari per il corretto svolgimento del lavoro all'interno dei servizi, al fenomeno del disagio sociale, sempre più frequente. La sezione AIDM di Lecce, insieme con la Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici e con la ASL di Lecce negli ultimi 3 anni ha realizzato le seguenti iniziative finalizzate a ridurre gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari:

- conoscenza della dimensione del problema (questionario, anno 2016);
- formazione dell'operatore sanitario (corso di autodifesa, anno 2018);
- informazione dell'utente (brochure conoscitive, campagna di informazione nelle scuole, anno 2019)

Nel 2016 è stato distribuito in tutte le sedi provinciali di Continuità Assistenziale un questionario disegnato per valutare l'incidenza degli episodi di violenza e rilevare le carenze organizzative sul piano di sicurezza delle sedi considerate. Sono stati raccolti 197 questionari: gli operatori intervistati dichiarano nel 50% di essere stati oggetto di violenza, prevalentemente verbale; le aggressioni fisiche, in percentuale più bassa, sono soprattutto rivolte contro le donne medico. Gli episodi di violenza vengono però segnalati alle istituzioni preposte solo nel 15% dei casi limitandone così la funzione di 'episodio sentinella', e cioè segnale della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Nel 2018 è stato organizzato un corso di autodifesa basato sulla trasmissione della conoscenza del concetto di "precauzioni universali della violenza". L'obiettivo è la formazione degli operatori sanitari attraverso la conoscenza dei rischi specifici connessi con l'attività svolta, dei metodi di riconoscimento dei segnali di pericolo o di situazioni che possono esitare in un'aggressione, degli addestramenti specifici volti ad evitare o mitigare gli episodi di violenza secondo il metodo Wing Tsung.

Nel 2019 è stato organizzato un concorso indirizzato alle scuole ad indirizzo grafico-pubblicitario con il duplice scopo di sensibilizzare i ragazzi sulla problematica e farli diventare protagonisti di un cambiamento culturale. Sono stati prodotti elaborati, a diversa veste grafica (disegni, cartelloni pubblicitari, video), finalizzati ad una ideale campagna pubblicitaria volta a ridurre il fenomeno della violenza sugli operatori sanitari. Sempre nel 2019 sono state realizzate e distribuite brochure divulgative su temi che possono interessare i cittadini a fare chiarezza su alcuni aspetti organizzativi della sanità pubblica: corretto accesso ai servizi di emergenza, prescrivibilità e limitazioni di alcuni farmaci con nota, compiti e limitazioni del medico di medicina generale.

Tutte le iniziative riportate sono state oggetto di relazione al recente Convegno Mondiale dell'Associazione Donne Medico che si è tenuto a New York nello scorso mese di luglio.



PROTEZIONE DELLA VITAMINA D NELLE MALATTIE AUTOIMMUNI

Dr.ssa Concetta Laurentaci – Dirigente Medico UOC Med. Fisica e Riabilitativa, AS Matera
Sezione AIDM Matera

Numerosi studi effettuati su pazienti affetti da malattie autoimmuni (Sclerosi Multipla, Artrite Reumatoide, Malattie infiammatorie croniche intestinali, ecc.) testimoniano una significativa correlazione tra una deficienza/carenza di vitamina D e l'incremento del rischio di favorire l'attività della malattia. In particolare è stata dimostrata una relazione inversamente proporzionale tra i livelli di vitamina D e i sintomi delle predette patologie, ascrivibili all'azione pro-infiammatoria di diverse interleuchine (IL-1, IL-4, IL-6, IL-10) e citochine (TNF-alfa, IFN-gamma), la cui produzione aumenterebbe in presenza di bassi livelli di vitamina D. Giova, poi, ricordare che il recettore della vitamina D (VDR) è una proteina nucleare, che viene attivata ed esposta sulla membrana di 30 tipi cellulari differenti, formando Complessi D3-recettore, che attivano/sopprimono l'espressione genica, secondo un meccanismo epigenetico in grado tanto di attivare meccanismi di protezione, quanto di determinare, per insufficienti livelli di vitamina D, significativi peggioramenti sintomatologici da progressione/riacutizzazione della malattia.

Nello studio BENEFIT, rivolto a pazienti affetti da Sindrome Clinicamente Isolata (CIS - singolo episodio neurologico=rischio alto per SM) sono stati analizzati i dati relativi a 465 partecipanti, per i quali era stata effettuata almeno una misurazione di vitamina D all'inizio dello studio; successivamente i partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi, dei quali uno ha ricevuto immediatamente interferone e l'altro ha ricevuto il farmaco in un secondo momento; in 334 persone, equamente distribuite nei due gruppi, sono state effettuate altre due misurazioni dei livelli di vitamina D (a 6 e 12 mesi dopo l'inizio dello studio) e tutti i partecipanti sono stati seguiti per 5 anni: dai risultati è emerso che quelli con elevati livelli di vitamina D, indipendentemente dall'aver assunto interferone, avevano meno probabilità di progredire verso una diagnosi di SM definitiva e presentavano, in modo significativo, una minore nuova attività di malattia alla RM, una minore perdita di volume dei tessuti cerebrali e una ridotta progressione della malattia alla EDSS (Expanded Disability Status Scale). Per quanto attiene la correlazione tra livelli di vitamina D e Artrite Reumatoide i diversi studi effettuati non sono ancora concordi nel correlare la deficienza/carenza all'esordio delle manifestazioni sintomatologiche, che, tuttavia, appaiono fortemente condizionate in termini di intensità e frequenza delle riacutizzazioni alla riduzione dei livelli di 1-25diidrossicolecalciferolo (forma attiva), correlando la severità clinica della patologia ad un possibile polimorfismo recettoriale per il VDR, che limiterebbe l'attività immunomodulatoria della vitamina D sui linfociti e sui macrofagi. Quanto detto testimonia con estrema chiarezza la potenziale protezione esercitata dalla vitamina D, sottolineando, ancora una volta, l'importanza di mantenerne adeguati livelli ematici, ormai acclaramente coinvolti non solo nel mantenimento dell'omeostasi fosfo-calcica, ma anche nella promozione di effetti extrascheletrici protettivi grazie alle attività immunomodulante e anti-proliferativa, quest'ultima risultata particolarmente significativa per neoplasia di mammella, prostata e colon.



ASMA ALLERGICO GRAVE: RAPIDITÀ D'AZIONE DELL'OMALIZUMAB NELLE DONNE MONITORATA CON L' "ASTHMA CONTROL TEST" NELLA "REAL-LIFE"

Ricciardi Luisa^{1*}, Liotta Marta¹, Papia Francesco¹, Cicero Francesca¹, Saitta Salvatore², Giannetto Laura^{3*}

¹Allergologia e Immunologia Clinica, AOU G.Martino, Università di Messina

²ASP Messina

³Medicina, Ospedale S.Vincenzo, Taormina (ME)

*AIDM S.Teresa di Riva (ME)

L'Asma allergico grave che richiede il trattamento biologico con Omalizumab è una malattia cronica infiammatoria bronchiale caratterizzata da dispnea, tosse e broncospasmo nonostante il trattamento inalatorio con corticosteroidi ad alto dosaggio in associazione a beta-2 long-acting e a tiotropio bromuro. Le prove di funzionalità respiratoria evidenziano un FEV₁ <80%. Uno strumento semplice, da potere utilizzare nel monitoraggio ambulatoriale dell'asma, è l' "Asthma Control Test" (ACT), un semplice questionario di 5 domande; i pazienti con asma controllato hanno un punteggio tra 20-25 mentre i soggetti non controllati < 20.

Materiali e Metodi

Sono stati valutati 33 pazienti con diagnosi di Asma allergico grave e precisamente 18 donne (età media 56 anni) e 15 uomini (età media 50 anni). I pazienti hanno compilato l'ACT all'arruolamento cioè all'inizio della terapia add-on con Omalizumab (T0), dopo 1 (T1) e 2 anni (T2). Il dosaggio dell' Omalizumab in ciascun paziente è stato stabilito in base al livello delle IgE totali e del peso corporeo, come da scheda di prescrizione.

Statistica

I dati sono stati elaborati come mediana e range interquartile (IQR).I confronti tra i due gruppi per le variabili al T0 (età e ACT) sono calcolati con il Mann-Whitney Test. I confronti per l'ACT nei due gruppi durante i tre tempi sono calcolati con il Friedman test, mentre tra T0 e T1 ed infine tra T1 e T2 sono calcolati con il Wilcoxon Signed Ranks Test.La significatività statistica è stata fissata per $p < 0.05$.

Risultati

Non vi sono differenze tra gruppi per i valori al T0 di età e ACT.

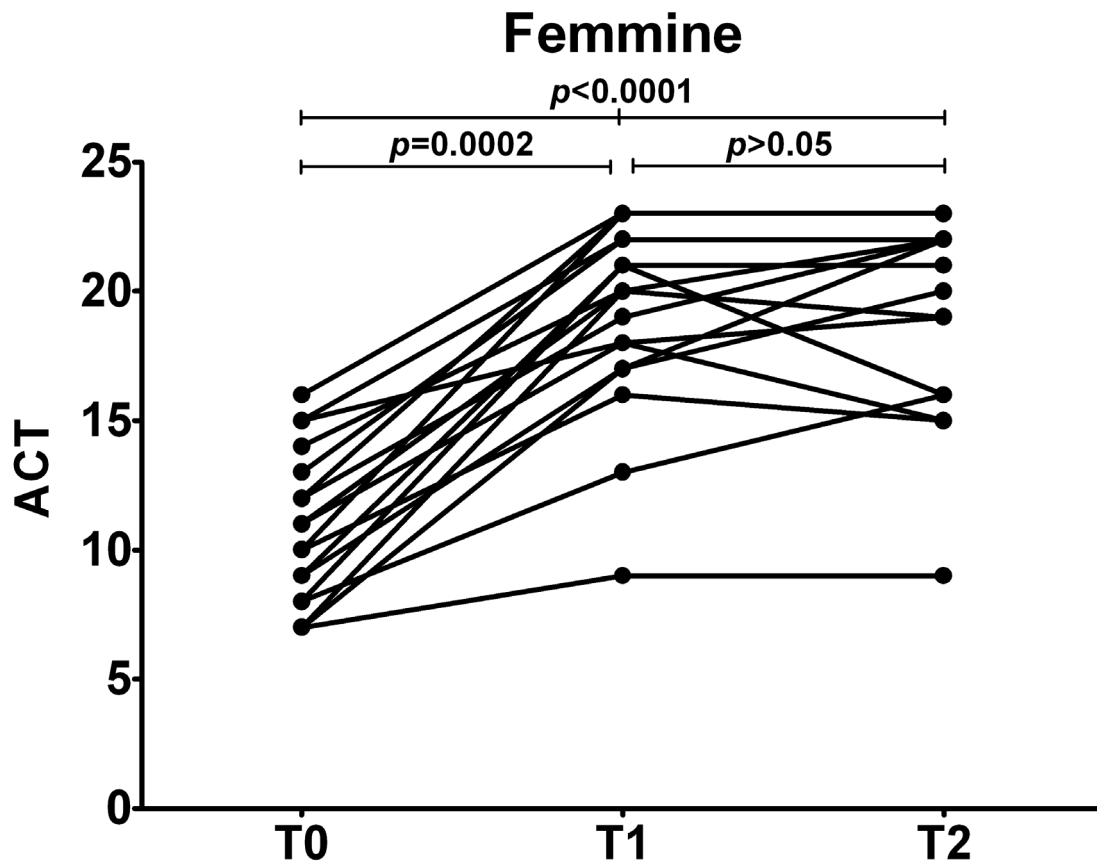
Nelle donne si è verificato un incremento statisticamente significativa nei valori dell'ACT già nel primo anno di trattamento con una maggiore significatività statistica rispetto al gruppo degli uomini ($p=0.0002$ vs $p=0.001$). Il miglioramento acquisito dopo il primo anno di trattamento con Omalizumab, nel gruppo delle donne, si è confermato in 7 donne, in altre 7 si è registrato un ulteriore miglioramento e in 4 un peggioramento; $p > 0.05$ (Fig.1). Anche negli uomini si è confermato il miglioramento ottenuto con Omalizumab tra T1 e T2 in 4 soggetti, in 10 soggetti si è registrato un ulteriore miglioramento e in 1 un peggioramento; $p=0.007$.

Discussione

I nostri dati hanno evidenziato un miglioramento statisticamente più significativo nelle donne con diagnosi di Asma allergico grave trattate con Omalizumab già dal primo anno di trattamento. Ciò evidenzia: che vi sono differenze di genere nell'asma che andrebbero ulteriormente indagate e che l'azione rapida dell'Omalizumab nell'asma allergico grave delle donne ha un ruolo fondamentale nell'indurre la riduzione al ricorso ai corticosteroidi sistemici per il controllo dell'asma.

In tal modo l'Omalizumab nelle donne con Asma Allergico Grave evita le ben note complicanze del ricorso ai corticosteroidi sistemici quali osteoporosi, diabete e ipertensione.

Fig.1



**DONNA, MADRE, MEDICO: SI PUO' FARE?****Luciana Bovone^{o*}, Maria Grazia Manfredi^{o*}, Anna Maria Maniezzi^o, Maria Teresa Zocchi^{o*}****^o AIDM Milano ^{*} OMCeOMI**

La Commissione Pari Opportunità OMCeOMI in collaborazione con la sezione milanese AIDM ha istituito da 10 anni uno sportello di consulenza per le colleghe con esigenze relative alla maternità. La gestione dello sportello è affidata alle Consigliere con il supporto legale di una Giuslavorista specializzata in Discriminazione di Genere. La maggior parte dei contatti riguarda dottoresse che si informano sui propri diritti in questo ambito. Negli ultimi 5 anni però sono via via emerse gravi criticità. Le colleghe (97, età media 35aa, differenti ambiti e contratti di lavoro, inclusi quelli pubblici) si sono rivolte a noi chiedendo aiuto e consigli per affrontare spiacevoli situazioni. Le problematiche principali erano relative a *Difficoltà/Discriminazioni nelle procedure di assunzione e Anomalie/Irregolarità nella Fruizione dell'Astensione Facoltativa*, ove prevista (la maggior parte dei casi riguardava infatti libere professioniste, con incarichi a ore, quindi non tutelate contrattualmente). Con il nostro lavoro segnaliamo **l'esperienza fatta, le problematiche emerse, le diverse difficoltà incontrate dalle colleghe, le non semplici iniziative promosse per migliorare e dare maggior forza al diritto alla maternità**. Siamo consapevoli che i nostri numeri rappresentano solo la punta dell'iceberg, che discriminazioni così profondamente penalizzanti in questo ambito impattano fortemente sulla vita personale della donna medico e sulla piena realizzazione professionale. Nostro obiettivo è dar voce a colleghe spesso lasciate in solitudine, a tutela del diritto alla maternità, esperienza fondamentale per la vita della donna e della società.

Due Storie Vere

“Ho preso servizio come specializzanda in chirurgia, in una struttura privata convenzionata lombarda. Appena specializzata sono stata assunta con un contratto di libera professione. Dopo 4 anni comunicai felice la mia gravidanza al primario; mi rispose “ma io ho assunto un chirurgo, cosa me ne faccio adesso di un'anatra zoppa?” Ho comunque lavorato sino al 9° mese senza mai un giorno di assenza. Con l'inizio della maternità ho smesso di percepire lo stipendio. Dopo il parto mi è stato detto che sarei stata rimpiazzata da un “giovane neo-specialista che si accontentasse di 20,000 euro lordi l'anno...”. Mi chiesero di firmare delle dimissioni consensuali; rifiutai, attendendo una comunicazione ufficiale scritta... A 90 giorni dal parto il mio posto di lavoro veniva occupato da un collega maschio, rigorosamente senza famiglia, con uno stipendio pari al doppio del mio.”

“Sono stata assunta con un incarico di 12 mesi presso una grande azienda sanitaria pubblica di Milano. Dopo 6 mesi ho dichiarato di essere incinta e al 5° mese di gravidanza sono stata esonerata dal lavoro per gravidanza a rischio. A un mese dalla scadenza mi hanno comunicato che non mi avrebbero rinnovato l'incarico. Contemporaneamente hanno bandito un concorso per coprire la mia posizione, ed hanno assunto un nuovo medico. Ho partecipato comunque a quel concorso e sono poi stata richiamata al termine della maternità obbligatoria per riprendere servizio immediatamente. Mi hanno esortata a non usufruire del mio diritto di maternità facoltativa.”

Nessuna delle colleghe ha voluto denunciare la discriminazione subita.

Tabella Segnalazioni ricevute nel periodo 2014-2018 dallo Sportello Maternità OMCeOMI

Problematiche riscontrate, Tipologia delle Strutture e del Rapporto di Lavoro, Iniziative messe in atto

PROBLEMATICHE



39,3% DIFFICOLTÀ/DISCRIMINAZIONE NELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE

- “Congelamento” di graduatorie valide in cui la prima classificata era gravida
- “Consigli” di rinuncia volontaria all’incarico lavorativo
- Interruzione o mancato rinnovo di contratto in essere
- Incompatibilità con ruolo richiesto

33,7% ANOMALIE E IRREGOLARITÀ NELLA FRUIZIONE DELL’ASTENSIONE FACOLTATIVA

Concessione della astensione facoltativa

- Rispetto dei tempi del rientro
- Permessi per allattamento
- Difficoltà nella gestione dei turni di guardia
- Altre difficoltà legate al contesto lavorativo

22,5% DIFFICILE/MANCATO RISPETTO DELLE NORME A TUTELA DELLA GRAVIDANZA-MATERNITÀ

- Mansioni gravose o insalubri

Interdizione Forzata (impossibilità a reperire altra mansione da parte della struttura)

Altre difficoltà legate al contesto lavorativo

4,5% IL PROBLEMA SI È RIPRESENTATO ANCHE IN GRAVIDANZE SUCCESSIVE

STRUTTURA/ RAPPORTO DI LAVORO

34,3% Ospedali pubblici	20,0% Incarico a tempo determinato sec contratto collettivo nazionale.
65,7% Ospedali privati	51,4 % Libera Professione
	14,3% Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
	14,3% Università

INIZIATIVE MESSE IN ATTO DALLO SPORTELLO MATERNITÀ'

Supporto alle colleghe

Intervento a vari livelli:

- Personale
- Deontologico
- Legale
- Lavorativo: contatti, laddove possibile, con le direzioni sanitarie ospedaliere e gli organismi di vigilanza coinvolti

Coinvolgimento delle autorità

contatti e iniziative finalizzate alla prevenzione

- contrasto alle Discriminazioni di Genere sul lavoro

Potenziamento dell’Osservatorio presso OMCeOMI per

- raccogliere segnalazioni
- diffondere informazioni sul problema

Sensibilizzazione degli Organismi Regionali e Comunali preposti alle Pari Opportunità

Convegni, Seminari, Interviste, Pubblicazione dei dati raccolti

VICINANZA ALLE COLLEGHE IN DIFFICOLTÀ' per tentare di combattere la DISCRIMINAZIONE DI GENERE



PATOLOGIE ENDOCRINE AUTOIMMUNI

Dott.ssa Annamaria Masu - direttore di SS THyroid Unit- ASST Santi Paolo Carlo- Milano
(SEZIONE AIDM MILANO)

Nell'ambito delle malattie a genesi autoimmune, le patologie endocrine rivestono sicuramente un ruolo di primo piano anche in riferimento alle differenze di genere.

Gli ormoni, infatti, sono determinanti nella differenziazione sessuale, associati a fattori ambientali, sociali, culturali, e possono diventare responsabili di forme patologiche specifiche e peculiari di genere.

Le tiroidopatie rappresentano classicamente una problematica di genere, con un rapporto di malattia nelle donne 5-8 volte maggiore rispetto agli uomini, in particolare le tireopatie autoimmuni hanno un'incidenza del 5% -10% nella popolazione occidentale, prevalenti nel sesso femminile 10 volte più del sesso maschile e la suscettibilità a sviluppare tireopatie è attribuibile a fattori genetici per il 79%, solo per il 21% a fattori ambientali. L'ipertiroidismo del Morbo di Graves, l'ipotiroidismo autoimmune (Tiroidite di Hashimoto), le tiroiditi silenti e post-partum + alcune forme di tireopatie neonatali rappresentano le forme patologiche tiroidee autoimmuni più frequenti e conosciute; ma oltre all'induzione immunologica sembrano intervenire fattori genetici: assetti genici legati al fattore HLA ed un possibile ruolo del gene X.

La peculiarità di genere deriva anche da associazioni che le malattie tiroidee autoimmuni possono sviluppare con anemia perniciosa, connettiviti, diabete, celiachia, disordini psichici e problemi di fertilità, che tipicamente caratterizzano il sesso femminile.

La spiccata peculiarità delle AITD (Autoimmune thyroid disease) nasce dal fatto che la tiroide rappresenta uno dei più sensibili organi per autoimmunità, con prevalenza spiccatamente femminile: uno dei principali e più recenti meccanismi eziopatologici proposti prevede il coinvolgimento di uno stato infiammatorio e i recettori in grado di riconoscere molecole quali pathogen-associated molecular patterns (PAMP's) e damage-associated molecular patterns (DAMP's) che sono presenti nei tireociti.

Nella diagnosi delle tireopatie il dosaggio degli anticorpi riveste un'importanza particolare per discriminare le varie forme di difetti funzionali, di ipo e iperfunzionalità e per determinare le terapeutiche più adeguate: vengono utilizzati gli Ab antiTPO e gli Ab antiTg; mentre gli Ab anti recettore-TSH sono specifici nelle forme di ipertiroidismo ed in alcune peculiari circostanze, quali la gravidanza a rischio di ipertiroidismo neonatale, in donne che stanno allattando e non possono essere sottoposte a diagnostiche di tipo radionucleare, e per definire la malattia di Graves in soggetti con oftalmopatia in eutiroidismo.

E' poi opportuno inquadrare tali tireopatie nel più ampio ambito delle poliendocrinopatie, sindromi che prevedono la presenza di patologie endocrine autoimmuni associate. In ambito clinico ed in particolare in quello endocrinologico, le malattie della tiroide rappresentano le forme predominanti e le AITD sono in progressivo aumento. Proprio alla luce di questa prevalenza, stanno crescendo le richieste sanitarie che esigono un percorso clinico-assistenziale di alta specificità.

A tale scopo presso l'ASST Santi Paolo Carlo di Milano esiste un'Unità Clinica multidisciplinare che si occupa ad ampio raggio delle patologie tiroidee: con un approccio interdisciplinare il paziente viene accompagnato in un percorso clinico-diagnostico-terapeutico che prevede la visita clinica, tutte le fasi diagnostiche (biochimiche, citologiche e di imaging), le proposte terapeutiche farmacologiche, interventistiche/chirurgiche e follow up assistenziali di presa in carico, proprio in relazione alle caratteristiche di cronicità che le tireopatie presentano. E' questo il modello assistenziale di collaborazione multidisciplinare che maggiormente garantisce l'efficienza e la cura di patologie croniche!



RISOLUZIONI EUROPEE PER LO SVILUPPO DELLE POLITICHE DI GENERE IN CARCERE

Anna Castellano, medico psichiatra , già Primario Psichiatra, Delegata Regionale Campania
AIDM Napoli Polimnia Marconi

Nell' abstract presentato al Convegno nazionale AIDM 2018 di Palermo , dal titolo "Uomini e donne in carcere : sofferenza psichica a confronto", avevamo sviluppato in Italia un'analisi circa le condizioni di sofferenza e di malattia psichica in carcere , differenziate per genere. Si era così evidenziato una complessiva maggiore sofferenza psichica e di patologia psichiatrica delle donne, maggiore tendenza al suicidio , da collegarsi alle condizioni ambientali di vita in carcere (carenza di risorse finanziarie e di assistenza legale, allocazione in carceri distanti dalle famiglie ,con scarse visite dei familiari e figli, minori possibilità di lavoro in carcere e di utilizzo di spazi comuni di socialità, difficoltà ad assistenza per gravidanza e parto ed assistenza materno-infantile, etc.).

Vogliamo ora contestualizzare la nostra analisi in un ambito più vasto, quello Europeo, stante anche che l'Italia dal 2003 fa parte dell'Osservatorio Penitenziario Europeo , e che vi sono state nel corso degli anni Risoluzioni Europee oltre che sulle carceri in generale, anche sulla specifica condizione detentiva femminile.

Abbiamo la Risoluzione del Parlamento Europeo del 13 marzo 2008 , sulla particolare situazione delle donne detenute .

Nella Risoluzione ritroviamo raccomandazioni che concernono :

- introduzione delle statistiche di genere per evidenziare i problemi delle donne; presenza di personale carcerario e medico femminile ; creazione in ogni Stato di una Commissione di sorveglianza delle condizioni di detenzione;
- il mantenimento dei legami familiari delle donne detenute, con maggior ricorso a pene alternative alla detenzione, specie per le donne madri; l'aumento del numero dei centri di detenzione femminili, con migliore ripartizione sul territorio ;
- l'aiuto giuridico gratuito per le problematiche giudiziarie e familiari ;
- lo sviluppo di politiche per il reinserimento delle detenute.

Nel 2017 abbiamo il Parere della Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere ,destinato alla Commissione per le libertà civili, la giustizia e gli affari interni sui sistemi carcerari e le condizioni di detenzione.

La Commissione , oltre a ribadire la necessità delle statistiche di genere , dell'impiego di personale femminile in carcere e dello sviluppo delle politiche per il reinserimento, focalizza l' attenzione alla protezione della salute delle detenute , sia con sostegno ai disturbi psichici e agli atti di autolesionismo (più frequenti che negli uomini) , sia per quanto attiene alla gravidanza, al parto, alle esigenze igieniche e di cura del corpo. Invita poi a formare adeguatamente il personale , al fine di evitare forme di abuso e violenza e a sviluppare il livello di istruzione delle detenute , mediamente basso.

Queste raccomandazioni evidenziano come le condizioni ambientali ,che favoriscono l'insorgenza del disagio psichico delle donne in carcere , siano gli stessi in tutta Europa; esse paiono essere riconducibili alla scarsa considerazione dei bisogni specifici delle donne durante e dopo la carcerazione , favorita dagli esigui numeri della detenzione femminile.



LA MEDICINA DI GENERE COME PARTE INTEGRANTE DEI PROGRAMMI DEL CORSO DI LAUREA DI MEDICINA E CHIRURGIA: UN'ESPERIENZA ITALIANA

Serenella Civitelli ^a, Rosa D'Amico ^c, Brunetta Porcelli ^b, Piersante Sestinia

^a *Prof. Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena*

^b *Ricercatrice Dipartimento di Biotecnologie mediche, Università degli Studi di Siena*

^c *Specializzanda in Chirurgia Generale Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"*

AIDM Napoli Polimnia Marconi

Introdurre una "lente di genere", attraverso la quale l'attenzione alle diversità, sia regolarmente e sistematicamente oggetto di formazione è ormai diventata una necessità. Ciò non può prescindere dall'integrazione di argomenti genere-correlati nei programmi universitari: è ormai nota da tempo l'influenza che questo nuovo approccio alla medicina ha nell'orientare scelte personali e professionali finalizzate a promuovere l'equità in medicina.

In Italia, poche sono le realtà universitarie che vantano l'inserimento della medicina di genere nei programmi dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, tra queste una è l'Università di Siena, dove da diversi anni è stato avviato un corso opzionale di medicina di genere tenuto dalla Prof.ssa Civitelli e volto a sensibilizzare gli studenti circa l'influenza del genere sullo stato di salute e di malattia, la scelta della specializzazione, le relazioni professionali e sociali.

Una prospettiva di genere è stata applicata nella revisione della letteratura medica, discutendo il ruolo delle donne nella storia della medicina e della chirurgia e il concetto di genere come determinante della salute e quale argomento di rilevanza scientifica.

In accordo con l'interesse degli studenti, il corso "salute e medicina di genere" è stato quindi introdotto nel *programma di base* del secondo anno, quale modulo all'interno del corso integrato di "Metodologia medico-scientifica, scienze umane e promozione della salute".

L'esame finale consisteva in un tema sugli argomenti trattati sotto forma di libera riflessione.

Successivamente, in accordo con la politica della Facoltà, a tutti gli studenti è stato somministrato un questionario on line di gradimento del corso in forma anonima.

Gli studenti di entrambi i sessi hanno dichiarato grande interesse per le questioni di genere, definite rilevanti per la loro pratica clinica e impegno sociale, nonché un alto gradimento del corso. I giovani hanno il desiderio di apprendere e menti fertili. Si auspica che coloro che sono ai vertici si impegnino nell'introduzione di una prospettiva di genere nell'istruzione formale. Insegnanti competenti e sensibili al genere sono fondamentali. Non solo gli educatori, ma il personale tutto dovrebbe essere consapevole della rilevanza scientifica delle differenze di genere, al fine di integrare tali conoscenze in ogni classe e disciplina.



FORMAZIONE ALLA COMPETENZA NARRATIVA DEI PROFESSIONISTI DELLA CURA: *LE MEDICAL HUMANITIES*

Rosa D'Amico^a, Serenella Civitelli^b, Silvana Capasso^c

^a *Specializzanda in Chirurgia generale Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", AIDM P. Marconi Napoli*

^b *Prof.ssa Aggregata Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena*

^c *Pediatra, libero professionista, AIDM P. Marconi Napoli*

AIDM Polimnia Marconi NAPOLI

In una fase storica della formazione degli operatori sanitari nella quale si dà sempre più peso alle competenze, che vengono definite a partire da comportamenti misurabili, osservabili e quantificabili, sempre con più insistenza si fa riferimento alla necessità, oltre delle abilità tecniche, di sviluppare "competenze umanistiche". Lo scopo del presente progetto è quello di introdurre una "lente di genere", attraverso la quale l'attenzione alle diversità, sia regolarmente e sistematicamente oggetto di formazione.

Esso si propone i seguenti obiettivi:

- a) formare futuri professionisti della salute "socialmente consapevoli", inserendo percorsi educativi che affrontino specificamente il problema delle differenze, in prospettiva di un sistema garante di equità nell'approccio diagnostico, valutativo e terapeutico;
- b) introdurre le medical humanities, che a loro volta stimolano a:
 - 1) Coltivare una sensibilità a cogliere le sfumature, le ambiguità, i significati meno evidenti in una conversazione ordinaria.
 - 2) Individuare e discutere le metafore presenti in una narrazione.
 - 3) Incrementare l'abilità ad analizzare argomenti.
 - 4) Sviluppare competenze narrative.
 - 5) Imparare a collegare situazioni apparentemente disparate, attraverso una narrazione.
 - 6) Cogliere le diverse modalità attraverso le quali le persone comunicano.
 - 7) Espandere la prospettiva biomedica di analisi degli esseri umani
 - 8) Coltivare la capacità di comprendere (e "far fronte" alla) specifica situazione del paziente e il suo vissuto di malattia.
 - 9) Sviluppare la capacità di empatia nei confronti del paziente e dei suoi famigliari

Il corso si articolerebbe in lezioni frontali e laboratori interattivi multidisciplinari concepiti non come momenti singoli, ma come fasi integrative e complementari dell'apprendimento.

Nel corso delle lezioni verrebbero affrontate, in una prospettiva di genere, varie tematiche mediche passando dalla farmacologia, all'oncologia fino ad arrivare alla medicina del lavoro. Particolare attenzione è altresì dedicata alla narrazione del percorso che le donne hanno dovuto affrontare per affermare il loro ruolo di scienziate e mediche, mediante la ricostruzione di tappe storiche fondamentali e la descrizione della vita di alcune figure femminili di spicco. Al termine di ogni lezione viene fornita la bibliografia di riferimento, nonché suggeriti testi e articoli integrativi.

I laboratori interattivi multidisciplinari, invece, consistono in momenti di libero scambio di idee, di condivisione del sapere e delle esperienze di vita vissuta. In seguito alla lettura di un testo, di un articolo scientifico, oppure alla visione di un film/documentario viene stimolato un dibattito durante il quale ognuno è invitato ad esprimere le proprie opinioni e a fare proposte.

Ad ognuno verrebbe concessa l'opportunità di dare liberamente il proprio contributo in forma di racconto, poesia, disegno o anche fotografia, con le più varie aree tematiche da trattare: relazioni, malattia, qualità di vita.



LA MEDICINA DI GENERE E LA DONAZIONE DI SANGUE

Paolo Palmieri¹, Maria Ludovica Genna^{1,2}, Giuseppe Mascia¹, Rosa Terracciano¹, Antonio Giannini¹, Paola Sabatini³, Silvana Franca Manco², Michele Vacca¹

¹ U.O.C. S.I.M.T., Dipartimento Tecnologie Avanzate, A.O.R.N. A. Cardarelli, Napoli²

A.I.D.M. Polimnia Marconi Napoli³ GdS Medicina di Genere SIPMeL

Obiettivi: La diffusione della Medicina di Genere nell'ambito della Medicina Trasfusionale è un obiettivo importante al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. *La selezione e gestione dei donatori, il rilievo di reazioni avverse, le motivazioni associative e le potenzialità diversificate del dono di sangue ed emocomponenti, sono solo alcuni esempi delle diversità globali tra uomo e donna che trovano frequentemente riscontro nella Medicina Trasfusionale.*

Scopo del lavoro è indagare le differenze di genere e di età nelle donazioni di sangue in soggetti afferiti all'A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli nel biennio 2017-2018, per la pianificazione di nuove strategie nella gestione e organizzazione delle attività di donazione.

Metodi: È stata svolta un'indagine retrospettiva sui dati relativi alla popolazione di Donatori di sangue afferita al Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli dal 2017 al 2018.

Risultati: Nel periodo esaminato, le unità di sangue donate sono state rispettivamente **35.585** e **29.827** per anno. Tra i donatori risultano in numero maggiore i maschi rispetto alle femmine (**57,8%** donatori maschi, **42,2%** donatrici femmine) con un rapporto maschi/femmine pari a **1,3**. Il **40,7%** dei maschi ed il **29,6%** delle femmine appartiene alla fascia d'età 18-45 anni; il **17%** dei maschi ed il **12,6%** delle femmine rientra tra i 46-65 anni laddove lo **0,07%** dei maschi e lo **0,03%** delle femmine supera i 65 anni. In qualsiasi fascia d'età i maschi sono numericamente prevalenti rispetto alle femmine e risultano più facili da fidelizzare. Il **70,3%** dei donatori di entrambi i sessi dona in maniera occasionale. Le femmine rappresentano il **10,3%** dei donatori periodici contro il **19,3%** dei maschi.

Conclusioni: Dall'analisi epidemiologica condotta emergono differenze di genere per quanto riguarda la donazione di sangue. Dai dati dei donatori periodici emerge una netta differenza circa la continuità della donazione: **19,3%** di maschi contro il **10,3%** di femmine. La fascia d'età in cui si registra più frequentemente una riduzione delle donazioni nel sesso femminile è quella tra i 18 ed i 45 anni, per motivazioni probabilmente legate alle gravidanze e alla gestione familiare. L'aumento delle donatrici rappresenta pur sempre un obiettivo fondamentale da raggiungere. Tra le soluzioni per consentire un incremento di donazioni tra le donne, è potenziare l'attività in aferesi. Più in generale, per la diffusione della Medicina di Genere in ambito Trasfusionale, si auspica di assicurare adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico; di trasmettere ai donatori un'informazione sulla salute, prevenzione e gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere; sollecitare le istituzioni ad intraprendere anche a livello regionale un approccio di genere alle politiche sanitarie sul territorio al fine di migliorare i percorsi donazionali e la crescita dei processi di fidelizzazione dei donatori.



ANTICORPI-ANTI ACQUAPORIN-4: UTILI BIOMARKERS DI GENERE NELLO SPETTRO DELLA NMO E NELLA MALATTIA DEL TESSUTO CONNETTIVO

Paola Sabatini *, **Rosita Marchitello***, **Gabriella Annunziata***, **Patrizia Amato****, **Gabriella de Silvio*****,
Maria Ludovica Genna****, **Silvana Capasso*******, **Franca Manco*******

*U.O.C Medicina di Laboratorio PO Umberto I Nocera Inferiore ASLSALERNO

** Dipartimento di Medicina ASLSALERNO *** UOMI Nocera Inferiore ASLSALERNO.

SEZIONE AIMM TROTULA DI **NOCERA INFERIORE**

**** Centro Trasfusionale A.O.R.N. Cardarelli Napoli

***** SEZIONE AIMM **POLIMNIA MARCONI NAPOLI**

La Neuromielite Ottica (NMO) è una patologia autoimmune che colpisce in misura maggiore le donne rispetto agli uomini con un rapporto di circa 3:1. Si manifesta con la contemporanea presenza di neurite ottica bilaterale e mielite, con un danno al midollo spinale che varia da un'estensione moderata, alla completa Mielite Trasversa Longitudinale Estesa (LETM). Per molti anni è stata considerata una variante della Sclerosi Multipla ma di estrema importanza è una diagnosi differenziale precoce, trattandosi di patologie differenti per prognosi e protocollo terapeutico. La scoperta degli anti-NMO IgG come biomarkers della NMO e la successiva identificazione del loro antigene bersaglio, l'Acquaporina 4 (AQP4), ha consentito la diagnosi differenziale della NMO e delle patologie che rientrano nel suo spettro. **Scopo:** verificare, in un'ottica di genere, l'utilità diagnostica degli anticorpi anti-AQP4 in pazienti con sospetto di NMO, già affetti da altre patologie autoimmuni del connettivo e da Artrite Reumatoide. Verificare l'appropriatezza degli anti-AQP4 nella diagnosi differenziale con la Sclerosi Multipla.

Materiali e Metodi: Una coorte di 100 pazienti selezionati sulla base di evidenze cliniche riportate nel quesito diagnostico e compatibili con un sospetto di NMO, così suddivisi: 28 pazienti affetti da Artrite Reumatoide e 20 pazienti con Connettiviti Indifferenziate, 31 pazienti positivi per anticorpi anti-MOG affetti da Sclerosi Multipla e 21 donatori sani, sono stati sottoposti al test per la ricerca degli anticorpi anti-Acqua Porina 4 (AQP4) sia con metodologia immunoenzimatica in fase solida (Aquaporin Autoantibody ELISA,) sia mediante Immunofluorescenza indiretta su cellule trasfettate di cervello di primate (Anti- aquaporin 4 IIFT). **Risultati:** L'assenza degli anticorpi anti-Acquaporina 4 nel *subset* di pazienti con diagnosi certa di Sclerosi Multipla, rafforza l'elevato valore predittivo negativo degli anticorpi anti-Acquaporina 4 per una diagnosi differenziale. L'analisi dei dati ha mostrato significatività statistica (p-value <0.001) per entrambe le metodiche utilizzate nei pazienti sospetti di NMO sia affetti da Artrite Reumatoide che da Connettivite Indifferenziata; tuttavia la metodica IFI è risultata essere più performante per una diagnosi precoce. L'analisi dei risultati in un'ottica di genere ha mostrato significatività statistica (p-value <0.001) nell'associazione tra biomarkers, genere e patologia autoimmune. **Conclusioni:** La determinazione sierologica degli anticorpi anti-Acquaporina 4, assume un elevato valore predittivo e prognostico nella diagnosi differenziale della Neuromielite Ottica dalle altre patologie infiammatorie del Sistema Nervoso Centrale, quali ad esempio la Sclerosi Multipla. Inoltre la presenza degli AQP4 si riscontra nel genere femminile con Connettivite Indifferenziata e nel genere maschile con Artrite Reumatoide. Appare quindi necessario ricercare specifici profili anticorpali disaggregati per patologia, con una particolare attenzione ai differenziali di genere che assumono, sempre più, un ruolo di rilievo nell'ambito della Medicina di Precisione.

**FOLLOW UP ONCOLOGICO E ANTICORPI ANTI PCA-1 (YO) NEL GENERE FEMMINILE****Paola Sabatini *,Patrizia Amato**, Antonietta Sica ***, Elvira Genovese**** Gabriella De Silvio*******

*Responsabile UOS Microbiologia e Virologia PO Umberto I Nocera Inferiore ASLSALERNO ** Reumatologa Dipartimento di Medicina ASLSALERNO

*** Responsabile UOS Pronto Soccorso PO Oliveto Citra ASLSALERNO

****Pneumologa UOC Pneumologia PO Scarlato Scafati ASLSALERNO

*****Responsabile UOMI Nocera Inferiore ASLSALERNO

Sezione AIDM **Nocera Inferiore**

La Degenerazione Cerebellare Paraneoplastica (DCP) è una malattia autoimmune caratterizzata dalla distruzione delle cellule di Purkinje del cervelletto. Esordisce con nausea, vomito, vertigini e difficoltà nella deambulazione, cui segue una progressiva atassia del tronco e degli arti. La DCP è dovuta a effetti a distanza di neoplasia, non causati da invasione neoplastica o da metastasi, o altre cause e associata a carcinomi ginecologici o della mammella. Il siero e/o il liquor dei pazienti presentano anticorpi anti citoplasma delle cellule di Purkinje (Anti PCA-1/ Yo) a comparsa precoce. Il ruolo patogenetico degli anticorpi Anti Yo e la loro specificità ha consentito, di scoprire la recidiva di malattia, nel follow up di donne operate di carcinoma della cervice uterina.

Materiali e metodi: Dal 2014 al 2019 sono state monitorate 10 donne, operate di carcinoma della cervice uterina, di età compresa tra i 35 e i 75 anni. Due donne di 74 (A) e 56 (B) anni, sono state ricoverate rispettivamente nel maggio del 2014 e agosto 2014 per ascite n.d.d. e ipertensione arteriosa. Le pazienti sottoposte a TAC total-body, colonscopia, esame citologico del liquido ascitico hanno ricevuto diagnosi di lesione neoplastica epiteliale ovarica (C4). Hanno iniziato cicli di chemioterapia secondo lo schema CBDCA+Taxolo (6 cicli). Le pazienti A e B sono state sottoposte, rispettivamente nel novembre 2014 e nel Febbraio 2015, ad isteroannessetomia totale con linfoanectomia iliaca e otturatoria bilateralmente. All'esame istologico è stato evidenziato una residua area di k della sierosa ovarica con infiltrazione omentale. Fino a settembre 2015 A e fino a Novembre 2015 B presentavano buone condizioni e remissione della malattia. Nell'ottobre 2015 A e nel Dicembre 2015 B, ricevevano diagnosi di DCP compatibilmente con le manifestazioni cliniche mostrate e una PET-TAC da cui si evidenziava un incremento dell'attività metabolica all'emisfero cerebellare sinistro e RMN e assenza di lesioni focali o di impregnazione patologica all'emisfero cerebellare destro. La Ricerca degli anticorpi anti-Yo, con metodica di immunofluorescenza indiretta (IFI), ha mostrato un titolo elevato (1:800) e test di conferma positivo per anti- PCA-1, con tecnica di Immunoblot.

Risultati. Nel gennaio 2017 la paziente A e nell'Aprile 2017 la B, sono stata sottoposta ad un ulteriore ciclo di chemioterapia. Un controllo del luglio 2017 ha rivelato condizioni generali migliorate e una sensibile riduzione del titolo anticorpale anti-Yo rientrato nell'arco di tre mesi dal trattamento. I controlli ematologici, eseguiti ogni sei mesi, non hanno evidenziato anticorpi anti-Yo. **Conclusioni :** Gli anti-Yo sono utili biomarkers nel follow up di donne con pregressa neoplasia ginecologica, per una migliore gestione del quadro neurologico (Rauking score 4-5) e per indirizzare il clinico verso una neoplasia non ancora documentata. (Giometto B.2008).



L'INCREMENTO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE COME EPIFENOMENO DI NUOVI COMPORTAMENTI SESSUALI

Dott.ssa Antonella Monastra, Dott.ssa Maria Antonietta Coppola
Sezione AIDM Palermo

Le patologie infettive legate alla sessualità, hanno una storia lunga come quella dell'umanità e il modo differente con cui sono state nominate nel tempo riflette anche lo sguardo con cui la scienza e la società le hanno approcciate. Oggi i più preferiscono utilizzare il termine di Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) per sottolineare la sempre maggiore percentuale di casi caratterizzati da espressioni cliniche modeste che non inducono i soggetti colpiti a ricorrere tempestivamente ai controlli sanitari. Lo studio epidemiologico di tali patologie è uno strumento necessario per comprendere la complessità di un fenomeno in cui i risvolti psicosociali, relazionali e comportamentali sono strettamente legati alla loro diffusione. Negli ultimi anni la percezione distorta di una diminuita pericolosità dell'infezione da HIV alimentata dalle possibilità offerte dai Farmaci Antiretrovirali, dalla PEP (Profilassi Post-esposizione), dalla PrEP (Profilassi Pre-esposizione) nonché dalla diffusione delle CHEMSEX hanno determinato un minore uso del Condom che nel nostro Paese incontra da sempre resistenze culturali, ideologiche e confessionali. Inoltre va ricordato il ruolo che ha l'utilizzo della RETE facilitante l'accesso all'informazione, più o meno corretta, all'acquisto lecito e illecito di farmaci o di sostanze psicotrope e infine l'accesso per i giovani alla fruizione di pornografia che propone modelli di sessualità maschile violenta e vittimizzante le figure femminili. Ciò insieme alla riduzione, da parte dei Governi, degli investimenti sulle politiche sanitarie di Prevenzione e Promozione della salute sessuale e riproduttiva, soprattutto delle giovani generazioni, e sui Servizi ad essa dedicati, come Consultori e SERT, ha contribuito all'impennata delle IST più tradizionali quali Sifilide, Gonorrea, Chlamydia T. e Condilomatosi ano genitale. Si capisce dunque come la dimensione del problema sia serissima e richieda conoscenza a tutto campo del fenomeno e strategie articolate capaci di dialogare efficacemente con la complessità del presente avendo lo sguardo proiettato nel futuro.



UN QUESTIONARIO PER MISURARE LA QUALITÀ DEL SONNO NELLE DONNE MEDICO

¹Antonella Vezzani*, ¹Andrea Ramelli, ²Maria Patrizia Muccioli, ³Caterina Ermio

¹ Terapia intensiva Cardiochirurgica Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

² Pediatra di libera scelta; ASP di Trapani

³UO di Neurologia, Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II, Lamezia Terme, ASP di Catanzaro.

AIDM Parma, Trapani, Catanzaro

Le donne medico, nel tentativo di trovare un equilibrio tra vita familiare e vita lavorativa si trovano a sperimentare la tensione del doppio ruolo, come donne e come medici. Questo doppio ruolo può produrre un'iperattivazione fisiologica, cognitiva ed emotiva che si oppone ai normali processi di regolazione del sonno.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di misurare la tendenza verso l'insonnia basata sul concetto di predisposizione all'attivazione misurata con l'APS (Arousal Predisposition Scale) e la qualità soggettiva del sonno misurata dal PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) in un gruppo di donne medico membri dell'AIDM (Associazione Italiana Donne Medico) utilizzando un sondaggio anonimo condotto online (Monkey Survey).

Delle 517 donne medico che hanno risposto al questionario, il 48,4% lavorava in ospedale, mentre il 51,6% in ambiente extraospedaliero. Il PSQI medio è risultato $7,10 \pm 3,49$; nessuna correlazione con l'età ($r = -0,05$; $P = 0,263$); la residenza ($P = 0,140$) e gli anni di lavoro ($k = -0,20$; $P = 0,649$); Il PSQI è risultato significativamente più alto nelle donne che lavorano in ospedale ($7,53 \pm 3,63$) rispetto a quelle che lavorano in ambulatori extraospedalieri ($6,72 \pm 3,33$) ($P = 0,011^*$).

L'APS medio è stato $39 \pm 4,63$; una debole correlazione negativa statisticamente significativa con l'età ($r = -0,090$; $P = 0,043^*$); mentre nessuna correlazione tra APS e tipo di lavoro.

E' stata identificata una debole correlazione tra APS e PSQI ($r = 0,124$; $P = 0,006^{**}$).

Conclusioni: il 79% delle donne medico che hanno risposto al nostro questionario hanno riportato una cattiva qualità del sonno ($PSQI > 5$), mentre nella popolazione generale meno di un terzo riferisce di soffrire di insonnia. Anche se la predisposizione all'attivazione (APS) è risultata elevata, la correlazione con la qualità del sonno di chi ha risposto al questionario è risultata molto debole. Nonostante il 34,8% (179/515) delle donne medico riferivano una cattiva qualità del sonno solo il 18,4% ha dichiarato di aver assunto farmaci per dormire almeno una volta nell'ultimo mese.



IPOACUSIA FLUTTUANTE DA PATOLOGIA AUTOIMMUNE: UN QUADRO CLINICO DI GENERE

Dr. Carlo Emilio Falco

Dr.ssa Laura Lanza

Otorinolaringoiatria ASST Pavia – AIDM Sezione di Pavia

Introduzione: l'ipoacusia fluttuante (IF) è un quadro caratterizzato da oscillazione della soglia psico-acustica rilevata con audiometria tonale. È un quadro non frequente, di difficile inquadramento soprattutto nelle fasi iniziali dove la terapia risulta più efficace. La donna né è più frequentemente colpita. È dovuta a quadro autoimmune spesso non correlato alle forme sistemiche, ad alterazioni anatomiche come l'acquedotto vestibolare allargato (EVA sindrome), che rendono più fragile l'orecchio interno ed a quadri menierici cocleari idiopatici, tutte condizioni epidemiologicamente più frequenti nel genere femminile.

Materiali e metodi: Nella revisione dei pazienti afferiti presso l'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria di Vigevano (ASST Pavia) per ipoacusia nel periodo da gennaio 2014 a gennaio 2019 sono state prese in considerazione 4 pazienti di sesso femminile con quadro di ipoacusia cocleare documentata con accertamenti audiologici seriati, valutazione radiologica dedicata alla rocca del temporale e della regione retrococleare.

Risultati: una paziente, valutata dopo trauma cranico lieve ha evidenziato un quadro di Eva sindrome che ha portato ad un'anacusia dell'orecchio interessato; in due casi, escluse altre opzioni eziopatologiche, i quadri sono stati indicati come forme autoimmuni trattate con terapia cortisonica (un caso con iniezione di steroide intratimpanico e un caso con trattamento steroideo sistemico): in entrambi i casi vi è stato miglioramento della soglia psicoacustica, nel caso con steroide intratimpanico è stato evidenziato agli esami ematochimici solo un aumento degli Ac anti-tireoglobulina, nel caso con terapia sistemica nessuna evidenza sierologica particolare. Nell'ultimo caso abbiamo evidenziato un quadro di progressivo, ma lento peggioramento, inquadrato per ora, come forma menierica.

Conclusioni: IF è un raro quadro audiologico, ma data la frequenza delle cause nel genere femminile va sempre indagata nella donna. Nella definizione diagnostica un pronto inquadramento dell'ipotesi autoimmune permette di eseguire una terapia cortisonica in tempi adeguati, spesso decisiva.

**“SORDITA’ AUTOIMMUNE E DIFFERENZE DI GENERE”**

Laura Lanza (Direttore UUOO ORL Ospedale di Vigevano e Voghera – ASST Pavia),
Carlo Emilio Falco (Dirigente Medico UO ORL Ospedale di Vigevano – ASST Pavia)
Sezione Provinciale **AIDM Pavia**

La sordità autoimmune è una sindrome caratterizzata da perdita progressiva dell'udito e / o vertigini che è causata da anticorpi o cellule immunitarie che attaccano l'orecchio interno. E' stata confermata da argomenti sperimentali e clinici che chiamano in causa un supporto immunologico nell'orecchio interno e viene osservata in tre tipi di situazioni: A) associata a una patologia nota per avere un sostegno immunologico quasi certo; B) associata a una malattia autoimmune e di cui l'orecchio non è che un bersaglio tra altri organi attraverso meccanismi non specifici dell'orecchio interno; C) totalmente isolata o associata a una malattia autoimmune specifica di organo, ma con evoluzione indipendente. È importante riuscire a porre una diagnosi, in quanto si tratta di una delle rare forme di sordità neurosensoriale potenzialmente reversibili dopo un trattamento medico a base di corticosteroidi. E' una diagnosi clinica basata sul corso clinico della malattia, sui risultati dei test immunitari, e sulle risposte al trattamento. I criteri specifici per sordità neurosensoriale idiopatica progressiva bilaterale includono una perdita bilaterale di almeno 30 dB a qualsiasi frequenza progressiva in almeno un orecchio, definita come un cambiamento di soglia che è maggiore di 15 dB a qualsiasi frequenza o 10 dB a 2 o più frequenze consecutivi o un cambiamento significativo nel punteggio di discriminazione vocale. E' più comune nei pazienti di sesso femminile che possono o non possono avere malattia autoimmune sistemica concomitante. La prevalenza delle malattie autoimmuni è più importante nella donna in periodo di attività fertile. L'insorgenza dei sintomi si verifica all'età di 20-50 anni. Come specificato, la causa della malattia è generalmente correlata ad anticorpi o cellule immunitarie che causano danni all'orecchio interno. Ci sono diverse teorie analogamente ad altre malattie autoimmuni, quali i fattori genetici ed i fattori ambientali. Le principali patologie autoimmuni che colpiscono il labirinto sono rappresentate da forme di reumatismi infiammatori, connettiviti, vasculiti sistemiche e quadri nosologici mal definiti, quali ad esempio la Sindrome di Cogan. Se il trattamento in prima intenzione con corticosteroidi è ampiamente accettato, anche se non chiaramente codificato nelle sue modalità, l'instaurazione di un trattamento immunosoppressivo, in seconda intenzione dopo l'insuccesso o l'insufficienza della terapia corticosteroidica, rimane molto discutibile. Le terapie locali, in pieno sviluppo, suscitano speranza nella sordità autoimmune come in altre malattie del labirinto. La gestione dei pazienti affetti da sordità autoimmune richiede in tutti i casi una collaborazione stretta tra ORL e internista. In caso di evoluzione verso la sordità profonda, l'impianto cocleare è una buona indicazione.



INCONTINENZA URINARIA: UN PROBLEMA SOMMERSO

Mandrini Silvia¹, Cartesegna Stefano², Ceroni Martina³, Lanza Laura⁴

¹Riabilitazione Specialistica ASST Lodi, ²Medicina Generale ATS Pavia, ³Università di Pavia, ⁴Otorinolaringoiatria ASST Pavia.

AIDM di Pavia

L'incontinenza urinaria (IU) è una condizione comune nella donna e ha un forte impatto negativo sulla qualità della vita. La prevalenza varia dal 25 al 48% secondo due studi europei (Hannestad YS, 2000; Schreiber PL, 2017). Tra i casi di incontinenza urinaria, il più frequente è l'incontinenza urinaria da stress (IUS), che si stima abbia una prevalenza tra il 21 e il 33%, con picchi tra i 40 e i 49 anni. Le donne affette da IU si sentono imbarazzate, hanno bassa autostima e riportano il timore di maleodorare. Per tali motivi spesso sono limitate nelle attività sociali o fisiche.

Tra le donne con IUS si stima che solo una su tre chieda aiuto ad un operatore sanitario; le barriere che impediscono alla donna di farsi aiutare sono: vergogna a confidarsi, scarse conoscenze in merito ai trattamenti possibili, convinzione che l'incontinenza sia una normale conseguenza del parto o dell'invecchiamento.

I medici di medicina generale (MMG) difficilmente consigliano un trattamento a queste donne, sebbene vi siano cure raccomandate dalle linee guida internazionali tra cui: cambiamenti dello stile di vita, training del piano perineale o utilizzo di pessari. I fattori che impediscono agli MMG di fornire l'aiuto adeguato sembrano risiedere nella mancanza di tempo e nella carenza di conoscenze specifiche.

Scopo di questo studio è stimare la prevalenza di IU tra le assistite di un poliambulatorio di MMG di Pavia, nonché indagare eventuali "fattori barriera" per la richiesta di aiuto.

Sono stati consegnati questionari scritti anonimi da riconsegnare in scatola chiusa a tutte le assistite che frequentavano lo studio medico associato da gennaio ad agosto 2019, con possibilità di partecipare volontariamente. Nel questionario venivano raccolti dati relativi ad età, presenza di perdite urinarie, tipologia di incontinenza, frequenza e periodo di inizio dei sintomi, fiducia o meno nei confronti del proprio curante.

Centoquarantasette donne (età media 58±16 anni, 97% con anamnesi di parto) hanno risposto al questionario; il 52% è risultato soffrire di incontinenza urinaria da più di un anno e tra queste una su quattro (25%) ha lamentato IUS più volte al giorno. Il 16% ha affermato di non avere fiducia nei confronti del proprio MMG.

I dati di prevalenza di IU sono risultati superiori rispetto agli studi della letteratura attualmente disponibili, mentre i dati relativi a IUS sono risultati in linea con altri studi.

Ciò suggerisce la sottostima della problematica, come indicato negli studi internazionali.

Questo studio evidenzia la necessità di implementare l'attenzione sull'IU attraverso corsi di formazione degli MMG, che dovrebbero porre maggiore attenzione sull'anamnesi minzionale delle assistite al fine di garantire l'opportuno accesso alle terapie raccomandate dalle linee guida.

Durante i mesi di raccolta dei questionari gli MMG coinvolti hanno percepito un aumento delle richieste di aiuto per IU da parte delle assistite, indicando come il questionario anonimo possa rappresentare un possibile strumento di sensibilizzazione e di apertura al dialogo.



LE VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA: ATTITUDINI E DETERMINANTI DELLA SCELTA VACCINALE

Siccardo Francesca¹, Mandrini Silvia², Cartesegna Stefano³, Quaquarini Erica⁴, Lanza Laura⁵

¹Università di Pavia, ²Riabilitazione Specialistica ASST Lodi, ³Medicina Generale ATS Pavia, ⁴Oncologia Medica ICS Maugeri Pavia, ⁵Otorinolaringoiatria ASST Pavia.

Sezione AIDM di Pavia

L'immunizzazione della donna in gravidanza è stata riconosciuta dalla comunità scientifica e dalla WHO come strategia fondamentale al fine di proteggere il nascituro dalle *vaccine-preventable diseases (VPDs)* quali la difterite, il tetano, la pertosse e l'influenza. La somministrazione dei vaccini dTpa e dell'antifluenzale inattivato, nel terzo trimestre di gravidanza, determina infatti protezione immunologica non solo alla madre, ma anche al neonato mediante il trasferimento transplacentare degli anticorpi vaccino-indotti. L'infante risulta così efficacemente immunizzato per i primi tre-sei mesi di vita, epoca di grande rischio infettivologico e in cui risulta troppo piccolo per i programmi di immunizzazione primaria. In Italia, la somministrazione di entrambi i vaccini, dopo la ventottesima settimana di gestazione, è raccomandata dai Piani Nazionali Prevenzione Vaccinale dal 2012 al 2019. Fino ad oggi, però, questa strategia vaccinale non è stata adeguatamente messa in atto: le gravide non appaiono sufficientemente informate, riflettendo la scarsa attitudine nella promozione di tali vaccinazioni negli ambulatori di medicina generale, in ambito pediatrico e ostetrico-ginecologico. Inoltre, secondo le conoscenze degli autori, non sono attualmente disponibili dati epidemiologici aggiornati sul tasso di copertura vaccinale delle donne in gravidanza.

Per tali motivi è necessario ottenere una stima epidemiologica della copertura vaccinale e indagare l'attitudine alla vaccinazione in campioni di donne residenti sul territorio pavese e nazionale, identificando i principali determinanti della *vaccine hesitancy*. Scopo ultimo è la pianificazione di strategie di comunicazione efficaci e mirate, destinate ad operatori sanitari (eventuali corsi ECM rivolti a MMG, ginecologi e pediatri) e alla popolazione generale (campagne di sensibilizzazione, informazioni durante corsi di accompagnamento alla nascita), al fine di implementare la copertura vaccinale nella donna in stato di gravidanza. Sarebbe inoltre opportuno coinvolgere direttamente i medici di medicina generale nella somministrazione di tali vaccini.



IMMUNOTERAPIA IN ONCOLOGIA E DIFFERENZE DI GENERE

Maria Rosa Strada (Oncologia Medica, Istituto Clinico Città di Pavia, GSD);

Erica Quaquarini (Oncologia Medica, ICS Maugeri, Pavia)

AIDM Sezione di Pavia

E' noto da tempo che il genere riveste un ruolo significativo nei confronti dell'incidenza, della prognosi e della risposta ai trattamenti di molti tumori per le differenze che si riscontrano in farmacocinetica, farmacodinamica ed efficacia dei farmaci nei due sessi. Oggi, grazie alle conoscenze biologiche più avanzate, siamo in grado di documentarne meglio le ragioni che si esplicano attraverso meccanismi molecolari diversi fra maschi e femmine. Questo ambito risulta ancora poco esplorato in oncologia nei confronti delle terapie con inibitori dei checkpoint immunitari nonostante il largo impiego di tale agenti nell'ultimo decennio. Sembra, dunque, particolarmente interessante approfondire la tematica della differenza di genere nei confronti sia dell'efficacia che della tossicità dell'immunoterapia. D'altra parte, sappiamo che esistono differenze nel sistema immunitario fra maschi e femmine: la diversa composizione e interazione dell'immunità innata e dell'immunità adattativa, la funzione degli ormoni sessuali sullo sviluppo e sull'espressione delle cellule immunitarie, i fattori comportamentali, le caratteristiche del microbioma, l'entità del *tumor mutational burden*. La Letteratura più recente ci aiuta in parte ad evidenziare e a spiegare le differenze sul piano clinico. Due recenti metanalisi di due gruppi di ricercatori italiani raccolgono e comparano i dati degli studi inerenti l'efficacia dell'immunoterapia nei due sessi in tumori in fase avanzata (melanoma maligno, carcinoma polmonare, neoplasie del distretto ORL, della vescica, del rene, dello stomaco). Entrambe le revisioni concludono che l'immunoterapia migliora la prognosi, anche in termini di sopravvivenza globale dei pazienti, in misura maggiore (in alcuni studi anche più del doppio) nei maschi rispetto alle femmine. In altre parole, anche le pazienti femmine rispondono bene all'immunoterapia ma in percentuale minore rispetto ai pazienti maschi. L'analisi ha incluso studi con impiego degli inibitori dei checkpoint immunitari appartenenti alle tre classi ad oggi disponibili: anti CTLA-4, anti PD1 e anti PD-L1. La grandezza dell'*outcome* risulterebbe quindi sesso-dipendente e indipendente per sede del tumore, linea di trattamento e tipo di immunoterapia ricevuta. Si apre a questo punto la discussione su come spiegare il dato emerso dalle metanalisi. Dal punto di vista strettamente metodologico sono da sottolineare due elementi: la bassa rappresentazione delle pazienti di sesso femminile negli studi clinici, che in alcuni casi non arriva ad un terzo del campione; il tipo di tumore considerato che presenta maggiore incidenza nel sesso maschile. Ragioni, invece, di tipo biologico assegnano ai tumori femminili una minore immunogenicità mentre il *tumor mutational burden* è più alto nei tumori maschili. Nelle donne, inoltre, è forte la variabile ormonale: il cromosoma X contiene geni determinanti per il sistema immunitario e, a loro volta, gli ormoni sessuali sono in grado di influenzare l'espressione dei geni dell'immunità così come gli stessi ormoni possono modulare la funzione di alcune delle cellule immunitarie. Non da ultimo il dimorfismo sessuale nella composizione del microbioma, che già sappiamo interferire sull'efficacia e sulla tossicità di molti farmaci, può assumere un ruolo importante anche nell'immunoterapia.



ONCOFERTILITÀ: UN PROBLEMA DI ORGANIZZAZIONE E DI COMUNICAZIONE

Maria Rosa Strada (Oncologia, Istituto Clinico Città di Pavia, GSD);
Erica Quaquarini (Oncologia, ICS Maugeri, Pavia); **Laura Lanza** (ORL, ASST Pavia);
Silvia Mandrini (Medicina fisica e riabilitazione, ASST Lodi);
Francesca Melissano (Medicina Legale, Pavia)
AIDM Sezione di Pavia

Il mantenimento della fertilità nelle pazienti oncologiche rappresenta un problema emergente per il sensibile aumento della sopravvivenza in pazienti trattate con chemio e radioterapia, in quanto questi trattamenti decrementano la riserva ovarica follicolare. L'attenzione che oggi viene posta alla qualità di vita in oncologia non può prescindere dai temi dell'oncofertilità in particolare nell'ottica della guarigione della malattia. E' necessario costituire una rete di professionisti che garantisca in tempi rapidi e ad ogni paziente, prima di intraprendere il percorso terapeutico potenzialmente ovotossico, la conoscenza e la possibilità di accedere alle procedure per il mantenimento della fertilità. Nel caso di tumori in età infantile e adolescenziale, la problematica riguarda i curanti, i genitori/tutori e le strutture di riferimento. In questa fascia di età, le condizioni di fallimento ovarico prematuro e di subfertilità si classificano ad alto, medio e basso rischio in relazione al potenziale effetto tossico ovarico. Dopo l'età adolescenziale, il tema interessa le donne giovani affette da tumore della mammella, dell'ovaio e da altre neoplasie che necessitano trattamenti chemio e/o radioterapici a forte rischio di tossicità ovarica. Le procedure già attuabili ed in via sperimentale includono le terapie per limitare il danno ovarico e le tecniche di acquisizione e conservazione di materiale biologico prima dell'inizio del trattamento. Nel primo caso, si impiegano terapie farmacologiche, come i farmaci analoghi dell'LHRH (non proteggono tuttavia dall'effetto mutageno sulle cellule della linea germinale) e la trasposizione/schermatura dell'ovaio in caso di radioterapia in sede pelvica. Le procedure di conservazione comprendono: PMA con stimolazione ovarica, prelievo degli ovociti, fecondazione e conservazione degli embrioni (aspetti etici non ben definiti per pazienti giovani senza partner/decesso della paziente); PMA e successiva crioconservazione degli ovociti (tecnica maggiormente adottata); prelievo e conservazione del tessuto ovarico. Quest'ultima rappresenta la tecnica con i maggiori vantaggi perché applicabile su un ampio numero di pazienti, comprese le donne con tumore mammario ormono sensibile, per le quali non si ritiene di avere tempo e sicurezza per la stimolazione, e le pazienti prepubere. La tecnica consente di avere un ampio pool di gameti e di ripristinare la fertilità dopo il trapianto. La metodica è ancora da affinare, i dati di successo in termini di bambini nati sono ancora troppo pochi per le difficoltà soprattutto legate allo scongelamento. Per contro, alcuni studi, fra cui uno italiano, hanno documentato l'efficacia dell'impiego degli LHRH analoghi nelle donne in premenopausa con diagnosi di tumore della mammella ormono sensibile che desiderano preservare la possibilità di una gravidanza al termine dei trattamenti adiuvanti. Una riflessione meritano gli aspetti comunicativi e psicologici della tematica che va ad investire la sfera personale ed intima della paziente e della coppia e per la quale è richiesta una presa in carico competente che garantisca informazioni corrette, sostegno alle scelte, accoglienza ed ascolto.



I DISTURBI AFFETTIVI PERINATALI: FEMMINILE E MASCHILE A CONFRONTO

**Flavia Adalgisa Distefano^{1,2}, Angela Maria Mastromatteo^{3,4}, Carlo Piscicelli⁵, Antonella Triggiani¹,
Donatella Chiarelli¹, Veronica Toppi¹, Gabriella Nasi^{3,4}**

1. Servizio di Psicologia Perinatale, Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma;

2. Istituto di Ginecologia e Ostetricia Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma;

3. AIDM Sezione Roma Centro;

4. Direzione Sanitaria, Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma;

5. UOC Ginecologia ed Ostetricia, Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma.

La gravidanza e i primi mesi dopo la nascita di un figlio rappresentano per entrambi i sessi momenti di particolare vulnerabilità psicologica durante i quali la frequenza dei disturbi affettivi aumenta di quasi tre volte rispetto alla media della popolazione generale. In questo periodo molti uomini manifestano problemi emotivi che tendono a esprimersi in modo differente rispetto alla donna e, per quanto siano frequenti, sono spesso sottovalutati o non diagnosticati. Nonostante la letteratura scientifica sulla depressione perinatale materna, in particolare quella postpartum sia molto ampia, gli studi sui disturbi psicologici legati alla transizione alla paternità risultano rari e lacunosi, poiché solo da pochi anni l'argomento è di interesse di clinici e ricercatori. Sul piano epidemiologico, la comunità scientifica concorda sul fatto che i disturbi depressivi perinatali paterni siano poco meno frequenti di quelli materni. La metanalisi della letteratura condotta da Paulson e Brazermore (2010), infatti, ha evidenziato una frequenza media mondiale pari al 10,4%. Il terzo trimestre di gravidanza e il secondo trimestre dopo il parto sembrano i periodi più sensibili per l'esordio della sintomatologia. Considerata la frequente comorbidità dei disturbi d'ansia con quelli depressivi, la corretta definizione diagnostica dovrebbe essere quella di *Disturbo Affettivo Perinatale Paterno (Paternal Perinatal Affective Disorder)*. Nonostante la ricerca abbia documentato ampiamente gli effetti della depressione materna sui figli, sono ancora scarse le conoscenze relative all'impatto della depressione paterna sulla vita del bambino, in particolare durante il primo anno di vita. I padri depressi mostrano con maggior frequenza comportamenti genitoriali negativi, come il disimpegno, la scarsa sensibilità e la ridotta espressione di emozioni positive. Inoltre il ritiro paterno, insieme ad altri sintomi depressivi, condiziona negativamente la comunicazione con il figlio. In questi casi la relazione è caratterizzata da una scarsa stimolazione verbale e comportamentale. Studi recenti hanno evidenziato che i bambini con padri depressi presentano un rischio più elevato di manifestare disturbi psicopatologici (Gutierrez-Galve et al., 2015; Baldoni, 2016) e che la depressione perinatale paterna, valutata durante il primo anno successivo alla nascita, è un predittore significativo di problemi comportamentali, difficoltà nello sviluppo e bassi livelli di benessere in bambini con età dai 3 ai 5 anni.

La diagnosi dei disturbi affettivi perinatali paterni dovrebbe tenere conto della complessità della sintomatologia e basarsi su metodi di assessment specifici che considerino le diverse espressioni cliniche. Attualmente, però, nessuno strumento di screening risulta sufficientemente accreditato (Musser et al., 2013; Baldoni, 2016). Per questo motivo la nostra Equipe di Psicologia Perinatale, in collaborazione con l'ISS e l'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale dell'Università di Brescia, parteciperà ad un progetto di ricerca che si focalizzerà su questa tematica per favorire la prevenzione.

**ORTICARIA ACUTA E CRONICA SPONTANEA:
L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE CRISTO RE**

**Angela Maria Mastromatteo^{1,2}, Ornella De Pità^{3,4}, Elvira Macale³, Laura Forte¹, Caterina Di Mauro^{1,5},
Gabriella Nasi^{1,2}**

¹AIDM sezione Roma Centro;

²Direzione Sanitaria Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma

³Laboratorio Analisi Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma

⁴Ambulatorio Dermato-Allergologia Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma

⁵MMG Distretto 5 ASL ROMA 2

Introduzione: L'orticaria è una malattia che colpisce la pelle e le mucose caratterizzata da pomfi e angioedema o entrambi. Si stima che tra il 12 e il 22% della popolazione generale possa soffrire di almeno un sottotipo di orticaria durante la vita, ma solo una piccola percentuale (stimata tra il 7,6 e il 16%) ha orticaria acuta che di solito è auto-limitata risolvendosi spontaneamente, pertanto la sua incidenza si ritiene sottovalutata. L'orticaria sembra più comune nei bambini molto piccoli ed è spesso legata a infezioni. Nella popolazione adulta c'è una preponderanza femminile (circa il 60%), differenza di genere meno evidente nei bambini. I dati epidemiologici attualmente disponibili sull'orticaria cronica in molti casi sono profondamente discordanti e non univoci sia per l'eterogeneità delle popolazioni studiate che per l'eterogeneità dei criteri diagnostici utilizzati. Pertanto, se stime recenti suggeriscono che la prevalenza dell'orticaria cronica nella popolazione generale è dello 0,5-1%, non vi sono dati precisi sulla prevalenza e l'incidenza annuale dell'orticaria cronica spontanea (che comprende circa il 50-75% dei casi di orticaria). Un recente studio italiano, utilizzando il sistema di classificazione ICD-9-CM, ha riportato una prevalenza di orticaria cronica spontanea nelle donne (72.7% dei casi) e di questa percentuale più del 40% erano forme autoimmuni.

Materiali e Metodi: L'Ospedale Cristo Re da 3 anni ha istituito un ambulatorio di Dermato Allergologia dove vengono indirizzati pazienti con orticaria sia in fase acuta che cronica nonché pazienti in gravidanza. Il percorso diagnostico terapeutico prevede l'inquadramento clinico anamnestico, la somministrazione del UAS 7 (Urticaria Activity Scale), gli esami di laboratorio di primo, secondo e terzo livello e l'impostazione terapeutica con follow-up.

Risultati: Nei tre anni sono stati seguiti oltre 1030 pazienti, 711 donne (69%) e 319 uomini (31%), con varie forme di orticaria e secondo quanto riportato dai lavori della letteratura si evidenzia una prevalenza della patologia nel sesso femminile di età compresa tra i 18 e i 50 anni. Delle 711 donne, 633 (89%) presentavano una forma di orticaria cronica spontanea (esordio da oltre 6 settimane) e 78 (11%) presentavano orticaria acuta (esordio entro le 6 settimane). Gli esami di laboratorio eseguiti non mettevano in evidenza alterazioni significative, così come descritto in letteratura, tranne che per le pazienti con forma autoimmune nelle quali erano presenti autoanticorpi sia specifici che aspecifici soprattutto di tipo tiroideo. Nelle forme croniche la ricerca di IgE specifiche ha messo in evidenza una componente allergica solo in 157 soggetti (21%).

Il trattamento con antistaminici di ultima generazione a dosi crescenti associati nelle fasi di acuzie a cortisone per brevi periodi (7-10 giorni), secondo le indicazioni delle linee guida, è stato valutato con la UAS 7.

EFFICACIA E SICUREZZA DEL TRATTAMENTO CON AZATIOPRINA A SETTE ANNI NEL MANTENIMENTO DELLA REMISSIONE CLINICA LIBERA DA STEROIDI NEI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

Gabriella Nasi^{1,2}, Claudio Cassieri^{3,4}, Giovanni Brandimarte³, Roberta Pica⁵, Eleonora Veronica Avallone⁴, Maddalena Zippi⁵, Pietro Crispino⁴, Daniela De Nitto⁵, Giuseppina Piera Lecca³, Piero Vernia⁴, Paolo Paoluzi⁴, Enrico Stefano Corazziari⁴, Caterina Di Mauro^{1,6}, Angela Maria Mastromatteo^{1,2}

¹ AIDM sezione Roma Centro;

² Direzione Sanitaria Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma;

³ UOC di Medicina Interna - Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale Classificato Cristo Re – GIOMI, Roma;

⁴ Dipartimento di Medicina Interna e delle Specialità Mediche - Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Università La Sapienza di Roma;

⁵ UO di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale Sandro Pertini, Roma;

⁶ MMG Distretto 5 ASL ROMA 2.

Introduzione: L'azatioprina (AZA) e la tiopurina sono ampiamente utilizzate per l'induzione ed il mantenimento della remissione nei pazienti steroide-dipendenti con malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI).

Materiali e Metodi: Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare, nei pazienti affetti da MICI steroide-dipendenti, l'efficacia e la sicurezza del trattamento con AZA a sette anni nel mantenimento della remissione clinica libera da steroidi. I dati dei pazienti ambulatoriali affetti da MICI osservati presso il nostro centro, tra il 1985 e il 2016, sono stati rivisti e tutti i pazienti trattati con AZA sono stati inclusi in questo studio retrospettivo. L'AZA è stata somministrata alla dose raccomandata di 2–2,5 mg/kg.

Risultati: Sono afferiti presso il nostro centro 2802 pazienti affetti da MICI, l'AZA è stata prescritta a 433 pazienti, di questi 236 (54,5%) erano affetti da Malattia di Crohn (MC) e 197 (45,5%) da Colite Ulcerosa (CU). Sono stati esclusi dallo studio 179 pazienti con un follow-up <84 mesi. Sono stati valutati 254 pazienti: 141 (55,5%) con MC e 113 (44,5%) con CU, di cui 139 (54,7%) di sesso maschile e 115 (45,3%) di sesso femminile (età media di 35,62 ± 14,20 anni DS, intervallo 14-74 anni). Sette anni dopo l'inizio del trattamento, 127 (50%) pazienti erano ancora in remissione libera da steroidi (83 MC vs 44 CU, 58.8% vs 38.9%, rispettivamente, p = 0.0024), 71 (27.9%) avevano avuto una recidiva con necessità di corticosteroidi (29 MC vs 42 CU, 20.6% e 37.2%, rispettivamente, p = 0.0047), 56 (22.1%) avevano sospeso il trattamento per la comparsa di effetti collaterali (29 MC vs 27 CU, 20.6% e 23.9%, rispettivamente). La perdita di efficacia dal primo al settimo anno di follow-up è stata bassa, pari a circa il 20%.

Conclusioni: I risultati del nostro studio hanno evidenziato che a sette anni dall'inizio del trattamento il 50% dei pazienti erano in remissione clinica libera da steroide. Nel presente campione il mantenimento della remissione libera da steroidi è stato significativamente più elevato nei pazienti con MC che in quelli con CU. La perdita di efficacia dopo il primo anno, è stata bassa nel corso dei sei anni successivi. La prevalenza di effetti collaterali che hanno portato alla sospensione del trattamento con AZA è stata bassa.



SCLEROSI MULTIPLA, PATOLOGIA DI GENERE

Dott.ssa Maddalena Cianfrani – Neurologa. A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno
AIDM Sez. di Salerno

La Sclerosi Multipla (SM), come altre patologie autoimmuni è molto più comune nelle donne rispetto agli uomini, questa incidenza di 3:1 è in aumento. Vi sono differenze qualitative nel decorso della malattia tra uomini e donne: negli uomini vi è una maggiore progressione della malattia, atrofia cerebrale e declino cognitivo, legato ai cromosomi sessuali. Durante la gravidanza le donne hanno generalmente una diminuzione del tasso di ricadute, mentre dopo il parto si ha una ripresa dell'attività della malattia, spesso persino di un livello più alto rispetto al periodo prima di iniziare la gravidanza. La ragione di questo incremento dell'attività post-partum non è ancora del tutto chiara, ma fattori come la brusca caduta del livello di estrogeni, immediatamente dopo il parto e il basso stato di immunosoppressione della gravidanza, rivestono un ruolo molto importante. Vi sono dati inconfutabili che gli estrogeni, il progesterone ed il testosterone regolano la SM, agendo sulla risposta immunitaria ed intervenendo nei meccanismi di riparazione del Sistema Nervoso Centrale. Gli ormoni possono offrire importanti approfondimenti nella prevenzione e nel trattamento della SM. Le donne con SM hanno molte più lesioni infiammatorie alla RMN rispetto agli uomini ed un inizio precoce della malattia. Gli uomini d'altra parte hanno una prognosi peggiore, una maggiore rapidità nella progressione della malattia ed un maggiore coinvolgimento cerebellare. Recenti studi hanno dimostrato che gli estrogeni hanno un effetto neuroprotettivo e la riduzione dei processi neurodegenerativi nella donna sono legati ad alti livelli di estrogeni. Le condizioni fisiologiche ormoni-legate sono la pubertà, la gravidanza, il puerperio e la menopausa. Fattori ormonali e/o genetici intervengono presumibilmente nella regolazione della evoluzione della patologia e nei meccanismi molecolari. Comprendere tali meccanismi, può contribuire allo sviluppo di nuovi ed efficaci trattamenti sia per l'uomo che per la donna.



SEVERA E PRECOCE TIREOPATIA AUTOIMMUNE DOPO TRATTAMENTO IMMUNOSTIMOLANTE COMBINATO IN PAZIENTE DI SESSO MASCHILE

Enrica Ciccarelli ^(1,4), Guido Natoli ⁽²⁾, Stefania Miraglia ⁽²⁾, Roberto Dosio ⁽³⁾, Endrio Oleandri ⁽⁴⁾

⁽¹⁾S.S. Endocrinologia, Ospedale Martini, Torino

⁽²⁾S.S.D Oncologia, Ospedale Martini, Torino

⁽³⁾S.C. Radiologia, Ospedale Martini, Torino

⁽⁴⁾S.C. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale M.Vittoria, Torino

AIDM Sezione Metropolitana di Torino

Il sistema immunitario è in grado di riconoscere e distruggere cellule non-self o tumorali. Cellule T riconoscono ed interagiscono con antigeni di classe II del complesso maggiore di istocompatibilità (MHC) sulla membrana delle cellule che presentino tali antigeni. Checkpoints immunitari sono stati di recente identificati e risultati cruciali per il mantenimento della tolleranza e della regolazione del sistema immunitario, al fine di evitare attacchi in modo random. Alcuni segnali inibitori mediati dalle cellule T permettono la crescita tumorale ed inducono tolleranza agli antigeni tumorali. Il riconoscimento dell'antigene 4 del linfocita T citotossico (CTLA-4) e altri recettori sulle cellule T come la programmed cell death protein-1 (PD-1) quali target per immunoterapia tumorale ha condotto allo sviluppo di nuovi trattamenti oncologici. Di recente sono stati approvati farmaci come ipilimumab (anticorpo monoclonale anti CTLA-4) e nivolumab (anticorpo monoclonale anti PD-1) in alcuni tumori tra cui quello a cellule renali. L'attivazione del sistema autoimmune per il tentativo di eradicare le cellule tumorali mediante questi farmaci incrementa il rischio di patologie autoimmuni con meccanismi ancora non chiariti. Alterazioni tiroidee sono riportate frequentemente con uso di ipilimumab e nivolumab in particolare ipotiroidismo. L'uso combinato di entrambi i farmaci ha dimostrato una incidenza maggiore rispetto all'uso singolo di ciascun farmaco (10% ipertiroidismo e 17% ipotiroidismo di ogni grado di severità). Riportiamo un caso clinico (M.P. di anni 49, sesso maschile) di recente osservazione per neoplasia renale. Il paziente era stato inviato per consulenza oncologica a seguito di esami radiologici effettuati per coliche addominali, senza reperti precedenti significativi in anamnesi e con riscontro di neoplasia renale bilaterale (> a dx) con metastasi polmonari. Nel febbraio 2019 veniva sottoposto a nefrectomia destra con conferma di neoplasia renale a cellule chiare con componente sarcomatoide G4 pT3a pN1. Dopo rivalutazione anche con esami che indicavano eutiroidismo (TSH 2,57 mUI/ml) ed Abanti tiroidei negativi il paziente veniva sottoposto a duplice immunoterapia con nivolumab ed ipilimumab trisettimanale da inizio maggio. Dopo circa 10 gg il paziente ha presentato due episodi di FAP gravemente sintomatica, regrediti con CVE; una rivalutazione endocrinologica ha confermato una severa tireotossicosi (TSH 0,03 mUI/ml, fT3 18,8 pg/ml, fT4 64,5 pg/ml) con AbantiTSH-recettore negativo, ma ATPO ed AHTG assai elevati e quadro ecografico di tireopatia flogistica-immunogenica. Un iniziale trattamento con metimazolo ha ricondotto il paziente in eutiroidismo, ma con viraggio da luglio in ipotiroidismo anche dopo sospensione del farmaco, che ha reso necessaria una terapia con l-tiroxina. Questo caso indica la necessità di stretto e precoce monitoraggio in pazienti sottoposti a trattamento immunostimolante combinato per patologia oncologica, specie nel sesso maschile ed anche in assenza di valori patologici funzionali ed anticorpali tiroidei pre-terapia.



LE IPOFISITI AUTOIMMUNI

Enrica Ciccarelli

Dirigente Medico S.S. Endocrinologia, Ospedale Martini, Torino

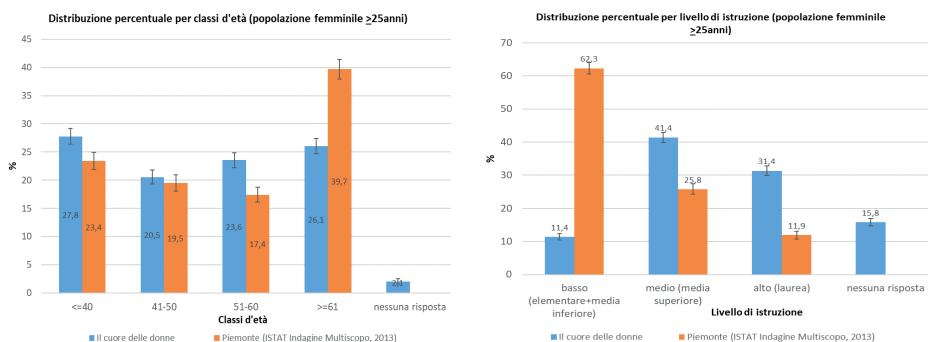
AIDM Sezione Metropolitana di Torino

Ipofisite è un termine generico che include una serie di condizioni che causano infiammazione, generalmente autoimmuni, della ghiandola ipofisaria. In relazione alle cause si distinguono forme primarie e secondarie. Le forme primarie sono caratterizzate da processi infiammatori confinati all'ipofisi, mentre le forme secondarie sono attribuite a definite patologie (farmaci, malattie intracraniche o sistemiche). Esistono 5 varianti istologiche di ipofisite primaria: linfocitica (68%), granulomatosa (20%), xantomatosa (3%), IgG4-correlata (4%), necrotizzante (< 1%). L'ipofisite linfocitica è la forma più comune e colpisce più comunemente donne in periodo avanzato di gravidanza o nel post-partum. Grazie all'uso crescente negli ultimi anni di anticorpi monoclonali inibenti check point immunitari per il trattamento di alcune neoplasie solide ed ematologiche, le ipofisiti sono notevolmente incrementate come nuovi effetti collaterali immuno-mediati. In questi casi (ad esempio nei casi di ipofisite indotti da ipilimumab), il sesso maschile è quello più colpito. I segni ed i sintomi alla diagnosi dipendono dal grado di coinvolgimento ipofisario. Più frequentemente viene coinvolta l'ipofisi anteriore e la presentazione tipica è caratterizzata da severa cefalea, disturbi campimetrici e visivi, insufficienza surrenalica (che pone il paziente a rischio di vita), tiroidea e gonadica; meno frequentemente si rilevano deficit di GH ed iperprolattinemia. Meno frequente è il coinvolgimento dell'ipofisi posteriore o del peduncolo con presenza di diabete insipido e, più raramente, di deficit di ormoni ipofisari. La diagnosi di ipofisite primaria si basa su riscontri clinici, radiologici e di laboratorio. La risonanza magnetica nucleare (RMN) è necessaria per differenziare l'ipofisite da altre masse sellari e parasellari. L'ipofisite si presenta come ingrandimento omogeneo dell'ipofisi con enhancement omogeneo post gadolinio, senza deviazione del peduncolo. Alcuni Autori hanno valutato la presenza e l'utilità di vari autoanticorpi antipofisi e/o antiipotalamo con differenti tecniche con una prevalenza di positività assai variabile (11-73%) a seconda dell'antigene e della tecnica utilizzata. Tuttavia il ruolo patogenetico degli autoanticorpi non è chiarito e questi non sembrano essere specifici per ipofisite. Il gold standard per la diagnosi di ipofisite è la biopsia; tuttavia questa procedura deve essere utilizzata solo nei casi dubbi nei quali è possibile un differente management e deve essere effettuato da un neurochirurgo esperto. L'aspetto principale terapeutico riguarda la terapia sostitutiva ormonale con particolare riguardo alla terapia con glucocorticoidi (da effettuare sempre prima di un eventuale trattamento con tiroxina nei casi di deficit associati per evitare il precipitare di insufficienza surrenalica acuta). Si raccomanda un management conservativo tranne che per i casi severi ed in progressione. Talvolta può essere indicato un trattamento steroideo a scopo immunosoppressivo (es. prednisone 30-40 mg/die per 2-4 settimane con progressiva riduzione in 2-6 mesi) eventualmente ripetuto nei casi di recidiva.

IL CUORE DELLE DONNE NELL'IMPEGNO DEI LIONS

Dr.ssa Maria Grazia Sclavo, Cardiologa, delegata regionale SIPREC
Sezione AIDM Torino Metropolitana

L'indagine Lions con le donne piemontesi sulla salute del loro cuore fornisce stimoli importanti per la prevenzione delle malattie croniche e delle loro conseguenze. Il Piemonte è impegnato a riordinare l'assistenza territoriale secondo gli indirizzi del Piano Nazionale Cronicità, per un controllo più attivo delle malattie croniche, incluse quelle cardiovascolari. I risultati dell'indagine sono il contributo che i Lions e le donne che hanno partecipato (**n=4135**) intendono dare per facilitare la scelta di **priorità** su due obiettivi: 1) mirare meglio la **prevenzione dei fattori di rischio**, e 2) realizzare una più efficace **presa in carico delle condizioni a rischio**. Il campione di donne partecipanti è selezionato rispetto alla popolazione generale femminile piemontese: è più giovane e più istruito. I risultati sulla frequenza dei fattori di rischio e sulla aderenza ai trattamenti verranno pertanto utilizzati solo per rappresentare la popolazione in studio per età e livello di istruzione.



La prevenzione dei fattori di rischio viene effettuata sulla popolazione sana per evitare l'insorgenza delle malattie croniche. L'indagine fornisce dati aggiornati sulle differenze per età e livello di istruzione delle donne piemontesi nella esposizione ai principali fattori di rischio **comportamentali e biologici**. Si descrive l'andamento per età e istruzione della esposizione a **fumo, alcool, sedentarietà, sovrappeso, stress** e all'associazione di almeno tre di questi: si osserva che la frequenza delle abitudini di vita scorrette cresce con l'abbassarsi del titolo di studio in ogni età della persona per sovrappeso, sedentarietà ed alcool; per quanto riguarda **l'abitudine al fumo**, nella classe di età più anziana le differenze sembrano essere a svantaggio delle donne più istruite. Si descrive poi l'andamento per i fattori di rischio biologici: **precedenti eventi vascolari, ipertensione, iperlipidemia, diabete, osteoporosi** crescono in ogni età all'abbassarsi del livello di istruzione. Il primo determinante del rischio di malattie croniche cardiovascolari è quindi lo svantaggio sociale, qua rappresentato dal livello di istruzione a parità di età: esso spiega la maggior parte della variabilità nella esposizione ai fattori di rischio. Per guadagnare salute cardiovascolare per il genere femminile bisogna migliorare la posizione sociale delle donne, far crescere competenze e capacità, prevenire la deprivazione materiale, favorire l'occupazione e il lavoro di qualità. Parallelamente bisogna investire in promozione della salute per evitare comportamenti a rischio e **riconoscere tempestivamente condizioni biologiche a rischio sui gruppi più svantaggiati, dove c'è maggiore potenziale di malattie**.

La presa in carico tempestiva e adeguata delle condizioni a rischio è il secondo compito del piano cronicità: può cambiare la storia naturale delle malattie croniche nella sua fase precoce di insorgenza. **Le donne in condizioni di rischio riferiscono di non aderire ai trattamenti** per l'ipertensione, l'iperlipidemia, il sovrappeso, la menopausa, l'osteoporosi, il fumo **molto più spesso se sono di bassa istruzione**, in ogni fascia di età.

Il messaggio principale è: **investire sulle aree e sui gruppi sociali più svantaggiati che hanno minore capacità di beneficiare dei trattamenti efficaci per la prevenzione delle malattie e delle loro complicanze**.



LA RIPRODUZIONE E' DONNA. DIRITTI RIPRODUTTIVI E ACCESSO ALLA CONTRACCETTAZIONE

Tanturri Gabriella, Otorinolaringoiatra;
Guglielmotti Enrica, Anestesista
AIDM Torino Metropolitana

I diritti riproduttivi, i diritti cioè a decidere liberamente, in autonomia e senza coercizioni, se e quando avere figli sono un diritto fondamentale per le donne. Se le donne devono realizzare il proprio potenziale e interrompere i cicli di povertà e abuso, il libero accesso ai contraccettivi moderni è fondamentale.

Nonostante un chiaro obbligo previsto dal diritto internazionale, le donne devono ancora affrontare notevoli ostacoli per accedere ai contraccettivi.

In molti paesi l'educazione sessuale è inadeguata; in Italia i servizi di pianificazione familiare forniti da professionisti della salute, a volte basati su un uso improprio dell'obiezione di coscienza, potrebbero non essere sufficienti. Nei paesi in cui la gerarchia della Chiesa cattolica svolge un ruolo importante, la sua influenza può rafforzare questi ostacoli.

Oltre ad una informazione non omogenea nei vari paesi, uno dei principali ostacoli alla diffusione dell'uso degli anticoncezionali è il loro costo relativamente alto, soprattutto là dove non è coperto dallo stato, e risultano fuori dalla portata di molte donne, che vengono esposte al rischio di gravidanze indesiderate con rischi per la loro salute e il loro benessere.

E' interessante notare come i paesi che hanno un accesso agli anticoncezionali più facile come la Francia, siano quelli che hanno, grazie a specifiche politiche di sostegno alla famiglia, un tasso di fertilità più elevato.

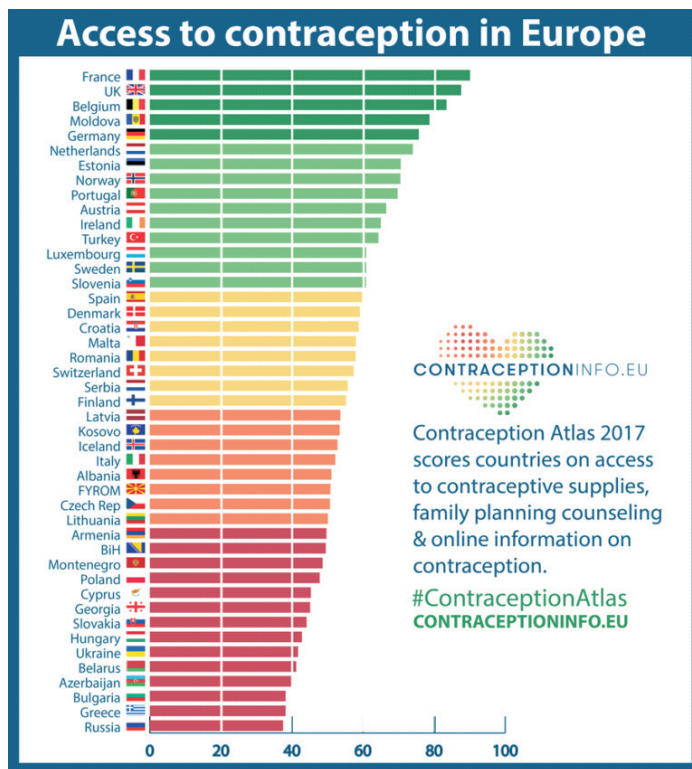
Nella classifica europea, **l'Italia si posiziona nel 2017 al 26° posto**, penalizzata dal fatto che i contraccettivi non sono gratuiti. Ottiene un buon punteggio solo per il servizio di counseling fornito dai consultori. Nel 2017, anno della prima rilevazione, non c'era in Italia, tranne che nella Puglia, la possibilità di avere contraccettivi gratuiti: nel 2016 l' AIFA aveva riclassificato in fascia C le pillole anticoncezionali, precedentemente in fascia A (farmaci forniti gratuitamente dal SSN). L'unica pillola rimasta in fascia A, Diane, prescritta alle donne che non erano in grado di acquistarne altre, è un farmaco utilizzato in alcune patologie endocrinologiche, con un dosaggio di estroprogestinici più alto e con un maggior rischio di patologie tromboemboliche.

Una nuova rilevazione del 2018 vede migliorare lievemente il punteggio dell'Italia, perchè sono state valutate migliori le informazioni logistiche on line.

Laddove è stato legalizzato l'aborto, sono stati resi accessibili gli anticoncezionali ed è stato fatto un buon lavoro di educazione sanitaria, è calato il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) E' importante salvaguardare in Italia la rete dei consultori pubblici che svolge un egregio lavoro di promozione e di educazione alla salute riproduttiva. Va garantito l'accesso diretto e la gratuità delle prestazioni oltre che l'omogenea distribuzione sul territorio nazionale. Ricordiamo come l'attività legata all'interruzione di gravidanza sia solo il 4% dell'attività complessiva dei consultori.

E' importante che gli anticoncezionali siano forniti gratuitamente almeno per le ragazze/i giovani e per le donne non abbienti, come viene già previsto in alcune Regioni e suggerito dall'EPF (European Parliamentary Forum on Population and Development).

Situazione italiana nel 2017





IGIENE ALIMENTARE PER FAVORIRE IL SONNO

Dott.ssa Paola Sbisà

Specialista in Scienza dell'Alimentazione-**AIDM** sezione di Trieste

Per Igiene del sonno s'intende una serie di comportamenti che fisiologicamente favoriscono il sonno notturno in tutte le sue fasi. Il nostro stile di vita e alimentare durante il giorno e in particolare prima di coricarsi, influenza la qualità del sonno. È comprovato che il sistematico rispetto di tali norme è in grado di migliorare l'insonnia. Le norme comportamentali e ambientali sono da qualche tempo note e mirano alla riduzione dell'attivazione eccitatorie e al rispetto del ritmo sonno-veglia. Le norme alimentari basilari suggeriscono un pasto serale parsimonioso almeno tre ore prima di coricarsi e di evitare, nelle ore precedenti il sonno notturno, l'assunzione di cibi stimolanti o che impegnino eccessivamente il complesso processo di digestione. Le principali sostanze stimolanti simpaticomimetiche includono diverse xantine come la caffeina, teobromina, teofillina, contenute in caffè, the, cacao e bevande industriali. Vi sono però numerosi gli altri alimenti, non sempre conosciuti, contenenti sostanze simili come la tiramina (pesci e carni conservate, alcuni formaggi stagionati, vino rosso). L'alcol è un immediato ipnoinducente ma una volta metabolizzato facilita i sistemi della veglia inducendo risvegli notturni. Sia lo stile alimentare, sia gli stessi principi nutrizionali contenuti negli alimenti sono in grado di interferire nella regolazione neuroendocrina degli ormoni che regolano il ritmo circadiano sonno-veglia che, a loro volta dialogano con i complessi sistemi di regolazione della fame e sazietà.

È comprovato che il sonno può essere promosso con interventi nutrizionali atti a ridurre i sistemi alimentari e i cibi attivanti della veglia e potenziare al tempo stesso i sistemi alimentari e i cibi ricchi di sostanze inducenti il rilassamento muscolare e il sonno come la serotonina e la melatonina. Numerosi alimenti sono in grado di indurre le sintesi di questi neuromediatrici e piccole quantità si trovano anche negli alimenti, ma non sussistendo una valida banca dati, possiamo suggerire l'assunzione di alimenti ricchi del loro precursore, il triptofano (carni, pesci, uova, parmigiano, semi di zucca e sesamo, mandorle).

Studi scientifici hanno dimostrato che la treonina possiede un ruolo nella regolazione del sonno. Alcuni alimenti contengono peptidi attivi oppioidosimili ipnoinducenti come la caseomorfinina del latte e la gliadorfina del frumento. Carboidrati complessi favoriscono la biodisponibilità del triptofano, vitamine del gruppo B, intervengono nella sintesi di ormoni e mediatori e alcuni sali minerali, in primis il magnesio, sono implicati nel rilassamento neuromuscolare e influiscono positivamente sulla qualità del sonno.

È opportuno ricordare che ogni cibo può contenere principi nutrizionali con proprietà opposte ed avere un impatto metabolico individuale differente per ogni età e genere. La carne animale ad esempio, pur contenendo alte quantità triptofano di magnesio e di altri micronutrienti essenziali fornisce anche altre sostanze attivanti ed anaboliche. Per tale motivo nei soggetti affetti da insonnia, va evitato un pasto serale eccessivamente ricco in proteine. Si ribadisce quindi per un buon sonno l'utilità di una dieta equilibrata di tipo mediterraneo con un pasto serale ricco di vegetali e facilmente digeribile.



Indice Autori in ordine Alfabetico

Cognome e Nome	Pag.	Cognome e Nome	Pag.
Antonietta Accoti	9	Giuseppe Mascia	24
Patrizia Amato	25;26	Angela Maria Mastromatteo	35;36;37
Gabriella Annunziata	25	Annamaria Masu	20
Margherita Arcieri	1;2	Maria Clorinda Mazzarino	8
Eleonora Veronica Avallone	37	Francesca Melissano	34
Luciana Bovone	18	Stefania Miraglia	39
Giovanni Brandimarte	37	Cinzia Molendini	14
Silvana Capasso	23;25	Antonella Monastra	27
Antonia Carlino	10	Maria Patrizia Muccioli	28
Stefano Cartesegna	31;32	Gabriella Nasi	35;36;37
Claudio Cassieri	37	Guido Natoli	39
Anna Castellano	21	Endrio Oleandri	39
Martina Ceroni	31	Elena Ortona	12
Donatella Chiarelli	35	Paolo Palmieri	24
Maddalena Cianfrani	38	Paolo Paoluzi	37
Francesca Cicero	16	Francesco Papia	16
Enrica Ciccarelli	39;40	Martina Parise	9
Lidia Cicuttini	10	Roberta Pica	37
Serenella Civitelli	22;23	Carlo Piscicelli	35
Pietro Crispino	37	Brunetta Porcelli	22
Antonietta Coppola	27	Erica Qua Quarini	32;33;34
Enrico Stefano Corazziari	37	Andrea Ramelli	28
Rosa D'Amico	22;23	Luisa Ricciardi	16
Donato De Giorgi	14	Paola Sabatini	24;25;26
Daniela De Nitto	37	Salvatore Saitta	16
Ornella De Pità	36	Paola Sbisà	44
Gabriella De Silvio	25;26	Dorella Scarponi	4
Caterina Di Mauro	36;37	Fausta Scavelli	9
Flavia Adalgisa Distefano	35	Maria Grazia Sclavo	41
Roberto Dosio	39	Piersante Sestinia	22
Caterina Ermio	28	Antonietta Sica	26
Carlo Emilio Falco	29;30	Francesca Siccardo	32
Laura Forte	36	Concetta Stornante	1;2
Daniela Fusco	14	Maria Rosa Strada	33;34
Carla Augusta Fossi	1	Gabriella Tanturri	42
Maria Ludovica Genna	24;25	Rosa Terracciano	24
Elvira Genovese	26	Veronica Toppi	35
Laura Giannetto	16	Assunta Tornesello	14
Antonio Giannini	24	Rachele Trane	5;6
Luana Gualtieri	13;14	Antonella Triggiani	35
Enrica Guglielmotti	42	Michele Vacca	24
Concetta Irace	9	Piero Vernia	37
Lidia La Marca	1	Antonella Vezzani	28
Laura Lanza	30;31;32	Maddalena Zippi	37
Concetta Laurentaci	15	Maria Teresa Zocchi	18
Giuseppina Piera Lecca	37		
Grazia Lesi	1		
Marta Liotta	16		
Elvira Macale	36		
Maria Caterina Manca	5;6;7		
Maria Mancarella	13		
Franca Manco	24;25		
Silvia Mandrini	31;32;34		
Maria Grazia Manfredi	18		
Anna Maria Maniezzi	18		
Debora Marchiori	1		
Rosita Marchitiello	25		
Rossella Marra	3		
Paola Martino	13		

Segreteria Organizzativa

COLLAGE S.p.A.

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