

I giovani si prendono cura di sé?
Prevenire per mantenersi in salute

Atti del 3° Congresso Nazionale Onda

1-2 ottobre 2019, Palazzo delle Stelline, Milano

Presidente del Congresso:

Francesca Merzagora

Comitato scientifico:

Giovannella Baggio
Salvatore Carrubba
Maria Rita Gismondo
Alessandra Kustermann
Claudio Mencacci
Raffaella Michieli
Rossella Nappi
Maria Antonietta Nosenzo
Maria Penco
Marisa Porrini
Armando Santoro
Vincenzo Silani

Coordinamento scientifico:

Maria Antonietta Nosenzo, Nicoletta Orthmann

Segreteria scientifica:

Onda Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere
Alessandra Arlati, Federica Rossi
Tel. 02 29015286 - segreteria@ondaosservatorio.it

Ufficio stampa:

HealthCom Consulting Srl
Laura Fezzigna, Silvia Ciappellano
Tel. +39 02 87399173-174 - laura.fezzigna@hcc-milano.com, silviaa.ciappellano@hcc-milano.com

Segreteria organizzativa e provider E.C.M. id. n. 555

iDea congress
Piazza Giovanni Randaccio, 1 - 00195 Roma
tel. 06.36381573 - info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

Patrocini

Istituto Superiore di Sanità Regione Lombardia
Città metropolitana di Milano
Comune di Milano
Humanitas University
IULM Libera Università di Lingue e Comunicazione
Libera Università Vita Salute "San Raffaele"
Politecnico di Milano
Università "La Sapienza" di Roma
Università Luigi Bocconi
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma di Roma
Università degli Studi dell'Aquila
Università degli Studi di Brescia
Università degli Studi di Milano
Università degli Studi di Milano-Bicocca
Università degli Studi di Pavia
Università degli Studi di Pisa

AGORÁ (Società Italiana di Medicina ad Indirizzo Estetico)
Associazione "Fighttthestroke"
Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere
FEDERFARMA (Federazione Nazionale Unitaria dei Titolari di Farmacia Italiana)
FNOMCEO (Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri)
FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche)
FOFI (Federazione Ordine Farmacisti Italiani)
GISEG (Gruppo Italiano Salute e Genere)
Ordine della professione di Ostetrica Interprovinciale di Bergamo, Cremona, Lodi, Milano, Monza
Brianza
Ordine della professione di Ostetrica Interprovinciale di Firenze, Prato, Arezzo, Grosseto, Siena, Luc-
ca, Pistoia
SIDEMAST (Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmen-
te Trasmesse)
SIFES e MR (Società Italiana di Fertilità e Medicina della Riproduzione)
SIGO (Società Italiana Ginecologia e Ostetricia)
SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)
SIN (Società Italiana di Neurologia)
SINPF (Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia)
SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana)
SIO (Società Italiana dell'Obesità)
SIP (Società Italiana di Pediatria)
SIP (Società Italiana di Psichiatria)
SYRIO (Società Italiana di Scienze Ostetrico - Ginecologico - Neonatali)

Sponsor:

Alfasigma
Angelini
Corman
Errekappa
Figurella
Janssen
Lundbeck
Natural Point
Ucb
Valeas

Siamo giunti alla terza edizione del Congresso Nazionale Onda, divenuta nel 2018 una Fondazione. Quest'anno abbiamo dedicato le due giornate ai giovani, considerando in particolare la fascia di età compresa tra i 18 e i 35 anni, e alla loro propensione a prendersi cura della propria salute. Il Congresso si aprirà con due sessioni incentrate su tematiche molto vicine alle giovani generazioni: la prima analizzerà l'utilizzo di internet e dei social media nell'ambito dell'informazione sanitaria mentre la seconda approfondirà il tema dell'innovazione tecnologica al servizio della salute, dalle applicazioni mobili all'intelligenza artificiale, tra benefici, pericoli e questioni bioetiche. Nella convinzione che anche per i giovani la prevenzione sia un irrinunciabile strumento di promozione della salute, spesso sottovalutato, nel Congresso verranno trattate le principali strategie primarie con particolare attenzione all'alimentazione, all'attività sportiva, al consumo di alcolici e all'abitudine al fumo. Verranno inoltre affrontate, in un'ottica di genere, le principali problematiche di salute che riguardano questa fascia di età in ambito sessuale e riproduttivo, psichiatrico, endocrinologico, reumatologico e oncologico. Affronteremo anche alcuni argomenti di medicina estetica, abbracciando aspetti clinici e sociali alla luce dei nuovi canoni di bellezza e delle nuove tendenze giovanili di culto del corpo. Una sessione del Congresso è infine dedicata alla salute delle popolazioni immigrate, nella convinzione che una piena integrazione passi anche attraverso una buona salute, mettendo a fuoco le maggiori criticità in termini di bisogni e accesso ai servizi sanitari. Ci auguriamo una folta partecipazione di addetti ai lavori, dando in particolare il benvenuto ai medici che lavorano negli Ospedali italiani con i Bollini Rosa.

Francesca Merzagora
Presidente Onda

Programma

Martedì 1 ottobre 2019

8.30 Registrazione partecipanti

9.00 APERTURA DEL CONGRESSO Francesca Merzagora, Claudio Mencacci

SALUTO DELLE AUTORITÀ

Rossana Boldi, *Vicepresidente Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati*

Arianna Censi, *Vice Sindaca, Città metropolitana di Milano*

Cristina Messa, *Professore di Diagnostica per Immagini, già Rettore dell'Università Milano-Bicocca*

9.25 L'educazione all'affettività come strumento di prevenzione

Fulvio Scaparro

9.45 Musica e salute: un linguaggio universale per avvicinare i giovani

Massimo Scaccabarozzi

10.05 Informazione corretta in salute: una sfida globale

Roberta Siliquini

COMUNICAZIONE E SALUTE

Moderatori: Salvatore Carrubba, Elisabetta Soglio

10.25 La comunicazione dei nativi digitali

Guido Di Fraia

10.40 Giovani e Doctor Google

Michaëla Liuccio, Marta Chiappetta

10.55 Internet e informazioni sanitarie: istruzioni per l'uso

Pier Luigi Lopalco

11.10 Discussione sui temi precedentemente trattati

TECNOLOGIE E INNOVAZIONE AL SERVIZIO DELLA SALUTE

Moderatori: Eugenio Santoro, Paola Trombetta

11.40 Le App al servizio della prevenzione: tra benefici e pericoli

Simona Solvi

11.55 IoT e intelligenza artificiale: può la tecnologia sostituirsi al medico?

Riccardo Bellazzi

12.10 Innovazione organizzativa e tecnologica a supporto del SSN

Cristina Masella

12.25 Tecnologia e bioetica

Maurizio Mori

12.40 "Fight the stroke": una storia di coraggio e innovazione
Francesca Fedeli

12.55 Discussione sui temi precedentemente trattati

13.25 Pausa

PREVENZIONE PRIMARIA

Moderatori: Marisa Porrini, Claudio Mencacci

14.15 Stili di vita, prevenzione e benessere. "La salute si coltiva fin da giovani"
Francesco Vaia

14.30 Esercizio fisico nei giovani: come, dove, quando e perché
Daniela Lucini

14.45 Le scelte alimentari giovanili: come coniugare salute e gusto
Maria Grazia Carbonelli

15.00 Giovani e attività sportiva: problematiche connesse alla certificazione di idoneità agonistica e non
Maria Penco

15.15 Campagne di prevenzione contro il fumo nei giovani: cosa non sta funzionando?
Marco Alloisio

15.30 Alcolismo: nuove strategie a fronte di nuovi comportamenti
Luigi Janiri

15.45 La prevenzione della demenza inizia da giovani
Vincenzo Silani

16.00 Discussione sui temi precedentemente trattati

SALUTE MENTALE

Moderatori: Claudio Mencacci, Giancarlo Cerveri

16.15 Le nuove dipendenze
Massimo Clerici

16.30 No drugs no future?
Carlo Locatelli

16.45 Patologie psichiche a esordio giovanile: schizofrenia e bipolarità
Giuseppe Maina

17.00 Anoressia e bulimia: i percorsi terapeutici
Secondo Fassino

17.15 Dalla sindrome premestruale alla depressione perinatale

Roberta Anniverno

17.30 Depressione in gravidanza: un aiuto dai probiotici?

Annamaria Cattaneo

17.45 La prevenzione dei suicidi giovanili: strategie per intercettare il disagio

Maurizio Pompili, Valentina Corigliano

18.00 Discussione sui temi precedentemente trattati

SALA A

13.00 - 14.00 CONFERENZA STAMPA

Moderatore: Francesca Merzagora

Intervengono: Claudio Mencacci, Rossella Nappi,

Eugenio Santoro

15.00 - 17.00 ANTENNE REGIONALI ONDA (incontro riservato)

Mercoledì 2 ottobre 2019

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Moderatori: Massimo Candiani, Irene Cetin

8.45 Parole fertili nel viaggio alla ricerca di un figlio

Cristina Cenci

9.00 Contraccezione: un progetto di coppia?

Rossella Nappi

9.15 Malattie a trasmissione sessuale, ancora sottovalutate?

Alessandra Graziottin

9.30 Endometriosi e riflessi sulla fertilità

Paolo Vercellini

9.45 Dolore pelvico cronico

Filippo Murina

10.00 Infertilità maschile: allarme giovani

Maurizio De Rocco Ponce, Andrea Garolla

10.15 Genetica predittiva pre e post concezionale

Paolo Emanuele Levi Setti

10.30 PMA e l'illusione del figlio "facile"

Eleonora Porcu

10.45 Discussione sui temi precedentemente trattati

FOCUS PATOLOGIE DI GENERE

Moderatori: Giovannella Baggio, Maria Antonietta Nosenzo

- 11.00 Giovani pazienti oncologici: peculiarità nell'approccio
Armando Santoro
- 11.15 Tumori giovanili e fertilità: l'importanza del counseling
Fedro Peccatori
- 11.30 Diabete giovanile e differenze di genere
Stefano Genovese
- 11.45 Diabete in gravidanza, nuove tecnologie
Ester Vitacolonna
- 12.00 Dall'obesità ai disturbi endocrini: riflessi sulla fertilità femminile e maschile
Anna Maria Colao
- 12.15 Gestione del paziente con emicrania: nuovi approcci terapeutici
Piero Barbanti
- 12.30 Profilo di rischio cardiovascolare: come influiscono i fattori psicosociali
Maria Grazia Modena
- 12.45 Gravidanza e malattie reumatiche autoimmuni
Angela Tincani
- 13.00 Sclerosi multipla: nuove terapie e qualità della vita
Alessandra Protti
- 13.15 Discussione sui temi precedentemente trattati

13.30 Pausa

MEDICINA ESTETICA E CULTO DEL CORPO

Moderatori: Maria Rita Gismondo, Vera Martinella

- 14.00 Accettazione della propria immagine in una società in cambiamento
Giuseppe Polipo
- 14.15 Piercing e tatuaggi: quali rischi per la salute
Marcello Monti
- 14.30 Medicina Estetica: le richieste dei giovani
Alberto Massirone
- 14.45 Chirurgia estetica e nuove tendenze giovanili
Marco Klinger
- 15.00 Doping amatoriale: i pericoli per la salute
Ilaria Palmi

15.15 Discussione sui temi precedentemente trattati

SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI

Moderatori: Alberto Aronica, Gianfranco Costanzo

15.30 Criticità nell'accesso ai servizi sanitari

Raffaella Michieli

15.45 Patologie infettive e profilassi vaccinale

Andrea Gori

16.00 Il Pronto Soccorso: luogo di intercettazione dei bisogni di salute

Alessandra Kustermann

16.15 Promozione della salute a 360°: ruolo dei consultori

Giuliana Mioli

16.30 Percorso nascita, un'opportunità per promuovere la salute

Antonella Cinotti

16.45 Salute e credenze religiose

Walter Malorni

17.00 Discussione sui temi precedentemente trattati

17.15 PREMIAZIONE POSTER

17.30 Chiusura del Convegno

Claudio Mencacci

Verifica dell'apprendimento mediante questionario E.C.M.

SALA A

10.00 – 11.30 FRAGILITÀ NEI GIOVANI: RUOLO DELLE TECNOLOGIE NEL RITMO SONNO-VEGLIA

MODERA: Nicoletta Orthmann - Coordinatrice medico-scientifico, Onda Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

• **Nuove tecnologie e riflessi sul cervello**

Giovanni Biggio - Professore Emerito in Neuropsicofarmacologia Università degli Studi di Cagliari, Istituto di Neuroscienze, CNR

• **I disturbi del sonno nei giovani**

Luigi Ferini Strambi - Primario Centro di Medicina del Sonno, Ospedale San Raffaele Turro, Milano

• **Deprivazione del sonno e riflessi sulla psiche giovanile**

Claudio Mencacci - Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

13.00 - 15.30 RIUNIONE COMITATI

Abstract

L'educazione all'affettività come strumento di prevenzione

Fulvio Scaparro

Psicoterapeuta, Direttore Scientifico dell'Associazione GeA Genitori Ancòra, Milano.

I nostri figli hanno assoluta necessità di non perdere quei riferimenti sociali e affettivi dei quali il loro corretto sviluppo non può fare a meno.

Ricordo i tre momenti fondamentali che costituiscono la base dello sviluppo infantile e che qualunque collettività, attraverso i suoi educatori, in famiglia e a scuola, e attraverso i suoi amministratori, dovrebbe considerare insostituibili per garantire lo sviluppo cognitivo, affettivo, sociale e morale del bambino. Questi tre momenti riguardano tutti noi, non solo i bambini:

- accettazione, contenimento, rispetto, ascolto [Winnicott parla di *holding*];
- cura, accudimento [*handling*];
- introduzione al mondo, promozione delle capacità [*object presenting*].

Ciascuno di questi momenti è preparatorio all'altro e tutti sono interdipendenti, nel senso che, ad esempio, non si ha buona cura senza accoglimento e non si promuovono efficacemente le capacità di alcuno, se non lo si accetta, accoglie e cura. Quando queste fasi, in larga misura sovrapposte le une alle altre, e che nel loro insieme potrebbero dare un contenuto all'abusata parola amore, non sono rispettate, si ha la negazione della responsabilità e dell'amore, la sfiducia, il disinteresse, l'abbandono, l'indifferenza.

Tutti noi siamo esseri-in-relazione ma questo è particolarmente vero per i bambini e i ragazzi, rispetto ai quali il nucleo familiare (o comunque tutto ciò che essi sentono come famiglia) rappresenta l'ambiente, lo spazio e il tempo in cui prende avvio il processo di sviluppo e, con esso, l'apprendimento della dimensione relazionale dell'esistenza, della dipendenza e dell'indipendenza, dei vincoli imposti e delle possibilità offerte, dei limiti dell'autonomia individuale. In questo senso si può parlare di *diritti relazionali* dei soggetti in crescita, primo fra tutti quello alla salvaguardia delle relazioni con le persone significative nella loro esistenza e, più in generale, di tutto ciò che costituisce il loro mondo vitale.

Musica e salute: un linguaggio universale per avvicinare i giovani

Massimo Scaccabarozzi
Presidente Farindustria.

“Dove c’è musica non può esserci nulla di cattivo” afferma Miguel de Cervantes. La musica, da sempre, accompagna la nostra vita e ci aiuta in qualche modo ad affrontare situazioni che potrebbero risultare pesanti, noiose o difficili.

Riconosciuta da tutti come fonte di benessere, la musica facilita la comunicazione, la relazione, l’apprendimento, la motricità, l’espressione, l’organizzazione al fine di soddisfare bisogni emozionali, mentali, fisici, cognitivi e sociali. Veicolo di pensieri e sentimenti non sempre espressi – o esprimibili – con parole ordinarie, la musica aiuta a realizzare l’integrazione intra e interpersonale, migliorando la qualità della vita.

Ascoltarla genera sequenze complesse di reazioni grazie alla profonda stimolazione del cervello che libera così alcune sostanze, ad esempio la dopamina e le endorfine, che influiscono su alcuni aspetti della vita come l’umore e il controllo dello stress.

Soprattutto per i giovani, la musica è un linguaggio universale, uno specchio dove riflettere la propria interiorità in una fase della vita fatta di cambiamenti spesso difficili da gestire. Non semplice svago, ma colonna sonora della vita che fa sognare, conforta, coinvolge, emoziona, rallegra, consente di sentirsi liberi, vincere la solitudine, condividere.

Per i giovani è una medicina senza effetti collaterali: rilassa in presenza di crisi d’ansia e aiuta a concentrarsi nello studio, offrendo un riparo inviolabile come fosse la propria casa. Ecco perché si dice che i giovani non vivono la musica ma la “abitano”. Attraverso la capacità di creare colori e immagini in chi la ascolta, la musica insegna a vedere con l’orecchio e udire con il cuore.

La musica svolge anche un’importante funzione sociale molto sentita dai giovani: come messaggero di pace e supporto di iniziative umanitarie, è un’amica geniale pronta a dare una mano senza chiedere nulla in cambio. È questa anche la mia personale esperienza, specie con quello che cerchiamo di fare con il mio gruppo rock “JC Band”, quando ci esibiamo a sostegno di importanti iniziative a favore di associazioni e realtà che con determinazione ed entusiasmo encomiabili aiutano migliaia di persone ad affrontare gravi patologie. Un altro modo di fare quello che facciamo già di mestiere, cercare di dare più tempo alla vita, e più vita al tempo. Cosa che richiede proprio quell’entusiasmo che giovani hanno e spesso esprimono con la musica.

Informazione corretta in salute: una sfida globale

Roberta Siliquini

Direttore Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. Già Presidente del Consiglio Superiore di Sanità.

Il secolo scorso ha visto un fiorire di straordinarie innovazioni in ambito medico, chirurgico e tecnologico. Abbiamo assistito a svolte epocali nella storia naturale delle malattie infettive, nella prevenzione primaria e secondaria e nelle possibilità terapeutiche. Molti passi avanti sono stati fatti anche nella gestione delle questioni etiche e nella modifica del rapporto medico-paziente che da mera relazione paternalistica ha visto nascere il concetto di relazione terapeutica. I risultati sono stati evidenti: riduzione della mortalità, aumento della speranza di vita.

Tuttavia è necessario prendere atto che le evidenze degli ultimi anni dimostrano come spesso il sistema nel suo complesso non sia stato in grado di governare il cambiamento. Assistiamo infatti ad un drammatico aumento dell'antibiotico-resistenza, in larga parte dovuto ad inappropriato uso degli stessi, ad un abbandono nella fiducia delle più banali pratiche di prevenzione primaria e secondaria, ad una crescente confusione della cittadinanza rispetto a temi importanti come il consenso informato, la ricerca genetica, il testamento biologico.

È quindi necessario fare il punto su quello che le Istituzioni hanno sbagliato nel prioritarizzare le problematiche, veicolare messaggi e negli approcci comunicativi.

L'era di Internet ci pone davanti a grandi questioni etiche che vanno governate appropriatamente: l'e-health, i modelli di cura, i grandi temi su cui fondare o rifondare il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

La mancanza di fiducia nelle Istituzioni, legata ad un più che preoccupante analfabetismo funzionale imperante nel nostro Paese ci impone una revisione urgente e complessiva dell'agenda per la salute che tenga in maggior considerazione i temi della salute globale e il ruolo imprescindibile che hanno i cittadini nel suo raggiungimento.

TAKE-HOME MESSAGE

- Abbiamo vinto e stiamo vincendo le grandi sfide mediche
- Il modello paternalistico va rivisto alla luce di un sempre più evidente empowerment dei cittadini
- E' mandatorio, anche alla luce delle costrizioni economiche, sfruttare al massimo le possibilità preventive
- La salute globale, intesa nel senso di mettere la salute al centro di tutte le politiche, deve diventare mandatoria soprattutto per le nuove generazione che non potranno usufruire di sistemi di welfare certi
- E' necessario modificare le modalità di comunicazione sia a livello istituzionale che nel rapporto tra personale sanitario e tra personale sanitario e paziente: il nostro Paese non è sttao fino ad ora in grado di utilizzare le numerose tecnologie e sistemi a disposizione

Comunicazione e Salute

La comunicazione dei nativi digitali

Guido Di Fraia

Professore Associato Dipartimento di Comunicazione, arti e media “Giampaolo Fabris”, IULM Libera Università di Lingue e Comunicazione, Milano

Caratteristica antropologica distintiva delle nuove generazioni è quella di essere nata all'interno di uno scenario comunicativo che è andato incontro, grazie all'avvento del digitale, a un vero e proprio cambio di paradigma configurandosi come un unicum nella storia dell'umanità.

Le possibilità offerte e imposte dalle nuove tecnologie hanno ridefinito in maniera profonda molte delle dimensioni esperienziali su cui si articola la vita quotidiana: dalle relazioni amicali, all'espressione delle identità, dalla gestione dell'intimità e della riservatezza alle schermaglie amorose.

L'intervento si concentrerà su alcuni di questi aspetti mostrando, sulla base di dati di ricerca e analisi interpretative, come i giovani si relazionano e utilizzano le nuove opportunità offerte dalle tecnologie della comunicazione, mostrando in particolare le aree di problematicità e di complessità che incontrano.

TAKE-HOME MESSAGE

Al di là dei luoghi comuni che tendono a descrivere le giovani generazioni come in grado di utilizzare “naturalmente” le tecnologie della comunicazione, in realtà il rapporto che anche i nativi digitali e la generazione z mostrano nei confronti di tali tecnologie non è esente da complessità e aspetti problematici su cui vale la pena di riflettere.

Giovani e Doctor Google

Michaëla Liuccio

Presidente del Cds Comunicazione scientifica biomedica, Sapienza Università di Roma.

Marta Chiappetta

Redattrice di testi medico-scientifici, Web content.

L'accesso a Internet, grazie alle piattaforme semplici da utilizzare e ai social media, ha reso più facile la fruizione di informazioni e la diffusione della cultura, soprattutto quella della salute.

Le potenzialità delle nuove tecnologie hanno dimostrato la loro efficacia soprattutto nei giovani; la Rete, infatti, rappresenta la principale fonte di informazione sulla salute e sui servizi sanitari rivolti agli adolescenti. Inoltre, tutti i programmi per la promozione della salute e i sistemi interattivi sono facilmente accessibili, convenienti e agevolano l'approccio alla comunicazione grazie all'anonimato.

Per i giovani il concetto di salute è più legato al corpo e al benessere che agli aspetti specificatamente sanitari. La salute è ciò che l'adolescente "vorrebbe essere" e il desiderio di conoscere e comprendere è generato dalla sensazione di poter controllare la propria vita e della percezione di auto-gestirsi.

Le tematiche più cercate su Internet da giovani e adolescenti riguardano la forma fisica, l'alimentazione, la sessualità, l'utilizzo di alcool e droghe e le informazioni sui farmaci, con delle differenze più o meno marcate tra maschi e femmine, soprattutto all'interno della ricerca sui temi legati alla sessualità.

Informandosi su Internet, o attraverso o i nuovi supporti (chat, social, App) il giovane utente cerca di dare un senso a determinate esperienze, di trovare risposte su sintomi e diagnosi, cercando consiglio tra pari ed evitando il contatto diretto con il medico che spesso crea una condizione di imbarazzo.

Gli utenti in generale, e i giovani soprattutto, che cercano informazioni in merito al loro stato di salute sono vulnerabili nella loro capacità critica ed è facile che incorrano nelle cosiddette fake news o che non riconoscano la bassa qualità dell'informazione veicolata.

In questo panorama, l'eHealth riveste un ruolo fondamentale poiché Internet ha le risorse adatte a diventare una fonte di interventi nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute.

Tutti i professionisti della salute dovrebbero fare riferimento ai nuovi canali ai quali i giovani si affidano e con essi creare un ponte fondato sulla qualità dell'informazione, guidandoli nella gestione delle problematiche che interessano la loro salute.

Lo scopo principale è quello di utilizzare i nuovi media come mezzi per accorciare le distanze e avvicinare giovani e adolescenti al confronto con professionisti della salute e con le strutture di riferimento presenti sul territorio.

Internet e informazioni sanitarie: istruzioni per l'uso

Pier Luigi Lopalco

Professore Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Pisa.

La rivoluzione di Internet, come da molti viene chiamata, si è senza dubbio accompagnata ad importanti cambiamenti nel modo in cui l'informazione viene distribuita e fruita. La facilità di raggiungere in tempi brevissimi e con risorse molto limitate una vastissima platea di utenti ha di fatto modificato, nel bene e nel male, alcuni importanti paradigmi della comunicazione sanitaria. La disinformazione in campo sanitario è sempre esistita, come sono sempre esistiti i ciarlatani che speculano sulla necessità di cura di pazienti delusi dalla medicina ufficiale. Ma, mentre nel passato i ciarlatani avevano a disposizione mezzi limitati di comunicazione, oggi grazie ad internet possono contare su un potenziale di penetrazione altissimo. Al contrario, la sanità pubblica che nel passato poteva contare su una quantità di risorse certamente superiore a quelle dei ciarlatani, oggi si trova in una posizione di svantaggio poiché non ha saputo approfittare, appunto, delle potenzialità che Internet le offriva. Questo gap oggi è molto evidente e la vicenda della comunicazione intorno ai vaccini ne rappresenta un esempio lampante. Recenti studi mostrano come ciarlatani e pseudoscientifici siano molto più presenti sui social network di quanto non lo sia la comunicazione sanitaria istituzionale. La nostra utenza media non è pronta culturalmente per fruire in maniera matura di un panorama informativo così complesso. Alla radice di questo problema esistono motivazioni ancestrali che sono state addirittura oggetto di studio da parte di psicologi e sociologi ma, più semplicemente, esiste anche un gap culturale che potrebbe essere più facilmente affrontato fornendo agli studenti già dalla scuola primaria gli strumenti necessari a distinguere una fonte attendibile da una propagatrice di false informazioni. Per fronteggiare il fenomeno, quindi, serve una forte alleanza fra mondo della sanità, scuola, ricerca e mezzi di informazione che mettano in atto velocemente le strategie necessarie al cittadino per destreggiarsi con più cautela e consapevolezza nel mare della (dis)informazione su Internet.

TAKE-HOME MESSAGE

Internet rappresenta una enorme opportunità per la sanità pubblica come mezzo efficace per veicolare messaggi di prevenzione e promozione della salute. Purtroppo, la disinformazione sanitaria è stata capace di utilizzare meglio e in anticipo questa opportunità, con il risultato che oggi la probabilità di trovare pseudoscienza su Internet è maggiore rispetto a quella di reperire informazioni utili per la propria salute. Non esistono ricette semplici per fronteggiare questo fenomeno, ma è urgente stipulare al più presto una forte alleanza fra sanità, scuola, ricerca e mezzi di informazione per ristabilire un corretto equilibrio informativo che giovi alla salute di tutti.

Tecnologie e innovazione al servizio della salute

IoT e intelligenza artificiale: può la tecnologia sostituirsi al medico?

Riccardo Bellazzi

Professore Ordinario Dipartimento di Ingegneria Industriale e dell'Informazione, Università degli Studi di Pavia.

Le tecnologie creano le condizioni per il miglioramento delle condizioni di vita dell'uomo. Il loro miglior utilizzo dipende dalla capacità di chi ha la responsabilità di prendere decisioni di comprenderne le potenzialità e identificare il contesto in cui possono dare il massimo beneficio. Se questo è vero per ogni ambito di applicazione delle tecnologie, lo è ancor più nel campo della salute, dove, grazie ai recenti sviluppi delle tecnologie dell'informazione, come IoT e intelligenza artificiale (AI), è possibile creare nuovi servizi e potenziare gli esistenti. La preoccupazione quindi non dovrà tanto essere quella della sostituzione del medico, quanto quella di creare le condizioni perché IoT e AI aumentino le capacità del nostro sistema sanitario di “erogare” servizi sanitari di elevata qualità al più grande numero possibile di cittadini. In altre parole, chi progetterà i nuovi sistemi sanitari dovrà avere le competenze per utilizzare le tecnologie al loro massimo, eventualmente sostituendo parzialmente alcune dei compiti oggi assegnati a operatori umani con soluzioni “automatiche”, al fine di raggiungere gli obiettivi della nostra carta costituzionale: universalità di accesso, ovvero accesso ai servizi non subordinato a criteri di eleggibilità sociale (o tecnologica), eguaglianza nell'accessibilità ai servizi e condivisione del rischio finanziario, ovvero il contributo economico individuale deve essere indipendente dal rischio di malattia.

TAKE-HOME MESSAGE

IoT e AI permettono di creare servizi sanitari innovativi. Solo la loro conoscenza permetterà di utilizzare le nuove tecnologie per il bene comune al massimo delle loro potenzialità, senza paure ma con consapevolezza di rischi e benefici.

Bibliografia

Char DS, Shah NH, Magnus D., Implementing Machine Learning in Health Care - Addressing Ethical Challenges. N Engl J Med. 2018 Mar 15;378(11):981-983.

Yeung S, Downing NL, Fei-Fei L, Milstein A., Bedside Computer Vision – Moving Artificial Intelligence from Driver Assistance to Patient Safety. N Engl J Med. 2018 Apr 5;378(14):1271-1273.

Rajkumar A, Dean J, Kohane I., Machine Learning in Medicine. N Engl J Med. 2019 Apr 4;380(14):1347-1358.

Innovazione organizzativa e tecnologica a supporto del SSN

Cristina Masella

Professore Ordinario Dipartimento Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano.

Molte sono le forzanti dei processi di innovazione del SSN e le aziende devono prepararsi non solo a subire innovazioni che provengono dal contesto esterno, ma è bene che siano loro stesse a governare il cambiamento. La relazione riprende alcune di queste forzanti per poi approfondire in particolare il mondo delle innovazioni digitali e il loro impatto a livello di sistema e di singola azienda.

TAKE-HOME MESSAGE

Innovazione come opportunità di miglioramento del sistema.

Ruolo attivo da parte degli attori del SSN.

Prevenzione primaria

Stili di vita, prevenzione e benessere. “La salute si coltiva fin da giovani”

Francesco Vaia

Direttore Sanitario di Presidio, IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - Istituto Dermatologico San Gallicano, Roma.

Recenti ricerche rivelano nei comportamenti adolescenziali alcuni stili di vita che profilano specifici fattori di rischio per il benessere, come la sedentarietà e lo scarso tempo trascorso all'aria aperta, il fumo precoce e il consumo diffuso di bevande alcoliche, un'alimentazione non propriamente salutare con scarso consumo di pesce, frutta e verdura.

L'obiettivo della ricerca “Giovani e Salute” è stato quello di analizzare i comportamenti giovanili a rischio verso la presa in considerazione di atteggiamenti di prevenzione e promozione della salute.

Si è cercato di comprendere nei giovani del territorio romano, frequentanti gli ultimi anni della scuola superiore, atteggiamenti e condotte che incidono come fattore di rischio nella salute, per cogliere il livello di percezione e consapevolezza in merito agli stili di vita e alle abitudini quotidiane. È stata instaurata una partnership di collaborazione tra mondo sanitario e della ricerca, ambiente scolastico e realtà giovanile, avviando con gli adolescenti coinvolti un primo dialogo volto a favorire un'esperienza di riflessione intorno al tema della salute e della prevenzione tumorale.

Questa ricerca ha ritenuto fondamentale la dimensione di ascolto dei giovani adolescenti, rendendo questi ultimi protagonisti di una riflessione che ponesse al centro in maniera introspettiva le abitudini e gli stili di vita prevalenti, in un'ottica di prevenzione tumorale.

Saper cogliere le scelte dei giovani sulla cura della propria salute e i rispettivi stili di vita rappresenta un impegno delle istituzioni deputate a erogare prestazioni sanitarie eccellenti in termini di assistenza, ricerca e informazione.

Esercizio fisico nei giovani: come, dove, quando e perché

Daniela Lucini

Direttore Scuola Specializzazione Medicina dello Sport ed Esercizio Fisico, Università degli Studi di Milano Responsabile della Sezione di Medicina dell'Esercizio e Patologie funzionali, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano.

Nonostante il fatto che l'Esercizio Fisico sia strumento incredibilmente efficace nella promozione di salute e benessere in genere, oggi si assiste ad un importante incremento della sedentarietà anche nei giovani. Gli ultimi dati della World Health Organization mostrano che il 45% della popolazione italiana è sedentaria, in percentuale maggiore nelle donne (50%) rispetto agli uomini (39%).

Vi è un generale consenso nell'evidenziare che la popolazione più indicata come target di azioni preventive sia quella giovane, dove ha senso ed è possibile un intervento di prevenzione agendo sia a livello sociale-istituzionale che individuale.

Ma come intervenire per migliorare l'abitudine ad una regolare attività fisica nella popolazione giovane? Dati scientifici mostrano come le azioni più efficaci comprendano interventi sia a livello socio-istituzionale che individuale. Da quest'ultimo punto di vista, l'azione prevede due linee: da un lato ridurre la sedentarietà cogliendo ogni occasione nella vita quotidiana per muoversi, dall'altro aumentare la dose di esercizio strutturato, in particolare:

-esercizi di rinforzo di tutti i muscoli ad intensità moderata, 2-3 volte/sett

-almeno 150 min/sett di attività fisica aerobica ad intensità moderata o 75 min/sett di attività aerobica vigorosa.

Il punto fondamentale è “come” raggiungere e mantenere questi obiettivi. È importante che entrambe le modalità di esercizio siano presenti, meglio se prescritte su esigenze e caratteristiche della persona ed eseguiti sotto la guida di professionisti capaci di seguire e motivare nel tempo. In particolare, gli esercizi di rinforzo muscolare necessitano di una guida professionale e la possibilità di essere eseguiti con attrezzature specialistiche, in luoghi adatti e modulati nel tempo a seconda dei risultati raggiunti, anche al fine di combattere la noia ed evitare problemi (strappi muscolari, danni ai tendini, etc.) che sono sempre in agguato anche nei giovani. La corsa ogni tanto, la partita a calcetto con gli amici o il corso di pilates, sono meglio di nulla ma non sono sufficienti per avere un reale impatto sulla salute.

L'obiettivo è fare in modo che l'esercizio strutturato sia una piacevole abitudine a tutte le età sapendo che garantisce vantaggi reali nell'immediato e nel futuro, vantaggi che prescindono i “risultati” tipici dello sport agonistico e che sono raggiungibili con un impegno ed investimento alla portata di tutti.

TAKE-HOME MESSAGE

- l'esercizio fisico è uno strumento incredibilmente efficace nella promozione di salute e benessere in genere
- il 45% degli italiani è sedentario, donne 50%, uomini (39%) (WHO 2018)
- la popolazione più indicata come target di azioni preventive è quella giovane
- l'azione prevede:
 - ridurre la sedentarietà cogliendo ogni occasione nella vita quotidiana per muoversi
 - aumentare la dose di esercizio strutturato (almeno 150 min/sett di attività fisica aerobica ad intensità moderata o equivalente, oltre a esercizio di rinforzo muscolare ad intensità moderata)
- introdurre l'esercizio fisico tra le abitudini porta vantaggi reali nell'immediato e nel futuro raggiungibili con un impegno ed investimento alla portata di tutti

Bibliografia

1. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van HL, et al. (2010) Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 121(4):586-613.
2. Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels SR, et al. (2013) American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation* 127(16):1730-1753.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. (2014) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 384(9945):766-781.
4. Liu K, Daviglius ML, Loria CM, Colangelo LA, Spring B, Moller AC, et al. (2012) Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation* 125(8):996-1004.
5. Aberg MA, Pedersen NL, Toren K, Svartengren M, Backstrand B, Johnsson T, et al. (2009) Cardiovascular fitness is associated with cognition in young adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 106(49):20906-20911.
6. J.S.Philips. *ACSM's exercise is medicine*. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
7. Lucini D, Pagani M (2011) Exercise: Should it matter to internal medicine? *Eur J Intern Med* 22(4):363-370.
8. Ross R, Blair SN, Arena R, Church TS, Despres JP, Franklin BA, et al. (2016) Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 134(24): e653-e699.
9. Piercy KL, Troiano RP. Physical Activity Guidelines for Americans From the US Department of Health and Human Services. Cardiovascular Benefits and Recommendations. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018;11: e005263. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005263.

Le scelte alimentari giovanili: come coniugare salute e gusto

Maria Grazia Carbonelli

Direttore U.O. Dietologia e Nutrizione, A.O. San Camillo Forlanini, Roma.

Ilaria Aquilea

U.O. Dietologia e Nutrizione, A.O. San Camillo Forlanini, Roma.

Una corretta alimentazione consente al nostro corpo di crescere e svilupparsi in maniera ottimale durante l'infanzia e la pubertà, contribuisce inoltre al mantenimento del benessere psico-fisico in età adulta e permette di arrivare alla terza età nelle migliori condizioni di salute.

Per tali ragioni è importante nell'età giovanile imparare a impostare la propria dieta in modo da rispondere alle esigenze di salute e benessere. La "Dieta" intesa come insieme di alimenti assunti giornalmente deve essere sana, equilibrata e variata con l'introduzione di tutti i gruppi alimentari nelle giuste proporzioni, rispettando la stagionalità e scegliendo preferibilmente prodotti locali.

Il principale problema di salute dei giovani è l'obesità. La sua prevenzione deve essere fatta già nell'infanzia. La presenza di troppi zuccheri negli alimenti per bambini è diventato un problema sanitario globale. Una indagine nel Regno Unito, pubblicata a giugno 2019, dell'agenzia sanitaria governativa Public Health England ha evidenziato che molti tra i 1120 prodotti per la prima infanzia analizzati (alimenti e bevande) contengono quantità eccessive di zucchero.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato a luglio 2019 i risultati di una indagine su circa 2000 prodotti per l'infanzia di 4 città europee (Vienna, Budapest, Sofia, Haifa) e un'alta percentuale di prodotti sono risultati poco adatti alla popolazione infantile. L'OMS, durante l'ultimo congresso europeo sull'obesità, ha evidenziato che Grecia, Malta, Italia e Spagna sono i paesi con il più alto livello di obesità grave nei bambini di età scolare. La presenza di obesità infantile favorisce l'insorgenza dell'obesità e delle sue complicanze negli adulti, riducendo la qualità e l'aspettativa di vita. L'obiettivo di ridurre il tasso di obesità richiede un'azione globale a favore delle fasce più disagiate della popolazione ed un aumento dei fondi pubblici per pediatri, medici nutrizionisti e per tutta la rete di specialisti che si occupano di alimentazione e salute. Sempre l'OMS ha elencato nel 2019 le cinque regole per assicurarsi una buona salute: mangiare in maniera variata, ridurre il consumo di sale, ridurre il consumo di olio e grassi animali, limitare l'uso di zuccheri, evitare il consumo di alcool. Seguendo le scelte della piramide alimentare mediterranea ci assicuriamo un'alimentazione equilibrata, senza dimenticare il gusto e la convivialità che sono fondamentali per un'alimentazione consapevole.

TAKE-HOME MESSAGE

Una corretta alimentazione consente al nostro corpo di crescere e svilupparsi in maniera ottimale durante l'infanzia e la pubertà, contribuisce inoltre al mantenimento del benessere psico-fisico in età adulta e permette di arrivare alla terza età nelle migliori condizioni di salute. Per tali ragioni è importante nell'età giovanile imparare a impostare la propria dieta in modo da rispondere alle esigenze di salute e benessere.

Seguendo le scelte della piramide alimentare mediterranea ci assicuriamo un'alimentazione equilibrata senza dimenticare il gusto e la convivialità che sono fondamentali per un'alimentazione consapevole.

Bibliografia

<https://www.who.int/>

<https://www.barillacfn.com/m/publications/pp-doppia-piramide-alimentazione.pdf>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_2935_listaFile_itemName_4_file.pdf

“1st Italian Obesity Barometer Report”, Obesity Monitor, Anno 1, n. 1, 2019.

Giovani e attività sportiva: problematiche connesse alla certificazione di idoneità agonistica e non

Maria Penco

Professore Ordinario di Cardiologia, Dipartimento della Salute, Vita e Scienze Ambientali, Università degli Studi dell'Aquila.

Renata Petroni

Cardiologia e Medicina dello Sport, Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università degli Studi dell'Aquila.

Sabina Gallina

Cardiologia e Medicina dello Sport, Università di Chieti.

In ambito legislativo, gli attuali decreti sulla certificazione sportiva prevedono per l'attività sportiva agonistica (1) l'esecuzione della visita medica, dell'elettrocardiogramma e dell'esame delle urine; per l'attività non agonistica (2) anamnesi ed esame obiettivo con misurazione della pressione arteriosa ed un elettrocardiogramma a riposo effettuato almeno una volta nella vita; l'esecuzione dell'elettrocardiogramma con periodicità annuale è riservato solo ad alcune categorie (soggetti con età superiore ai 60 anni e con fattori di rischio cardiovascolare oppure con patologie croniche conclamate). Per quanto riguarda l'attività ludico-motoria non è obbligatoria la certificazione medica (3) anche se è spesso richiesta da società o associazioni sportive a fini assicurativi.

La certificazione può essere rilasciata da qualsiasi medico iscritto all'ordine dei medici.

In ambito scientifico, invece, lo screening cardiovascolare dei giovani atleti è stato approvato dalle società scientifiche e dagli organi governativi sportivi tra cui la Società europea di cardiologia (ESC), l'American Heart Association (AHA), il Comitato olimpico internazionale (CIO) e la Fédération Internationale de Football Association (FIFA) (4-7). Tuttavia, tale screening non è ancora universalmente accettato a causa della mancanza di evidenze derivanti da studi di controllo e randomizzati riguardanti la reale efficacia, applicabilità e i costi. Un ampio studio prospettico italiano su 42.386 atleti competitivi di età compresa tra 12 e 35 anni con un follow-up di 26 anni ha messo in evidenza l'utilità della valutazione elettrocardiografica (8). Lo studio ha confrontato l'incidenza di morte cardiaca improvvisa negli atleti prima (1979-1982) e dopo l'introduzione dello screening (2003-2004). Cinquantacinque casi sono stati identificati nel corso dello studio. Lo studio ha dimostrato una riduzione dell'incidenza di morte cardiaca improvvisa da 3,6/100.000 persone-anno a 0,4/100.000 persone-anno, che rappresenta una riduzione del 90% della mortalità. La ragione principale di questa riduzione è stata una diminuzione della morte cardiaca improvvisa dovuta a cardiomiopatia, in particolare la cardiomiopatia aritmogena.

In questo contesto, legislativo e scientifico, si apre un'importante questione: quali e quante sono le patologie che non vengono diagnosticate per l'assenza di uno screening cardiologico? Le morti improvvise in ambito dilettantistico nella popolazione giovane sarebbero in parte evitabili?

TAKE-HOME MESSAGE

Le problematiche connesse all'attività sportiva nei giovani riguardano, in misura prevalente, l'attività sportiva non agonistica e ludico-motoria, in cui l'esecuzione di un elettrocardiogramma non viene resa obbligatoria dagli attuali decreti, ma è condizionata dalla storia clinica individuale e dalla presenza/assenza di fattori di rischio cardiovascolare. L'utilizzo di uno screening elettrocardiografico, previa valutazione del rap-

porto costi/benefici, potrebbe slatentizzare patologie cardiache congenite misconosciute con conseguente riduzione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori, quali aritmie maligne e morte cardiaca improvvisa.

Bibliografia

1. Decreto ministeriale 18 febbraio 1982 - Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica
2. Decreto ministeriale 8 agosto 2014 - Approvazione delle linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica
3. Art. 42 bis del Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69 (convertito in Legge 9 agosto 2013, n. 98)
4. Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* [Internet]. 2005 [cited 2014 Feb 25];26(5):516–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15689345>.
5. Maron BJ, Levine BD, Washington RL, Baggish AL, Kovacs RJ, Maron MS. Eligibility and disqualification recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities: task force 2: preparticipation screening for cardiovascular disease in competitive athletes: a scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology. *Circulation* [Internet]. Elsevier Inc; 2015;132(22):e267–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.09.034>.
6. Ljungqvist A, Jenoure PJ, Engebretsen L, Alonso JM, Bahr R, Hons BDS, et al. The International Olympic Committee (IOC) consensus statement on periodic health evaluation of elite athletes: March 2009. *J Athl Train* [Internet]. 2009;44(5):538–57. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2742466&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
7. Dvorak J, Grimm K, Schmied C, Junge A. Development and implementation of a standardized precompetition medical assessment of international elite football players—2006 FIFA World Cup Germany. *Clin J Sport Med* [Internet]. 2009;19(4):316–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638827>.
8. Dhutia H et al. Cardiac Screening of Young Athletes: a Practical Approach to Sudden Cardiac Death Prevention. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2018 Aug 28;20(10):85. doi: 10.1007/s11936-018-0681-4.

Campagne di prevenzione contro il fumo nei giovani: cosa non sta funzionando?

Marco Alloisio

Responsabile U.O. Chirurgia Toracica, Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milano.

Il fumo, lo si ripete da anni, è la prima causa di morte evitabile al mondo: le ricerche confermano che alla base dei decessi per cause respiratorie, cardiache e oncologiche rimane il fumo di sigaretta.

Tuttavia, a discapito delle evidenze scientifiche, tra i ragazzi non si registra un calo del numero dei fumatori. Cresce, al contrario fra i giovanissimi, tra gli 11 e 15 anni.

Secondo una ricerca DOXA il dato di prevalenza dei fumatori fra i giovani in Italia è il peggiore in Europa (34%, pari a 2,4 milioni di individui di 18-29 anni).

Si tratta di dati preoccupanti, per due ragioni: sia perché l'accensione della prima sigaretta in giovane età aumenta le probabilità di sviluppare una vera dipendenza e sia perché i ragazzi sono coloro che hanno potenzialmente davanti un maggior numero di anni da trascorrere fumando.

Che cosa non sta funzionando nella comunicazione quindi?

Da sempre, quando si parla di tabagismo, il focus è sui danni del fumo alla salute: malattia, morte e tumori. Tre parole che evidentemente hanno poca presa sugli adulti fumatori, figuriamoci sui giovani.

Punto primo: Per parlare di tabagismo ai ragazzi, è fondamentale un cambio di paradigma: spostando il focus dai fattori di rischio e dal concetto di malattia, ai fattori di protezione e al tema della prevenzione.

In questo ambito, in tema di protezione e prevenzione, quello dell'ambiente è paradossalmente molto sentito da una generazione 2.0 che vive in un mondo sempre più virtuale.

Nove giovani su dieci sono preoccupati per l'inquinamento dell'aria, delle acque e per i mutamenti climatici. Ecco perché lavorare sulla consapevolezza dei danni all'ambiente derivanti da sigaretta/tabacco potrebbe essere una soluzione.

Secondariamente, è fondamentale continuare ad operare nel mondo scuola con un'azione multi-livello per coinvolgere docenti e famiglie, nonché studenti con strumenti appropriati. Da una parte, progetti educativi finalizzati al potenziamento delle life skill negli studenti, attraverso l'uso di laboratori per trasferire non tanto le nozioni, quanto le competenze utili per lo sviluppo di stati d'animo positivi, riflessione e formazione fra pari, cioè il passaggio reciproco di informazioni tra persone che sono simili per età status ed esperienza senza che vi sia un rapporto di potere.

In questa logica realizzare progetti che rafforzano il rapporto scuola-famiglia è fondamentale per raggiungere obiettivi salute che non possono essere che il risultato di un insieme di fattori: l'ascolto dei giovani, la cura delle relazioni, il rispetto della propria salute.

La prevenzione della demenza inizia da giovani

Vincenzo Silani

Direttore U.O. Neurologia e Stroke Unit, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Università degli Studi di Milano.

La demenza, sindrome legata a diverse cause, rappresenta un'alterazione acquisita delle funzioni cognitive con compromissione delle normali attività della vita quotidiana. Di maggiore impatto nella moderna civiltà, trova nell'invecchiamento il maggior fattore di rischio con lo sviluppo di una complessa sindrome in cui ai disturbi cognitivi e di memoria si associano variazioni comportamentali, di grande impatto nella gestione del paziente medesimo. Se la demenza rappresenti la conseguenza del normale invecchiamento rimane controversa questione (Amis *et al.*, 2017). Nella moderna visione la Malattia di Alzheimer (AD), la più frequente forma di demenza, deriva da un insieme di fattori causali in parte genetici ed in parte acquisiti e quindi modificabili come per esempio l'obesità, l'ipertensione, l'ipoacusia, etc.: questo rappresenta una notevole motivazione a mantenere una forma fisica adeguata ed uno stretto controllo medico già negli anni giovanili per prevenire alcuni fattori causali di malattia (Livingstone *et al.*, 2015).

La prova più evidente, però, che la demenza esordisca biologicamente prima della clinica deriva dagli studi in portatori sani di mutazioni genetiche che hanno dimostrato, oltre 20 anni prima dell'esordio clinico, variazioni dei biomarcatori nel liquido cefalorachidiano e nel sangue (beta-Amiloide, TAU e fosfoTAU) (Bateman *et al.*, 2015). Se quanto evidenziato nelle forme familiari di AD e nei portatori sani sia applicabile anche alle forme sporadiche di AD non è ad ora noto, ma la possibilità rimane elevata. Per la Demenza Frontotemporale (FTD) l'esordio in gioventù del processo biologico è ancora più sostenibile, perché le forme genetiche rappresentano oltre il 40% dei pazienti, pur con variazioni nei diversi Paesi. L'esordio in gioventù delle più rilevanti forme di demenza rappresenta un dato acquisito con importanti ripercussioni, in primis la necessità di un counselling nei presintomatici e il disegno di terapie sempre più precoci. La migliore prevenzione della demenza rimane ad ora l'esercizio fisico, il mantenimento della riserva cognitiva legata alla scolarità ed all'esercizio cognitivo dell'individuo, il tutto condito con una buona dieta (mediterranea).

L'avanzamento della scienza nel definire biomarcatori genetici e non è stato poderoso nelle ultime decadi e la possibilità di definire anche neuroradiologicamente alterazioni precoci di malattia propone uno scenario senza precedenti con una congerie di considerazioni. Certo, il poter prevedere il proprio destino cognitivo offre al giovane la possibilità di intervenire precocemente ed in gioventù su alcuni parametri che dovrebbero poi rivelarsi determinanti nel contrastare l'esordio del decadimento mentale.

TAKE-HOME MESSAGE

La demenza nelle diverse forme è un processo patologico risultante da diversi co-fattori, di cui il più importante l'età. Le moderne neuroscienze hanno dimostrato che il processo biologico determinante la perdita neuronale inizia, però, alcune decadi prima dell'esordio clinico: i fattori concausali risultano correggibili. Se la terapia specifica non risulta ancora efficace, il controllo dell'obesità, dell'ipertensione, della ipoacusia (per citare alcuni fattori causali) può essere determinante per prevenire l'esordio clinico della Malattia di Alzheimer. La demenza trova il primo momento biologico in gioventù: ciò intacca profondamente la nostra convinzione che la patologia si manifesti acutamente o subacutamente in età avanzata.

Bibliografia

Amis D., O'Brien J.T., Burns A., Dementia. Fifth edition, CRC Press 2017.

Bateman R.J., Xiong C., Benzinger T.L., et al., Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. N Eng J Med 367, 795-804, 2012.

Livingston G., Franks H., A global perspective on dementia care: a Lancet Commission. The Lancet 386, 933-934, 2015.

Salute mentale

Patologie psichiche a esordio giovanile: schizofrenia e bipolarità

Giuseppe Maina

Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi di Torino, Polo didattico San Luigi Gonzaga.

Elena Teobaldi

Specializzanda presso il Dipartimento di Neuroscienze Rita Levi Montalcini, Università degli Studi di Torino, Polo didattico San Luigi Gonzaga.

Le patologie psichiatriche, se si includono anche i disturbi minori e da uso di sostanze, interessano fino al 20% degli adolescenti e rappresentano la prima causa di disabilità nella popolazione mondiale in questa fascia d'età. Tra i disturbi più gravi con esordio in adolescenza troviamo il disturbo bipolare e la schizofrenia.

Si stima che la schizofrenia esordisca in adolescenza nel 10-20% dei casi, con un picco più precoce nei maschi rispetto alle femmine. Questa differenza potrebbe essere correlata ad un'azione protettiva svolta dagli estrogeni.

Nei minori di età, l'esordio del disturbo bipolare è ancora più frequente: dal 30 al 60% dei pazienti affetti. In questa fascia d'età le ricadute del disturbo bipolare sul funzionamento psicosociale paiono essere più gravi nel sesso femminile. A questo proposito sono in corso studi sul possibile coinvolgimento del menarca e del ciclo mestruale nella patogenesi della sintomatologia affettiva. L'esordio di questi disturbi, specie quando avviene in età giovanile, rappresenta per i clinici una sfida dal punto diagnostico e terapeutico.

Per quanto riguarda la diagnosi, innanzitutto, è necessario escludere che il quadro clinico sia secondario a condizioni mediche generali (in particolare disturbi neurologici, endocrinologici e autoimmuni) o a utilizzo di farmaci/droghe. Inoltre, il disturbo bipolare e la schizofrenia possono presentarsi, soprattutto all'esordio, con manifestazioni sintomatologiche simili, talora difficilmente distinguibili. Entrambe, ad esempio, possono avere come prima manifestazione un episodio psicotico, con alterazioni della percezione e del pensiero che sono comuni sia a psicosi di area dissociativa/schizofrenica sia a psicosi di matrice affettiva.

In questi casi, è importante, oltre all'attenta osservazione del quadro clinico all'esordio e della sua evoluzione, anche l'individuazione di eventuali sintomi prodromici, lievemente differenti nelle due patologie, e la valutazione dei livelli di funzionamento pre-morbosi.

L'esordio adolescenziale pone anche la questione della terapia con scelte farmacologiche limitate in relazione all'età del paziente.

In conclusione, un'attenta analisi clinica può consentire di arrivare il più presto possibile ad una diagnosi di certezza e di individuare un percorso di cura il più possibile mirato ed efficace.

TAKE-HOME MESSAGE

Le patologie psichiatriche interessano fino al 20% degli adolescenti e rappresentano la prima causa di disabilità nella popolazione in questa fascia d'età. Tra i disturbi più gravi con esordio in adolescenza troviamo il disturbo bipolare e la schizofrenia. All'esordio, è necessario innanzitutto escludere che il quadro clinico sia secondario a condizioni mediche generali o all'utilizzo di farmaci/droghe. Disturbo bipolare e schizofrenia inoltre possono presentarsi con manifestazioni sintomatologiche simili; è importante quindi un'attenta analisi clinica, al fine

di arrivare il più presto possibile ad una diagnosi di certezza ed individuare un percorso di cura il più possibile mirato ed efficace.

Bibliografia

Aguglia, Di Stefano, Maina. A 10-year evaluation on adolescents with anxiety disorders: are they at risk of bipolarity? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2017.

Bellivier, Etain, Malafosse et al, Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2014.

Díaz-Caneja, Pina-Camacho, Rodríguez-Quiroga et al, Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *Npj Schizophrenia*, 2015.

Kiliçaslan, Erol, Zengin et al, Association Between Age at Onset of Schizophrenia and Age at Menarche. *Archives of Neuropsychiatry*, 2014.

Maina, Albert, Pessina et al, Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disorders*, 2007.

Merikangas, He, Burstein et al, Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication– Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010.

WHO, 2018. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

Tondo, Pinna, Serra et al. Age at menarche predicts age at onset of major affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry*, 2017.

Anoressia e bulimia: i percorsi terapeutici

Secondo Fassino

Professore Dipartimento Neuroscienze, Università degli Studi di Torino.

L'Anoressia Nervosa (AN), è una malattia spesso grave, difficile da trattare, resistente alle cure. Dopo la disamina di ricerche sulle dinamiche familiari e la personalità di pazienti, in riferimento alla necessità per quanto possibile di articolare i percorsi terapeutici a quelli patogenetici, sono considerate recenti studi sullo stile peculiare di attaccamento nell' AN e il modello esplicativo psicodinamico. L'AN è di recente ritenuta un *disturbo egosintonico* del Sé. L'interazione tra processi evolutivi del sé e dell'attaccamento appare cruciale nella comprensione della patogenesi: *vivere senza mangiare e piuttosto talvolta morire* sono in queste giovani donne compensazioni grandiose di gravi sentimenti di non valere nulla, di un radicato scoraggiamento e di inespressa rabbia talora maligna. Considerando le costanti resistenze ai trattamenti, ai fini prognostici sono rilevanti alcune principali tematiche: negazione versus insight di malattia, motivazione al cambiamento, fattori di mantenimento, percezione e trattamento della resistenza, relazione terapeutica, controtransfert e gestione della ostilità e compliance solo apparente ai trattamenti. Nelle cure in passato c'è stata un'eccessiva enfasi su fattori cognitivi ed espliciti, mentre il problema potrebbe risiedere in dinamiche emotive inconsce ed implicite che producono talora un contagio e un mancato incontro autentico e impediscono una alleanza vera tra paziente e terapeuta. Emerge la necessità di ridefinire il ruolo del terapeuta nella cura biopsicosociale e nella riabilitazione alimentare oltre che psicosociale dell'AN, orientata alla comprensione dinamica dei meccanismi causativi e perpetuanti della psicopatologia personale e di quella familiare. Le esperienze emotive precoci infantili si ripetono nelle reazioni di transfert e condizionano contagi emotivi e contaminazioni, controtransfert e metaccontrotransfert nei terapeuti, tra rischi di zelo eccessivo, logoramento e rinuncia, talora con inconsapevole induzione di drop out alle cure. Essendo il *processo di incoraggiamento* o di transmotivazione, il cuore della relazione terapeutica e del cambiamento, fenomeni come *embodied simulation, intentional attunement, moments meeting, comunicazione implicita*, fenomeni concettualizzati in riferimento a recenti scoperte neurobiologiche, concorrono ad avvalorare la *comprensione empatica* da parte dell'equipe curante come nucleo fondamentale del percorso di cura efficace.

TAKE-HOME MESSAGE

L'Anoressia nervosa è oggi una malattia a prevalente diffusione tra giovani donne, caratterizzata da sintomi psicopatologici non solo alimentari. Questi sono segni e al contempo rimedi, controproducenti, di una angoscia profonda derivante da un disturbo della personalità a frequente origine adolescenziale. Ai fini della patogenesi e del trattamento è rilevante il ruolo della famiglia. La comprensione psicodinamica del disturbo è decisiva rispetto al frequente problema delle resistenze ostinate e protratte ai trattamenti. Questi sono di tipo biopsicosociale e devono comprendere, oltre alla riabilitazione nutrizionale, una psicoterapia allargata alla famiglia.

Depressione in gravidanza: un aiuto dai probiotici?

Annamaria Cattaneo

Responsabile U.O. Biologia Psichiatrica, IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia.

La depressione in gravidanza può avere un effetto devastante durante il periodo perinatale e ha un profondo impatto sulla cura che il bambino riceve e sulla relazione che viene instaurata tra mamma e bambino. Inoltre, molte evidenze indicano che la presenza di depressione in gravidanza è associata ad alterazioni biologiche nella mamma, come ad esempio, alterazioni nei processi infiammatori e di risposta allo stress che vengono trasmessi anche al bambino, con conseguenze sullo sviluppo fisico e comportamentale della prole.

Numerosi sono i fattori che influenzano questa relazione, come fattori genetici, l'uso di farmaci psicotropi durante la gravidanza, il sesso del feto e l'esposizione a maltrattamenti nell'infanzia. Dal punto di vista biologico sono stati trovati alterazioni nel sistema della risposta allo stress, nel sistema immunitario, nel signaling dell'ossitocina e degli estrogeni, come possibili mediatori biologici di queste evidenze cliniche.

Inoltre, recenti evidenze hanno suggerito anche il coinvolgimento del microbiota intestinale come possibile sistema coinvolto nel mediare alterazioni nello sviluppo fisico e comportamentale di bambini esposti a depressione nella mamma.

Il microbioma intestinale è un componente critico del metabolismo e della salute generale di un individuo. Il periodo prenatale è caratterizzato da cambiamenti infiammatori e immunitari unici che alterano la funzione intestinale materna e la composizione batterica durante la gravidanza; anche l'estrogeno e il progesterone, ormoni chiave di questo periodo, influiscono sulla funzionalità intestinale. Alterazioni nella composizione del microbioma intestinale materno possono pertanto influenzare non solo il benessere della mamma durante la gravidanza, ma anche lo sviluppo del feto ed avere effetti a lungo termine sullo stato fisico e comportamentale del bambino. È interessante ricordare che donne depresse in gravidanza mostrano deficit nei livelli di omega-3 o n-3 PUFAs- noti ad agire anche sulla composizione del microbiota intestinale, e tale deficit potrebbe influenzare processi infiammatori che si osservano in queste donne. Infine, un supplemento di omega-3 in donne depresse in gravidanza è stato associato ad un miglioramento della sintomatologia depressiva. Recenti studi clinici hanno inoltre dimostrato che un supplemento con probiotici in gravidanza è in grado di migliorare la sintomatologia depressiva in donne depresse, aprendo nuove possibilità terapeutiche per migliorare la condizione fisica e mentale delle madri ma anche dei loro figli.

TAKE-HOME MESSAGE

La depressione in gravidanza è associata ad alterazioni biologiche nella mamma e che vengono trasmesse al bambino, insieme alla vulnerabilità a sviluppare alterazioni comportamentali. Tra i sistemi coinvolti, il microbiota intestinale è stato recentemente suggerito come possibile mediatore delle alterazioni nei processi infiammatori che si osservano in queste donne. Alterazioni nella composizione del microbiota intestinale sono associate ad un'alterata produzione di mediatori dell'infiammazione, come citochine pro-infiammatorie, e di metaboliti batterici come gli acidi grassi a catena corta.

Si è osservato che la somministrazione di probiotici o di sostanze in grado di migliorare la composizione del microbiota intestinale gravidanza è in grado di migliorare anche la sintomatologia depressiva in donne depresse, aprendo nuove possibilità terapeutiche per migliorare la condizione fisica e mentale delle madri ma anche dei loro figli.

La prevenzione dei suicidi giovanili: strategie per intercettare il disagio

Maurizio Pompili

Professore di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Ospedale Sant'Andrea, Università La Sapienza, Roma

Valentina Corigliano

Psichiatra, Dottoranda in Neuroscienze Clinico-Sperimentali e Psichiatria, Università La Sapienza, Roma.

L'adolescenza rappresenta un periodo di grandi cambiamenti, sia dal punto di vista biologico sia da quello cognitivo che da quello sociale. Il suicidio, in questa fase evolutiva, costituisce un grave problema di sanità pubblica che impone la mobilitazione di risorse per arginare il fenomeno. Per cominciare, si dovrebbero divulgare, anche tra i non addetti ai lavori, le nozioni che permettono di identificare i soggetti a rischio. Per esempio, alcune circostanze dovrebbero far scattare l'allarme: cambiamenti repentini nella condotta e nel rendimento scolastico e sociale, perdita di interesse nelle attività solitamente piacevoli, assenze e vagabondaggio, eccessivo fumo di sigarette, abuso di alcol e droghe (compresa la cannabis), coinvolgimento in episodi di violenza. Alcune figure come gli insegnanti, i familiari e gli allenatori, possono avere un ruolo cruciale nel riconoscere e aiutare i giovani in difficoltà che sono vulnerabili e a rischio di suicidio. Ogni individuo deve fare la sua parte nella prevenzione, nel riconoscimento precoce dei soggetti a rischio.

Il suicidio non è mai un evento imprevedibile, piuttosto è l'esito di una lunga catena di eventi nella quale è mancata l'occasione di intervenire efficacemente. Il suicidio è legato a dispiaceri, vergogna, umiliazione, paura, terrore, sconfitta e ansia. Sono questi gli elementi che conducono a uno 'stato perturbato', per cui il suicidio appare l'unica soluzione per porre fine a un dolore psicologico divenuto insopportabile.

TAKE-HOME MESSAGE

L'utilizzo dei programmi di screening nella popolazione adolescenziale si è dimostrata efficace, con implicazioni rilevanti in termini di possibile prevenzione delle condotte a rischio di suicidio e del disagio in un'età complessa quale appunto quella adolescenziale. L'identificazione di un particolare sottogruppo di soggetti a maggior rischio clinico mediante l'utilizzo di strumenti di screening appare di indubbia importanza per i professionisti della salute mentale per comprendere le principali dimensioni psicopatologiche sottostanti le condotte suicidarie in età adolescenziale.

Salute sessuale e riproduttiva

Parole fertili nel viaggio alla ricerca di un figlio

Cristina Cenci

Antropologa, CEO Digital Narrative Medicine, Roma.

Il progetto di storytelling digitale Parole Fertili, realizzato con il contributo incondizionato di IBSA, raccoglie centinaia di storie di fertilità in una comunità narrativa che si prende cura del viaggio alla ricerca di un figlio. Il corpus consente di esplorare le ambivalenze personali e sociali di questo viaggio. Cosa significa desiderare un figlio oggi? Quando nasce questo desiderio e quando l'immaginario e le norme sociali lo considerano legittimo? Se una figlia di 19 anni (ma vale anche per un figlio) arrivasse una mattina e ci dicesse che desidera un figlio o che aspetta un figlio, probabilmente vivremmo la notizia come un'avversità inaspettata. Questo perché sarebbe in effetti un comportamento deviante rispetto ai 32 anni dell'età media del primo figlio per una donna. Probabilmente l'impatto emotivo sui genitori di questo desiderio 'anticipato' di maternità è paragonabile all'ansia di chi negli anni 40 non vedeva seguire un figlio al primo rapporto sessuale santificato dal matrimonio. Genitori e figli contemporanei sono oggi alleati nell'auspicare al contrario un 10-15 anni di sesso non riproduttivo, che non interferisca con i progetti di crescita professionale e personale.

In tutte le culture la fertilità è un patrimonio della comunità intera, perché consente alla collettività di andare avanti: procreare non è solo una scelta individuale, ma un desiderio sociale. Un insieme di ricerche dell'Istituto Superiore di Sanità sulla percezione della fertilità mostra come nella contemporaneità però questo desiderio sociale sia diventato più contraddittorio. Tra la popolazione adulta tra i 18 e i 49 anni, il 20% dichiara di non volere figli contro il 7% degli adolescenti al terzo anno della scuola superiore. Più del 50% dei sedicenni ritiene che l'età giusta per avere un figlio sia tra i 26 e i 30 anni. Negli orizzonti incerti ma aperti dell'adolescenza il desiderio di un figlio, anche relativamente presto, sembra trovare più spazio che nel mondo adulto. Il nostro mondo spinge ancora a desiderare la fertilità. Ma crea anche enormi difficoltà pratiche e ambivalenze emotive. I tempi sociali e lavorativi sono cambiati: si diventa autonomi più tardi, si comincia una famiglia più tardi, avviare una carriera richiede molti anni di tempo e impegno. Il tempo dell'adulto e il tempo del genitore non coincidono, sono sempre più lontani. I 'prima' di un figlio sono sempre di più. I tempi del corpo, però, sono quelli di sempre. Quindi la società mette donne e uomini di fronte a una contraddizione di fondo in cui diventa difficile distinguere il desiderio personale da quello collettivo.

TAKE-HOME MESSAGE

Finché non si desidera un figlio non si è infertili, anche se lo si è clinicamente senza saperlo, e non si sente l'urgenza di presidiare la propria fertilità, che è considerata implicitamente ovvia. In questo contesto, educare i giovani al presidio della fertilità risulta un obiettivo difficile se non accompagnato da un cambiamento nella comunicazione del valore e della legittimità del desiderio di un figlio. Non bastano le informazioni mediche, occorre costruire un orizzonte condiviso di fiducia per accelerare e anticipare la scelta del giusto tempo per un figlio. Occorre usare meno il linguaggio allarmistico dell' "orologio biologico" e preservare meglio nell'adulto l'aspettativa positiva dell'adolescente.

Bibliografia

- Studio Nazionale sulla fertilità, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Febbraio 2019.

- Cenci C., Dimitri F., Parole fertili. Viaggio alla ricerca di un figlio, Mondadori Electa, Milano, 2018.
- Sito www.parolefertili.it

Infertilità maschile: allarme giovani

Maurizio De Rocco Ponce, Andrea Garolla

Specializzati in Andrologia, Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Servizio per la Patologia della Riproduzione Umana, Azienda Ospedaliera di Padova.

L'infertilità rappresenta un problema di salute sociale dal momento che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa il 15% delle coppie in età fertile nei paesi occidentali ne è affetta. In circa il 30% dei casi, si riconosce un fattore maschile e nel 20% dei casi l'eziologia riconosce un fattore misto. La definizione di infertilità da fattore maschile di per sé non racchiude una sindrome clinica omogenea e ben definita, potendo sottintendere un'eziologia pre-testicolare (mancata o ridotta produzione spermatica da inadeguata secrezione gonadotropinica), testicolare (patologie primitive testicolari) o post-testicolare (da ostacolato transito spermatico lungo le vie escretrici). Ogni patologia si riflette in una alterazione dei parametri seminali e può coinvolgere anche la produzione degli ormoni testicolari con possibili ripercussioni sulla futura salute generale dei soggetti.

Mentre le donne hanno molti momenti di screening e prevenzione delle malattie dell'apparato riproduttivo, solitamente il maschio scopre il suo stato di infertilità solo al momento della ricerca di prole. Negli ultimi anni, numerosi studi hanno tentato di analizzare i possibili effetti di fattori ambientali e stili di vita sulla produzione spermatica e sulla fertilità maschile. Tuttavia, solo per pochi di essi vi è una solida evidenza scientifica di una qualche relazione causale, mentre per molti fattori di rischio rimangono evidenze limitate di una chiara associazione con l'infertilità.

Negli ultimi anni, molti autori hanno riportato un netto incremento nell'incidenza di diverse patologie del tratto riproduttivo maschile, tra cui criptorchidismo, ipospadia e soprattutto tumore del testicolo. Questo dato, assieme al supposto aumento di alterazioni della spermatogenesi negli ultimi decenni, ha fatto ipotizzare che alcuni fattori comuni determinanti tali patologie possano agire durante la vita fetale e neonatale. Per quanto riguarda queste patologie, oltre alle cause genetiche, è stata chiamata in causa l'esposizione ambientale a pesticidi, inquinanti ambientali o altre sostanze note o sospettate essere degli "endocrine disruptors"; solo un numero limitato di relazioni causali sono state stabilite tra l'esposizione a tali sostanze e gli effetti avversi sulla salute umana. Alcuni studi recenti hanno comunque confermato che alcune esposizioni, per esempio quelle agli inquinanti del traffico, siano in relazione ad una alterazione dei parametri seminali e ormonali.

TAKE-HOME MESSAGE

L'infertilità maschile è in aumento negli ultimi anni e si stima che un ragazzo su tre presenti uno o più fattori di rischio di danno testicolare. Studi recenti dimostrano che questa condizione si associa significativamente ad alterazioni ormonali e a patologie sistemiche nell'età adulta. Poiché molti fattori di rischio di infertilità originano durante il periodo di sviluppo embrionale e sono già presenti alla nascita, si ritiene che l'ambiente possa essere responsabile della patogenesi di tali anomalie. Pertanto, è fondamentale evitare l'esposizione ambientale ad agenti tossici durante l'embriogenesi ed effettuare campagne di prevenzione attuando un follow-up periodico nei soggetti affetti.

Genetica predittiva pre e post concezionale

Paolo Emanuele Levi Setti

Direttore Dipartimento Ginecologia e Medicina della Riproduzione, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano.

The unequivocal impact of genetics in the prevention of miscarriages and adult pathological conditions is presented in an elegant contribution by Joe Leigh Simpson and colleagues¹.

Genetic disorders affect 1% of live births and are responsible for 20% of pediatric hospitalizations and 20% of infant mortality. Many are caused by recessive or X-linked genetic mutations carried by 85% of humans; yet, this situation remains unaddressed unless extensive carrier screening tests are performed². Potential risk for numerical chromosomal abnormalities is strongly correlated with maternal age, and after occurrence of one aneuploid liveborn or miscarriage, risk of recurrence in subsequent pregnancies is significantly increased. In their contribution, Simpson et al. have thoroughly analyzed the burden created by chromosome abnormalities, monogenic disorders, and anomalies considered complex in etiology, leading to specific pre-conceptional tests to prevent them. Seeking to become parents is by far the most important action that a couple will undertake in their life and therefore should be planned. The ability of preconceptional care to contribute in this sense relies on the education of reproductive health professionals and the amount of scientific information made available to the prospective parents. Each of us holds deep-seated ideas of what is 'natural' and to what extent we should interfere with nature. However, when it comes to one's own child, the lines become blurred. If your hypothetical child had a devastating disease that you knew could be fatal, you likely would be willing to subject the child even to dangerously interventionist surgery to potentially save their life.

However what prospects exist for screening common complex disorders with genetic predisposition?

If multiple genes are involved, will prediction in an individual family in advance of conception be realistic? The detection rate for heterozygotes in carrier screening programs is expected to be very high (>95%) but not necessarily 100%. Still, a negative screening test reduces considerably the likelihood that an individual is a carrier and thus lowers the risk for having an affected offspring. Yet, the possibility of an affected offspring is not zero. If you could prevent your child from having that disease in the first place, would you do that? This is the concept of preconceptional care: winning the battle before the war has begun³.

Bibliografia

1. Simpson JL, Rechitsky S, Kuliev A. Before the beginning: the genetic risk of a couple aiming to conceive. *Fertil Steril* 2019;112:622-30.
2. Simon C, Romero R. Preconceptional care, where reproductive medicine meets obstetrics: the origins of lifetime health. *Fertil Steril* 2019;111:657-8.
3. Simon C. Introduction: Preconceptional care: do we have to care? *Fertil Steril* 2019;112:611-2..

PMA e l'illusione del figlio "facile"

Eleonora Porcu

Professore Associato in Ginecologia e Ostetricia, Responsabile Struttura Infertilità e Procreazione, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna.

Il progressivo procrastinare la ricerca della maternità porta sempre più donne a sorpassare la finestra della fertilità. Le ragioni sono da ricercarsi nel cambiamento dello stile di vita: aumento degli anni scolari, maggiore attenzione delle donne a lavoro e carriera, scarso supporto statale alle genitorialità, ma soprattutto la diffusione del preconcetto per cui la procreazione medicalmente assistita (PMA) possa vincere l'avanzare dell'età materna.

Le tecniche di PMA rappresentano un'opzione per il trattamento della sterilità, ma non riescono a superare il limite biologico dell'età. L'età femminile infatti governa la fertilità; la riserva ovarica è limitata e si riduce progressivamente con gli anni; le curve della fertilità naturale ed assistita hanno una deflessione dai 35 anni in poi, età in cui ottenere una gravidanza spontanea o assistita diventa più difficile per il declino della qualità e quantità ovocitaria.

La percentuale di gravidanza con la PMA varia con l'età materna; gli ultimi dati del Registro Nazionale PMA riportano una percentuale di gravidanza cumulativa a 42 anni del 15,4% che si riduce dai 43 anni in poi al 6,6%. Anche la percentuale di aborto varia con l'età materna: a 40-42 anni è del 38,8%, dai 43 anni in poi è del 53,6%. Inoltre, l'avanzare dell'età materna si associa all'incremento del tasso di anomalie genetiche nella prole; se a 20 anni il rischio di concepire un figlio affetto da trisomia 21 è di 1: 1667, a 40 anni è di 1:106 e a 45 anni è di 1: 30.

La PMA inoltre non è priva di rischi: una possibile complicanza iatrogena e potenzialmente fatale è la sindrome da iperstimolazione ovarica la cui incidenza varia a seconda delle severità: lieve 8-23%, moderata 1-7%, severa 0.25%.

Molte coppie per sopperire alla capacità dei gameti femminili ricorrono a tecniche di fecondazione eterologa; in Italia nel 2008 su 90.000 trattamenti di PMA realizzati, 6.000 sono stati trattamenti di eterologa. Il 52,34% dei trattamenti è stato di ovodonazione; il 31,4% delle indicazioni all'ovodonazione è rappresentato da età materna avanzata.

Le tecniche di eterologa femminile si associano ad un'alta incidenza di complicanze ostetriche quali ipertensione gestazionale, preeclampsia, prematurità legate all'età materna.

La ricerca della gravidanza con PMA è un percorso ad ostacoli che non sempre porta ad avere un bambino in braccio e non rappresenta la soluzione per l'età materna avanzata.

TAKE-HOME MESSAGE

- È necessario fare cultura sulla prevenzione con l'informazione. Spesso si procrastina la maternità perché non si è stati correttamente informati sui limiti della vita fertile. Questa inconsapevolezza deriva dall'assenza di informazioni e in alcuni casi anche da informazioni incomplete o non corrette ricevute dal proprio medico curante o dal ginecologo di fiducia. La prima regola da seguire per la donna è quella di concepire possibilmente prima dei 35 anni.
- Sostenere le coppie nella ricerca della gravidanza: il percorso di PMA è un percorso ad ostacoli che non sempre si conclude in modo positivo e che può avere importanti ripercussioni psicologiche ed emotive sia sui singoli individui che sulle coppie.

Bibliografia

1. Report ISTAT indicatori demografici, 07.02.2019.
2. Broekmans FJ, Soules MR, Fauser BC. Ovarian aging, mechanism and clinical consequences. *Endocr. Rev.* 2009; 30:465-93.
3. Demko, Effects of maternal age on euploidy rates in a large cohort of embryos analyzed with 24-chromosome single-nucleotide polymorphism-based preimplantation genetic screening. *Fertility and Sterility*, Vol. 105, No. 5, Maggio 2016.
4. Liu K, Case A. Advanced reproductive age and fertility. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011; 33(11): 1165-1175.
5. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (L. 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15) - anno 2019.
6. Te Velde ER, Pearson PL. The variability of female reproductive aging. *Hum Reprod Update.* 2002; 8(2): 141-154.

Focus patologie di genere

Giovani pazienti oncologici: peculiarità nell'approccio

Armando Santoro

Direttore Cancer Center, Professore di Oncologia Humanitas University, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano.

La malattia oncologica nei pazienti adolescenti o giovani adulti –identificati con l'acronimo AYA - Adolescents and Young Adults-, rappresenta dal punto di vista medico (in termini di diagnosi, trattamento e follow up) e psicosociale un evento unico per la complessità che la caratterizza.

L'oncologia AYA si colloca in uno spazio poco definito, tra il mondo dell'oncologia pediatrica e quello dell'adulto, un'area di transizione, definita "terra di nessuno", in cui mancano specialisti dedicati e dove la complessità diagnostica e terapeutica deve obbligatoriamente interfacciarsi con le esigenze dell'adolescenza e della giovinezza.

Il ruolo dell'oncologo medico è alquanto difficile, necessita del supporto di un team composto da numerose figure con ruoli specifici e complementari (oltre il medico specialista ricordiamo l'infermiere, l'assistente sociale, lo psicologo, il terapeuta del dolore, l'esperto della fertilità, il fisioterapista, il genetista, il nutrizionista) che condivide con il paziente il percorso di cura in ogni fase, dalle difficoltà iniziali della diagnosi fino ai programmi di sorveglianza da attivare al termine delle cure. Si parla di un nuovo approccio metodologico, caratterizzato da una visione dell'individuo nella sua globalità (famiglia, scuola, lavoro, partner, amici) in modo da fornire gli strumenti migliori per superare la malattia durante un periodo della vita estremamente difficile perché in continua evoluzione. I cambiamenti sono fisici, emozionali, cognitivi e sociali, volti a raggiungere un'autonomia e un'indipendenza finanziaria, una relazione sentimentale stabile, a formare una famiglia e a raggiungere obiettivi scolastici/professionali.

Sedersi in fronte ad un adulto, comunicando una diagnosi, una terapia, un successo o un insuccesso, presuppone una stabilità soggettiva ed emotiva del paziente, per il quale la malattia rappresenta una seria problematica sopraggiunta all'interno di una vita stabile dal punto di vista professionale, sociale ed emotivo. Differentemente una diagnosi durante l'adolescenza o in giovane età irrompe senza preavviso in una vita in costruzione, dove, inesorabilmente, la malattia ne interrompe il corso.

L'aver compreso la necessità di sviluppare un'oncologia dedicata ha sicuramente rappresentato un grande passo avanti per la nostra comunità scientifica, rivoluzionando il mondo dell'oncologia medica dell'adulto focalizzato sul paziente e sulle cure e ridimensionando anche quello del pediatra, focalizzato sulla famiglia. L'ultimo decennio ha segnato dei grossi cambiamenti. La prima rivista scientifica dedicata al mondo AYA è nata nel 2011, "Journal of Adolescent and Young Adult Oncology" e il primo articolo pubblicato ha riportato "The International Charter of Rights for Young People with Cancer", un'iniziativa globale fondata da cinque organizzazioni no-profit nel mondo (Teenage Cancer Trust nel Regno Unito, CanTeen Australia, CanTeen New Zealand, e Livestrong e SeventyK negli Stati Uniti) rivolte a sostenere come l'accesso alla qualità di cura in oncologia sia un diritto, non un privilegio, e debba essere offerto al meglio a tutti i giovani pazienti, indipendentemente dalla loro localizzazione geografica (1).

Lo sviluppo di un programma oncologico dedicato a questi pazienti dimostra l'avvenuto riconoscimento da parte della comunità scientifica e del sistema sanitario di molti paesi nel mondo di un GAP concreto, che riguarda numerosi aspetti che possono essere raggruppati in tre categorie: diagnosi/terapia di una patologia per definizione rara e di complessa gestione, unicità dei bisogni psicologici e sociali correlati alla particolare fascia d'età e infine follow-up, personalizzato sulla base della patologia, dei trattamenti ricevuti e delle comorbidità del paziente.

Le ragioni di questo GAP sono legate alla patologia stessa, al paziente e infine al sistema sociosanitario.

1) LA MALATTIA. L'epidemiologia dei tumori degli Adolescenti e dei Giovani Adulti è unica; dal punto di vista generale, riproduce il pattern di incidenza dei tumori rari in cui i dati di OS sono sicuramente inferiori a quelli dei tumori più frequenti. Anche nel caso dei big killer, le caratteristiche biologiche e molecolari della malattia, come anche la differente responsività ai trattamenti medici, rendono la malattia unica e complessa nel trattamento.

Ne rappresenta un esempio il tumore del colon-retto che sembra avere un differente comportamento, una prognosi più severa e una presentazione clinica peculiare, spesso in fase avanzata alla diagnosi (2). I dati molecolari e biologici (MSI, BRAF, etc.) e l'associazione con BMI necessitano di ulteriori conferme che aiuteranno a caratterizzare meglio la malattia, fornendo possibilmente utili approcci diagnostici e valide alternative terapeutiche. Anche il melanoma maligno ha nei pazienti AYA un andamento clinico spesso difficilmente correlabile con le caratteristiche clinico-patologiche. Le mutazioni del promotore TERT se associate a mutazioni BRAF/NRAS sono associate ad una peggior prognosi nell'adulto. L'up-regolazione di TERT correlata ad alterazioni epigenetiche dello stesso potrebbe spiegare l'outcome dei pazienti giovani e fornire un possibile approccio diagnostico per individuare i pazienti ad elevato potenziale metastatico (3).

2) IL PAZIENTE. Gli adolescenti e i giovani adulti sono convinti di essere invincibili, la malattia non appartiene ai loro pensieri. La difficoltà di riconoscere/accettare sintomi spesso porta il paziente giovane a non effettuare accertamenti diagnostici impattando così significativamente sulla prognosi.

Numerose le campagne volte a sensibilizzare i giovani e i familiari, le scuole, gli ambienti sportivi: un dolore persistente, senza apparenti spiegazioni, un cambiamento della forma o colore di un neo, una profonda stanchezza, una perdita di peso improvvisa o la comparsa di una tumefazione dovrebbero portare un giovane a parlarne con il medico di base o con i genitori. Questi ultimi hanno un ruolo oneroso ma anche ostacolato dal desiderio del paziente adolescente di indipendenza e distacco dal nido familiare. L'ambiente sociale, i coetanei e la famiglia difficilmente riescono ad essere di supporto principalmente per una mancanza di conoscenze e consapevolezza.

3) IL SUPPORTO ASSISTENZIALE. Il sistema socio-sanitario-assistenziale non è solitamente preparato a riconoscere e a diagnosticare queste patologie rare, specie nei soggetti giovani, misconoscendo i segni e/o sintomi e ritardandone ulteriormente la diagnosi. Il riferimento dei pazienti ai centri specializzati dipende dalla sensibilità dei singoli medici, spesso non avendo strutture adeguate facilmente accessibili. Recentemente i dati pubblicati di una survey condotta in Europa tra i membri di ESMO/SIOPE hanno dimostrato come circa il 67% degli operatori sociosanitari coinvolti non abbia accesso a centri specializzati AYA, il 69% non ne conosca l'esistenza e il 67% non abbia accesso a centri specializzati per la gestione degli effetti tardivi dei trattamenti (4). L'arruolamento in trial clinici nazionali e/o internazionali rimane costantemente molto basso, contribuendo alla peggior prognosi registrata nei pazienti AYA. Negli Stati Uniti solo il 10% dei pazienti tra i 15 e 19 anni e 1-2% dei pazienti tra i 20 e 39 anni viene arruolato in trial clinici. Le ragioni di questo scarso arruolamento non sono note ma dovute in parte al limite d'età dei protocolli, in parte ai rigorosi appuntamenti richiesti nei protocolli che poco combaciano con la difficoltà dei giovani di aderire ai regimi terapeutici.

IL PREZZO DEL SUCCESSO

Il tasso di cura nel gruppo dei pazienti AYA supera l'80% e di conseguenza, la percentuale di persone guarite è in costante aumento nel mondo.

Le sequele a lungo termine con cui alcuni pazienti lunghi sopravvissuti, in percentuali variabili, devono convivere rappresentano certamente il risultato dei trattamenti ricevuti ma sono anche profondamente influenzati dallo stile di vita, dalle caratteristiche fisiche/biologiche e genetiche del paziente e da fattori esterni ambientali.

Il prezzo del successo per i nostri giovani pazienti è rappresentato soprattutto da patologie mediche legate alla tossicità dei chemioterapici e/o della radioterapia (fertilità, tossicità cardiologica, polmonare, nefrologica, secondi tumori) e alle conseguenze invalidanti di interventi chirurgici più o meno invasivi (aderenze,

amputazioni o interventi sulla colonna). In questa fascia di popolazione le sequele includono anche aspetti psicologici e di salute mentale che non sono di minore importanza e che la nostra società non dovrebbe sottovalutare.

Gli effetti tardivi della diagnosi e dei trattamenti sono stati storicamente poco studiati nella popolazione AYA. Mentre l'oncologia pediatrica ha sempre dedicato attenzione alle conseguenze a lungo termine delle cure effettuate, il mondo degli adolescenti è rimasto sospeso in quella 'terra di nessuno' di cui abbiamo parlato all'inizio, risentendo di un grande GAP nei programmi di follow-up, spesso non adeguati e superficiali. La dose cumulativa degli agenti alchilanti per il rischio di mielodisplasie e leucemie, il decadimento cognitivo dopo radioterapia encefalica, i danni permanenti a livello scheletrico dopo interventi demolitivi per sarcomi ossei, le problematiche cardiache in seguito a dosi eccessivamente alte di doxorubicina sono state problematiche affrontate dai pediatri e poco dall'oncologo dell'adulto, più focalizzato sul risultato a breve termine del trattamento.

Le sequele a lungo termine possono essere raggruppate in 3 macrocategorie,

- 1) MEDICHE ORGANO-SPECIFICHE: cardiache, renali, gonadiche-riproduttive, neurologiche, polmonari, muscoloscheletriche, immunitarie-infettive, endocrino-metaboliche;
- 2) MEDICHE ONCOLOGICHE: recidiva di malattia locale e/o a distanza; secondi tumori;
- 3) PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI: stato mentale-emozionale, educazione, rapporto con i coetanei, stile di vita, cronicità, famiglia, problematiche finanziarie.

LA REALIZZAZIONE DI UN OBIETTIVO: AYA HUMANITAS

Il progetto AYA in Humanitas è stato ufficialmente inaugurato nell'Aprile 2018.

La realizzazione di questo programma è stata resa possibile dalla presenza nel nostro Istituto di vari specialisti esperti nelle patologie rare dei giovani adulti quali sarcomi, tumori maligni ematologici, tumori cerebrali, tumori tiroidei, tumori germinali. Il numero di nuovi pazienti per anno supera i 500 ed è in continuo incremento. L'approccio multidisciplinare, fondamentale per una corretta gestione dei pazienti, garantisce una completezza diagnostica e terapeutica costante durante il percorso della malattia.

Gli obiettivi che ci siamo prefigurati fino dall'inizio e che coincidono con quanto richiesto dalla Carta dei Diritti del Giovane paziente (1) sono stati parzialmente raggiunti richiedendo un lavoro di squadra estremamente impegnativo e una continua collaborazione attiva con il paziente.

Seguendo le indicazioni internazionali e l'esempio delle altre strutture del mondo abbiamo definito alcuni obiettivi, considerandoli anche strumenti per validare in qualche anno l'efficacia del programma.

Li riportiamo di seguito:

- 1) offrire ai pazienti AYA l'accesso ad un centro oncologico d'eccellenza nella diagnosi e nel trattamento, con l'opportunità di accedere a trials clinici dedicati
- 2) soddisfare le peculiari esigenze mediche/psicosociali di questa età garantendo un costante supporto multidisciplinare
- 3) creare un ambulatorio e un multidisciplinare AYA allo scopo di rispondere con completezza alle esigenze dei pazienti durante la diagnosi, il trattamento, la fase di transizione.
- 4) garantire adeguate facilities ai pazienti con spazi a loro dedicati (stanze comuni con computer, play station, piccola cucina, divano, televisione)
- 5) promuovere l'adesione ad un nuovo modello di cura, in cui il medico si rapporta al paziente inserito nel suo contesto sociale, familiare e lavorativo.
- 6) sviluppare un programma di ricerca di base e trasazionale volto ad individuare le peculiarità biologico/molecolari di queste malattie (colon)
- 7) sviluppare un ampio programma di comunicazione sul territorio nazionale e soprattutto tra i giovani, incrementandone la consapevolezza in modo da ridurre il ritardo diagnostico
- 8) garantire un costante ed esaustivo programma di follow-up, che consideri ogni aspetto della malattia iniziale e del trattamento effettuato allo scopo di prevenire le tossicità a lungo termine.

Riguardo questo punto non esistono ancora ad oggi indicazioni standardizzate a riguardo ma si raccomanda un approccio personalizzato che consideri la diagnosi, l'età e le cure ricevute la paziente, proseguendo nel tempo e valutando sempre il paziente nella sua globalità.

TAKE-HOME MESSAGE

Il mondo oncologico AYA rappresenta sicuramente una grande sfida, non solo per la difficoltà clinica e psico-sociale unica di questa fascia d'età, ma per il profondo cambiamento metodologico richiesto ai medici e al personale sanitario dedicato.

Si tratta di un concreto esempio di medicina personalizzata, a partire dalla diagnosi fino al follow-up. Il paziente deve essere considerato all'interno del suo mondo (emotivo, sociale e professionale), protagonista in prima persona del proprio percorso di cura.

Il processo decisionale non può prescindere da una profonda condivisione degli obiettivi e delle possibili conseguenze dei trattamenti, decidendo insieme il miglior programma di cura che possa permettere al paziente di completare il proprio percorso di vita. La comunità scientifica ha fatto grandi sforzi nella definizione dei rischi associati ai trattamenti, ma pochi progressi sono stati fatti ad oggi nella comprensione di fattori non correlati al trattamento ma in grado di modificare l'incidenza e l'impatto degli effetti a lungo termine.

A questo proposito il sistema sanitario dovrebbe supportare lo sviluppo di programmi prospettici nazionali condividendo le informazioni generali relative alla diagnosi, ai trattamenti e al follow-up, per comprendere e definire al meglio l'entità dei rischi e attivare adeguati programmi di sorveglianza rispettando un adeguato bilancio di costi/benefici. Interventi volti a migliorare le condizioni generali di salute dei pazienti AYA potrebbero ridurre la mortalità tardiva e garantire ai pazienti guariti una vita più lunga e produttiva.

Bibliografia

- 1) Rajani S, Young AJ, McGolrick DA, et al. The international Charter of Rights for Young People with Cancer. *J Adolesc Young Adult Oncol* 2011; 1(1): 49-52.
- 2) Sultan I, Rodrigue-Galindo C, El-Taani H, et al. Distinct features of colorectal cancer in children and adolescents: a population-based study of 159 cases. *Cancer* 2010; 116(3):758-65.
- 3) Seynnaeve B, Lee S, Borah S, et al. Genetic and Epigenetic Alterations of TERT Are Associated with Inferior Outcome in Adolescent and Young Adult Patients with Melanoma. *Sci Rep* 2017; 7:45704.
- 4) Saloustros E, Stark DP, Michailidou K, et al. The care of adolescents and young adults with cancer: results of the ESMO/SIOPE survey, *ESMO Open* 2017; 2(4):e000252.

Tumori giovanili e fertilità: l'importanza del counselling

Fedro Peccatori

Direttore Unità di Fertilità e Procreazione in Ginecologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano.

Molti adolescenti e giovani adulti con cancro vogliono avere figli in futuro e sono preoccupati per la loro fertilità, indipendentemente dalla diagnosi, dalla prognosi e dal trattamento. Tuttavia, nella maggioranza dei casi, non sono consapevoli degli effetti gonadotossici dei trattamenti oncologici e non hanno chiaro come potrebbe esplicitarsi nel futuro il loro potenziale riproduttivo. Nonostante un emergente senso di autonomia, gli adolescenti devono ancora sviluppare capacità cognitive ed emotive per gestire lo stress e devono perfezionare le capacità di funzionamento esecutivo coinvolte nel processo decisionale. La protezione genitoriale, combinata con il disagio dei medici nell'affrontare il tema della preservazione della fertilità o della futura infertilità può far sì che gli adolescenti non ricevano informazioni e supporto adeguati. Questo è certamente un problema, perché l'infertilità, sommata all'esperienza del cancro, può essere associata a sintomi depressivi e d'ansia, dolore, ridotta autostima e un alterato senso di identità. Inoltre, l'infertilità può influire negativamente sul concetto di sé, sui rapporti sociali e sulla pianificazione della vita.

Dopo il trattamento, i giovani “survivors” riferiscono una conoscenza limitata della loro salute riproduttiva. L'infertilità post-trattamento è spesso una sorpresa e gli ex pazienti hanno false aspettative riguardo al loro potenziale riproduttivo. Una conoscenza limitata delle opzioni di conservazione della fertilità e delle tecnologie di riproduzione assistita può ulteriormente contribuire all'incertezza o ad aspettative non realistiche riguardo alla futura maternità o paternità.

Pertanto, dovrebbe essere implementato un piano d'azione per ogni adolescente o giovane adulto con cancro per discutere i problemi di fertilità alla diagnosi e durante il follow-up, introducendo nella consulenza riproduttiva con un approccio discreto che consenta speranza e ottimismo, promuovendo al contempo aspettative realistiche.

Bibliografia

Crawshaw M. Psychosocial oncofertility issues faced by adolescents and young adults over their lifetime: a review of the research. *Hum Fertil (Camb)*. 2013;16(1):59–63.

Johnson RH, Kroon L. Optimizing fertility preservation practices for adolescent and young adult cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11(1):71–7.

Wright CI, Coad J, Morgan S, et al. 'Just in case': the fertility information needs of teenagers and young adults with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;23(2): 189–98.

Levine J, Canada A, Stern CJ. Fertility preservation in adolescents and young adults with cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(32):4831–41.

Zebrack BJ, Casillas J, Nohr L, et al. Fertility issues for young adult survivors of childhood cancer. *Psychooncology*. 2004;13(10):689–99.

Crawshaw MA, Sloper P. 'Swimming against the tide'— the influence of fertility matters on the transition to adulthood or survivorship following adolescent cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19(5):610–20.

Dall'obesità ai disturbi endocrini: riflessi sulla fertilità femminile e maschile

Anna Maria Colao

Professore Ordinario - Primario di Patologia Neuroendocrina, Università degli Studi di Napoli.

L'obesità nei maschi e nelle donne in età fertile è una patologia la cui prevalenza è in aumento a livello globale. È noto oramai il ruolo cruciale dell'obesità nel contribuire alla infertilità sia nel maschio che nella donna.

Nel maschio, l'obesità impatta negativamente sulla fertilità in quanto è associata all'ipogonadismo e quindi ad un peggioramento della funzione testicolare, i meccanismi per cui ciò si verifica dipendono dall'eccesso di leptina dei soggetti con sovrappeso o obesità, all'eccesso di aromatizzazione periferica degli androgeni in estrogeni che contribuisce a sopprimere l'asse ipotalamo-ipofisi-gonade e allo stress citochinico. Il peggioramento progressivo della qualità seminale dipende inoltre nel maschio obeso dall'ipertermia scrotale, dalle epididimiti croniche e dall'insulino-resistenza che caratterizzano questi pazienti, senza trascurare che il maschio obeso può avere come meccanismo compartecipante di infertilità anche la disfunzione erettile, con un rischio aumentato del 30-90% rispetto ai soggetti normopeso di pari età. Lo stress ossidativo del maschio obeso è anche associato a più elevati tassi di incrementata frammentazione del DNA spermatico e quindi al danno della spermatogenesi, e i pazienti obesi hanno peggiori outcome nei setting di PMA in termini di pregnancy rate.

Nella donna, la funzione ovarica risente enormemente delle escursioni di BMI sia in difetto che in eccesso e questo si riflette in implicazioni sulla fertilità di elevato impatto. Nelle donne obese vi è una maggiore prevalenza di PCOS o sindrome dell'ovaio policistico, la patologia endocrina più frequente nelle donne in età riproduttiva, con una frequenza che varia dal 5% al 10% seguendo i criteri classificativi di Rotterdam, nella quale come conseguenza dell'insulino-resistenza si ha una predisposizione alla cronica anovulatorietà e quindi alla insorgenza di infertilità femminile.

Nella gestione della infertilità maschile o femminile nel paziente obeso deve avere un ruolo cardine la gestione della patologia di base, in particolare tramite un miglioramento dello stile di vita, che permette di migliorare notevolmente gli outcome riproduttivi senza necessariamente dover ricorrere a tecniche di fecondazione assistita.

TAKE-HOME MESSAGE

L'obesità è una patologia la cui frequenza è in crescita a livello globale.

Contribuisce alla genesi dell'infertilità maschile e femminile con multipli meccanismi patogenetici.

Nell'uomo induce uno stato di ipogonadismo ipogonadotropo e uno stato di stress ossidativo che impattano sulla spermatogenesi.

Nella donna altera la funzione ovarica tramite l'insulino-resistenza che induce una cronica anovulatorietà nella PCOS.

La terapia dell'obesità permette di migliorare gli outcome riproduttivi maschili e femminili.

Gestione del paziente con emicrania: nuovi approcci terapeutici

Piero Barbanti

Responsabile Centro diagnosi e terapia della cefalea e del dolore, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma.

L'emicrania è la malattia più disabilitante del genere umano al di sotto dei 50 anni di età. Mentre il trattamento sintomatico acuto dell'attacco dispone da oramai quasi 30 anni di farmaci adeguati, noti come triptani, la terapia preventiva si è avvalsa finora solo di farmaci mutuati da altre patologie. Infatti, dopo l'uso della metisergide iniziato circa 60 anni fa, sono stati impiegati a tale scopo soprattutto beta-bloccanti, antidepressivi, calcio-antagonisti ed antiepilettici. Si tratta di categorie farmacologiche gravate da diversi eventi avversi e ciò è stato responsabile della frequente interruzione dei trattamenti di prevenzione dell'emicrania. La situazione è mutata con la scoperta - a partire dalla fine degli anni '80 - di un piccolo peptide chiamato CGRP (peptide correlato al gene della calcitonina) che svolge un ruolo chiave nella genesi dell'attacco emicranico. Il CGRP è in fatti in grado di dilatare ed infiammare i vasi meningei, di attivare i mastociti e di potenziare la trasmissione centrale del dolore. Pertanto, i ricercatori hanno iniziato a focalizzare il proprio interesse su tale molecola, bloccandone gli effetti. Inizialmente sono state sintetizzate piccole molecole antagoniste del recettore del CGRP chiamate gepanti, tuttavia essendo a metabolismo epatico, il loro sviluppo è stato per alcuni anni interrotto per la comparsa di casi di tossicità epatica. Attualmente questo filone è stato ripreso ed è in avanzato stato di sperimentazione clinica con rimegepant, ubrogepant e atogepant. Sono inoltre stati sintetizzati 4 anticorpi monoclonali (mAb) diretti contro il CGRP (framanezumab, galcanezumab, eptinezumab) o contro il suo recettore (erenumab). Erenumab è l'unico mAb interamente umano. Gli mAb vengono somministrati per via sc, ad esclusione di eptinezumab che necessita di somministrazione ev. La somministrazione avviene su base mensile; tuttavia per fremanezumab è prevista la possibilità di somministrazione di una dose maggiore ogni 3 mesi. Gli mAb anti CGRP sono stati studiati in studi randomizzati controllati su oltre 7000 pazienti, dimostrando una rapida efficacia ed una eccellente tollerabilità e sicurezza. Inoltre, si è evidenziata una percentuale di soggetti iperresponsivi a tali trattamenti, in grado di ridurre la frequenza dei loro attacchi di >75% o addirittura del 100%. Tali farmaci si dimostrano efficaci anche in soggetti con iperuso di analgesici, depressione ed in coloro che avevano avuto nel passato fallimenti terapeutici.

Profilo di rischio cardiovascolare: come influiscono i fattori psicosociali

Maria Grazia Modena

Professore ordinario di Cardiologia UniMORE, Centro PASCIA, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena.

Elisa Lodi

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Omar Stefani

AOU Policlinico di Modena

Letizia Reggianini

AOU Policlinico di Modena

Giuseppe Fantini

AOU Policlinico di Modena

Nella popolazione giovanile i tradizionali fattori di rischio (FR) cardiovascolare sono raramente presenti, manifestandosi in età adulta in relazione a familiarità e abitudini di vita. Su queste ultime, nei giovani, stanno emergendo i FR psicosociali. Al Centro PASCIA della nostra Azienda Ospedaliera Universitaria hanno accesso bambini e adolescenti con patologie neuro-psichiatriche, dello spettro autistico e con disturbi alimentari che necessitano di approfondimenti cardiologici. I più frequenti FR psicosociali sono ansia e depressione, solitudine (condizione soggettiva) e isolamento sociale (condizione oggettiva). I nuovi FR possono essere, da un lato, connessi al disturbo neuro-psichiatrico di base, dall'altro, e questo oggi vale per gran parte della popolazione giovanile italiana, dalla trasformazione della società dovuta a internet in tutte le sue espressioni ed applicazioni. La solitudine e l'isolamento sociale derivano da questa rivoluzione epocale, mentre ansia e depressione, a volte anche aggressività, sono veri e propri disagi causati dall'utilizzo eccessivo di internet, che diventa, per molti, una vera dipendenza. I FR psicosociali aumentano il profilo di rischio cardiovascolare attraverso un meccanismo comune, che scatta con l'aumento del cortisolo mattutino, potente ormone dello stress, dovuto a un sonno ridotto o frammentato, all'isolamento e all'ansia. Il cortisolo nel tempo riduce le difese immunitarie, aumenta la pressione arteriosa, induce il processo infiammatorio, stimola l'appetito, interferendo nei disturbi alimentari, che, sommati alla sedentarietà, all'abbandono dello sport o della semplice attività fisica, predispone a obesità e diabete. Gli schemi che seguono riassumono i principali meccanismi biologici e comportamentali, alla base del meccanismo d'azione dei FR psicosociali, e il loro potenziale ruolo ad aumentare nel tempo il profilo di rischio cardiovascolare globale. Si tratta degli stessi meccanismi biologici in grado di innescare gli eventi cardiovascolari.

I potenziali meccanismi biologici sono:

- innalzamento dei livelli di cortisolo plasmatico
- innalzamento dell'attività piastrinica
- innalzamento del livello di catecolamine
- innalzamento del contenuto ematico di serotonina
- innescamento di un processo infiammatorio
- abbassamento dei livelli di acidi grassi omega 3
- ischemia indotta da stress mentale

I potenziali meccanismi comportamentali accompagnati a quelli biologici sono:

- alimentazione: junk food o diete ispirate da Dr. Google
- sedentarietà
- stile di vita non salutare
- obesità
- fumo e stupefacenti

TAKE-HOME MESSAGE

La cultura medica tradizionale sta subendo una rapida evoluzione, legata all'innarrestabile sviluppo delle tecnologie, che migliorano le attitudini, ma che stanno creando un tessuto sociale vittima di internet. Questo colpisce soprattutto i giovani, favorendo solitudine e isolamento sociale, la base per la slatentizzazione nei soggetti "fragili" di ansia e depressione. Assieme allo stress, questi sono i nuovi fattori di rischio cardiovascolare "psicosociali". Tali fattori, sommati a quelli comportamentali ed ereditari, devono allarmare poiché le nuove generazioni adulte saranno gravate da un rischio globale aumentato. Perciò la prevenzione primaria dovrà affrontare sfide ancora maggiori di quella attuale.

Bibliografia

- Intimate Partner Violence perpetration and cardiovascular risk: A systematic review. O'Neil A, Scovelle AJ. *Prev Med Rep.* 2018 Jan 31; 10:15-19.
- Associations of adversity in childhood and risk factors for cardiovascular disease in mid-adulthood. Anderson EL, Fraser A, Caleyachetty R et al. *Child Abuse Negl.* 2018 Feb;76:138-148.
- Different cardiovascular risk factors and psychosocial burden in symptomatic women with and without obstructive coronary artery disease. Konst RE, Elias-Smale SE, Lier A, Maas A et al. *Eur J Prev Cardiol.* 2019 Apr; 26(6): 657–659.
- Psychosocial Factors in Diabetes and Cardiovascular Risk. Hackett RA, Steptoe A. *Curr Cardiol Rep* (2016) 18: 95.
- Independent effects of early-life experience and trait aggression on cardiovascular function. Rana A, Pugh PC, Katz E, Kerman I et al. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2016 Aug 1; 311(2): R272– R286.

Gravidanza e malattie reumatiche autoimmuni

Angela Tincani

Professore Ordinario di Reumatologia, Università degli Studi di Brescia e Direttore U.O.C. di Reumatologia e Immunologia Clinica, ASST-Spedali Civili, Brescia.

Le malattie reumatiche colpiscono prevalentemente le donne e possono esordire anche in giovane età. Dato che l'approccio terapeutico moderno ha migliorato sensibilmente la loro qualità di vita, molte di queste pazienti desiderano anche pensare al loro futuro in termini di realizzazione di una famiglia.

Questo atteggiamento ha portato ad una rivoluzione copernicana. Infatti, fino a 20 anni fa la maggior parte degli specialisti sconsigliavano vivamente a queste pazienti di avere figli, in particolare a quelle che soffrivano di malattie autoimmuni sistemiche. Venivano infatti segnalate durante la gestazione, gravi riacutizzazioni di malattia che implicavano, oltre ad esiti infausti, un aumento della mortalità materna. Possiamo quindi dire che si poneva la malattia al centro e la vita della donna era a questa condizionata.

Oggi i desideri delle donne sono al centro e tutto, inclusa la malattia, gira intorno a questo concetto. In effetti oggi le donne con malattia reumatiche possono avere figli e lo dimostra la corrente abbondante letteratura e soprattutto la esistenza in Italia, Francia, Svizzera, Germania, Norvegia, etc. di registri nazionali che includono le donne con malattie reumatiche in gravidanza.

Il cambiamento è stato possibile quando, con pazienza e con l'aiuto degli ostetrici/ginecologi, è stato introdotto il concetto che la paziente durante la gestazione può e deve essere seguita e curata per la sua malattia senza trascurare, anzi enfatizzando, la necessità di un follow-up ostetrico ginecologico della gravidanza che viene tecnicamente classificata come "a rischio".

Bibliografia

- Andreoli L, Lazzaroni MG, Carini C, Dall'Ara F, Nalli C, Reggia R, et al. "Disease knowledge index" and perspectives on reproductive issues: A nationwide study on 398 women with autoimmune rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*. 2018 Dec 21. pii: S1297-319X(18)30257-4.
- Götestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A, Fischer-Betz R, Elefant E, Chambers C et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 2016 May; 75 (5): 795-810.
- Tincani A, Nalli C, Khizroeva J, Bitsadze V, Lojacono A, Andreoli L, Shoenfeld Y, Makatsariya A. Autoimmune diseases and pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2019 Sep 11:101322.

Sclerosi multipla: nuove terapie e qualità della vita

Alessandra Protti

Centro Sclerosi Multipla Dipartimento di Neuroscienze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano.

La Sclerosi Multipla (SM) è una malattia demielinizzante del Sistema Nervoso Centrale con componente infiammatoria e degenerativa, che esordisce prevalentemente nei giovani (tra i 20 e i 40 anni) e con maggior incidenza nelle donne, che risultano colpite 2-3 volte in più rispetto agli uomini. Per frequenza è la seconda malattia neurologica nel giovane adulto e la prima di tipo infiammatorio cronico.

L'età alla diagnosi è strategica nella progettazione della propria vita lavorativa e familiare, compreso il progetto di genitorialità.

Affrontare la Sclerosi Multipla con determinazione significa innanzitutto iniziare una terapia precoce con i farmaci a disposizione, per non lasciare spazio alla malattia che può creare danno alle fibre nervose e al loro rivestimento mielinico (time is brain).

Significa inoltre aderenza alle terapie che la persona con SM ha scelto insieme a chi la segue. La malattia è caratterizzata da variabilità clinica ed in questi anni molta ricerca si è sviluppata per definirne con affidabilità e tempestività i criteri diagnostici e prognostici. Le opzioni terapeutiche sono aumentate considerevolmente negli ultimi 20 anni, e, pur ancora senza una risoluzione definitiva della malattia, permettono di avere un impatto favorevole sulla evoluzione clinica e di perseguire l'obiettivo di raggiungere la condizione di NEDA (nessuna evidenza di attività della malattia).

Le diverse terapie, in base al meccanismo d'azione, si differenziano per efficacia, ma anche per sicurezza, con rischio di effetti collaterali ed eventi avversi anche molto gravi, per tollerabilità, frequenza e intensità dei monitoraggi necessari.

Un altro importante aspetto da considerare nella scelta farmacologica è correlato alla gestione della gravidanza.

Le moderne strategie terapeutiche per modificare il decorso di malattia sono sempre più orientate verso la personalizzazione della cura, in considerazione della variabilità della Sclerosi Multipla e delle caratteristiche specifiche della singola persona.

Oltre alle terapie immunomodulanti introdotte inizialmente, si può optare ora per terapie immunosoppressive di mantenimento (somministrate continuativamente) o per terapie di induzione (immunoricostituzione, somministrate per breve periodo, ma con effetto duraturo).

Collateralmente varie terapie sintomatiche, il supporto psicologico e l'attività fisica sono state dimostrate di estrema rilevanza nel migliorare la qualità di vita della persona con SM.

Vari studi hanno valorizzato la qualità di vita delle persone con SM considerando l'impatto della malattia sul benessere complessivo (Health Related Quality of Life -HRQoL) e sono stati inseriti strumenti che misurano tra gli outcomes questa dimensione nella stima dell'efficacia dei trattamenti farmacologici e degli interventi sanitari, nelle valutazioni costo-utilità.

La complessità dello scenario terapeutico in evoluzione in questi anni ha dato un notevole impulso allo sforzo di dare valore alla prospettiva delle persone nella ricerca e nell'assistenza sanitaria per la SM. I "Patient Reported Outcomes (PROs)" sono strumenti scientifici che riflettono la prospettiva e l'esperienza delle persone con SM in relazione al loro trattamento o condizione di malattia e danno valore e qualità all'informazione che viene dalle persone stesse. L'iniziativa di sviluppare "PROs for MS" condivisi e validati mira a dare valore alla "voce del paziente" con un approccio multistakeholder.

Medicina estetica e culto del corpo

Accettazione della propria immagine in una società in cambiamento

Giuseppe Polipo

Presidente AIPE, Associazione Italiana Psicologia Estetica.

L'immagine del corpo sembra rappresentare la perfetta metafora dell'essere umano "naturale". A differenza dello schema corporeo, che è prevalentemente un dato biologico è, però il risultato della complessa proiezione sul piano psichico di fantasie, paure, desideri, aspettative. È quindi, in larga parte, una costruzione autopoietica plasmata socialmente (palestra, danza, abbigliamento, igiene, alimentazione, cure cosmetiche ed estetiche, moda) utile per sancire valori, status, sensibilità, appartenenze. Il modo in cui ci si presenta agli altri esprime, dunque, una continua domanda (continuamente mascherata o rivelata) di gratificazione, accettazione, relazioni e ha il compito di facilitare e mediare i rapporti sociali. Giornali e Tv ci dicono cosa vestire e come mostrarci, indipendentemente da ciò che si ha singolarmente bisogno di esprimere, ma in questo modo si alimenta troppo spesso il mito di una bellezza standard ideale che serve solo a creare ansia, competizione, insoddisfazioni. Si dimentica infatti che l'identità sociale e il benessere si sviluppano armonicamente solo in una integrazione psicoaffettiva che presuppone la capacità di comunicare in modo effettivo ed efficace i propri bisogni e una forte attenzione alle relazioni. Se offrire il corpo alla vista degli altri rappresenta l'essenza stessa dell'esistere è anche vero che il modo in cui ci si presenta può diventare un importante strumento di regolazione emozionale e di acquisizione di abilità espressive e relazionali.

Gli standard di bellezza sono arbitrari, e forme, colori, atteggiamenti, stili, suggeriti dai media hanno bisogno di diventare una comunicazione viva ed emozionale, e non modelli concettuali da imitare passivamente. Lo sguardo sul corpo, dunque, non è mai innocente o obiettivo ed è per questo necessario educare sin dall'adolescenza a ciò che si può definire come un corpo 'abitato', dotato di un'intelligenza estetica che trova nella centralità di una mente educata al benessere e alla consapevolezza, la mediazione tra l'espressione dei propri bisogni/desideri e l'allineamento alla realtà esterna.

Piercing e tatuaggi: quali rischi per la salute

Marcello Monti

Dermatologo e Professore di Dermatologia, Milano.

Piercing e tatuaggi fanno parte dell'adornamento o decorazione del corpo, pratica antica ma che recentemente ha coinvolto vasta parte della popolazione compresa quella adolescenziale.

Sia piercing sia tattoo prevedono alterazioni dell'integrità dell'organo cute e come tali hanno effetti collaterali indesiderati che è bene conoscere, prevenire o curare.

Nel Piercing gli effetti collaterali avversi sono principalmente di tipo infettivo, allergico ed iper-reattivo. La prevenzione di questi effetti non è semplice ed è spesso legata alla sede anatomica del piercing stesso.

Nel tattoo invece la situazione è più complicata e ancora non sufficientemente studiata. Il pigmento inoculato nel derma porta con sé effetti tossici legati alle impurità del pigmento, ed effetti lesivi da accumulo come per i metalli pesanti; inoltre le afferenze linfonodali vanno in sofferenza per la presenza del pigmento non metabolizzabile. In più questi decori portano spesso al pentimento e quindi alla richiesta di cancellazione. Mentre un piercing può essere facilmente rimosso e il danno residuo è al massimo una cicatrice, per i tattoo la rimozione significa un danno cutaneo permanente ed un aumento del rischio di tossicità sistemica.

Per questi motivi è auspicabile una maggiore informazione, sopra tutto per le categorie più fragili, su cosa comporti di negativo il decoro del corpo con piercing e tattoo.

TAKE-HOME MESSAGE

Piercing e tattoo sono attraenti metodi di decorazione del corpo ma portano con sé rischi per la salute, rischi che vanno conosciuti e soppesati prima di eseguire una di queste pratiche.

Medicina Estetica: le richieste dei giovani

Alberto Massirone

Presidente Agorà - AMIEST Società Scientifica Italiana di Medicina ad Indirizzo Estetico.

Sulla scorta del diktat “apparire impeccabili” che attualmente si sta diffondendo tra i giovani e i giovanissimi, vengono esaminate le nuove tendenze che sembrano spingerli sempre più a richiedere interventi precoci e migliorativi, per assomigliare all’immagine, distorta, di sé data dai filtri social. Compito del vero professionista è di non perdere mai di vista la giusta direzione, l’etica e la sicurezza, sensibilizzando i giovani che i dismorfismi legati ai selfie non sono reali. Partendo da caratteristiche somatiche specifiche rapportate ai desiderata verranno proposti e valutate varie metodiche per una corretta e bilanciata armonia.

Contrastando il fenomeno del troppo e del fai da te, il primario obiettivo è affermare la consapevolezza di una medicina estetica legata all’armonia delle forme senza perseguire falsi obiettivi: si interviene su una problematica reale, rilevata da un professionista competente e in grado di comprendere il livello reale di sofferenza del paziente. La finalità della Medicina Estetica è dunque preventiva per correggere/intervenire ora sugli inestetismi di domani.

Chirurgia estetica e nuove tendenze giovanili

Marco Klinger

Responsabile U.O. Chirurgia Plastica, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad una maggiore attenzione all'aspetto fisico, soprattutto nel mondo dei giovani. Tra i vari connotati e/o malformazioni corporee su cui ci si concentra maggiormente si annoverano la forma del naso, le orecchie a sventola, il volume e la forma delle mammelle, le varie forme di ginecomastia, i possibili esiti dell'acne, le cicatrici, la cellulite e le adiposità localizzate. Come è ben noto tali difetti possono essere corretti mediante interventi chirurgici. Il compito del buon chirurgo plastico non consiste nel promuovere in maniera indiscriminata trattamenti chirurgici, ma nel saper selezionare il trattamento migliore in base al tipo di paziente (necessità di intervento, aspettative realistiche, maturità del paziente).

TAKE-HOME MESSAGE

La chirurgia plastica è un ottimo strumento per poter correggere anomalie o disproporzioni dell'aspetto fisico, ma è fondamentale che il paziente si rivolga ad esperti nel settore e che sia pienamente consapevole dei rischi e benefici del sottoporsi a tali interventi.

Doping amatoriale: i pericoli per la salute

Ilaria Palmi

Ricercatore presso il Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità.

Il doping, definito come “uso di sostanze o adozione di pratiche mediche non giustificati da condizioni patologiche, finalizzati al miglioramento della prestazione agonistica” rappresenta un problema riguardante non solo l’etica sportiva, ma anche e soprattutto la salute pubblica.

I principi farmacologicamente attivi utilizzati a scopo di doping sono (nella quasi totalità dei casi) farmaci messi a punto per la cura di determinate patologie ma utilizzati impropriamente in individui “sani”. I farmaci producono benefici in presenza di una patologia ma tali benefici possono essere accompagnati da effetti indesiderati: per questo motivo, la loro assunzione prevede sempre la valutazione da parte del medico del rischio/beneficio derivante dal loro utilizzo. Così, solo il recupero della salute può giustificare il loro impiego.

Nonostante gli sforzi compiuti dalle autorità competenti in materia di doping, il fenomeno sembra essere quanto mai diffuso, soprattutto tra gli atleti amatoriali e non professionisti. La legge 376/00 affida alla Sezione per la Vigilanza sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (SVD) del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute, sia compiti di natura formativa/informativa che compiti di natura più strettamente “repressiva” del fenomeno (controlli antidoping sui praticanti attività sportiva). In tale contesto, l’Istituto Superiore di Sanità (ISS), su mandato della stessa SVD, redige annualmente un rapporto informativo (il Reporting System Doping-Antidoping) nel quale si riportano dati e informazioni relativi ai risultati dei controlli antidoping effettuati dalla Sezione su atleti amatoriali o non professionisti. L’elaborazione dei dati raccolti nel 2018 mostra come il 2,2% degli atleti sottoposti a controllo antidoping sia risultato positivo ad una o più sostanze vietate.

Un altro problema da non sottovalutare è quello relativo alla “medicalizzazione” dello sportivo, ovvero all’uso, spesso non giustificato da condizioni patologiche, di farmaci e/o integratori non vietati per doping. Nell’anno 2018, il 70,2% degli atleti sottoposti a controllo antidoping dalla SVD ha dichiarato l’uso di questi prodotti non vietati nel corso dell’ultima settimana antecedente il controllo. Indagini analitiche condotte dall’ISS su integratori alimentari acquistati on-line su canali poco sicuri, hanno mostrato come alcuni di essi contenessero sostanze (quali anabolizzanti) non dichiarate in etichetta e vietate per doping.

TAKE-HOME MESSAGE

Il doping nello sport non rappresenta solamente un problema relativo all’etica sportiva, ma anche (e soprattutto) un problema relativo alla salute degli atleti, i quali con l’obiettivo di raggiungere ambiziosi traguardi sportivi, fanno uso di sostanze che di fatto mettono a severo rischio la loro integrità fisica.

Salute delle popolazioni migran- ti

Criticità nell'accesso ai servizi sanitari

Raffaella Michieli

Segretaria Nazionale SIMG, Società Italiana di Medicina Generale.

Claudia Zerbinati

Medico di medicina generale, SIMG.

A fine 2017 gli stranieri residenti in Italia sono 5.144.000 e costituiscono l'8,5% della popolazione totale. 2 su 3 hanno un permesso di soggiorno di durata illimitata. La popolazione è a leggera prevalenza femminile (54%). La provenienza è da circa 200 diversi paesi del mondo, ma le comunità più numerose sono costituite dai romeni, seguiti dagli albanesi e dai marocchini. L'età media della popolazione residente è di 34,2 anni. Due terzi degli occupati stranieri svolgono professioni poco qualificate pur essendo per più di un terzo sovraistruiti per la professione svolta. Il 58% delle donne proviene da un paese europeo.

Una volta stanziali, le donne ucraine, polacche, russe e moldave tendono a formare una famiglia con partner italiani mentre le donne di origine africana e asiatica prediligono compagni connazionali. La natalità delle donne straniere è di 1,97% contro l'1,26 delle italiane. La maggior parte delle giovani donne purtroppo non è inserita in percorsi formativi né lavorativi e ciò determina una conseguenza negativa sulle loro condizioni di salute. La percentuale di donne straniere che subisce violenza è simile a quella delle italiane (31%), ma con la differenza che vi è tra loro una maggiore consapevolezza e più elevati livelli di denuncia e di richiesta di aiuto. Le condizioni di salute degli stranieri sono molto buone: al di sotto dei 65 anni, 9 su 10 non ha alcuna patologia cronica. In età più avanzate abbiamo minori dati perché grazie all'effetto salmone, gli stranieri spesso rientrano nei paesi di origine.

La percezione di buona salute diminuisce con l'aumento dell'età e con il basso livello di istruzione. Per quanto riguarda gli stili di vita, la prevalenza di alcol e fumo sono sovrapponibili. Vi è tendenzialmente un tasso maggiore di obesità tra le donne con l'aumentare dell'età. Il 20% degli stranieri ha dichiarato di aver svolto una visita medica nelle 4 settimane precedenti all'intervista, la maggior parte donne, meno frequente nelle cinesi e indiane. In genere svolgono più visite presso il generalista ed il pediatra, a parte l'accesso agli specialisti ginecologi ed ai consultori, riservati alle donne. Non si sono mai rivolti ai medici il 16% delle donne e l'11% degli uomini. Questo dato potrebbe giustificare anche l'aumento del numero delle visite al p.s. al quale si rivolgono soprattutto gli stranieri di origine africana. Le principali criticità nell'accesso ai servizi sanitari sono relative alle difficoltà linguistiche, alle difficoltà a svolgere pratiche amministrative, ed alle difficoltà di orario legate al lavoro ed al fatto che fino al 35% delle donne faticano ad esprimersi ed a comprendere e quindi hanno bisogno della presenza del marito.

Promozione della salute a 360°: ruolo dei consultori

Giuliana Mioli

Psicologo Responsabile di Unità Operativa Semplice, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano.

Il Consultorio Familiare è un presidio multi-professionale di prevenzione e assistenza sanitaria-psicologica-sociale all'individuo, alla coppia e alla famiglia nelle diverse fasi della vita, a partire dall'infanzia. La legge del 29 luglio 1975, n. 405 che istituì i consultori familiari e la Legge del 19 febbraio 2004, n. 40 in materia di procreazione medicalmente assistita, stabiliscono che il "servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità" ha come scopo:

- l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
- la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e da singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere oppure a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso;
- l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e dell'infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare (in collaborazione con il Comune).

Esempi di Servizi erogati: informazioni e consulenze per la procreazione responsabile; prescrizione contraccettivi orali, formazione per i contraccettivi di barriera e applicazione contraccettivi meccanici; colloqui con giovani e adolescenti individuali e di gruppo rispetto alle problematiche emergenti, diagnosi precoce dei tumori genitali femminili; consulenza psicologica e sessuologica individuale e di coppia; visite in gravidanza a basso rischio ostetrico; consulenze sull'interruzione volontaria di gravidanza e rilascio del certificato dopo aver affrontato con la donna e il partner (quest'ultimo su richiesta dalla donna), le cause che la portano a richiedere l'interruzione; corsi di preparazione alla nascita; supporto all'allattamento materno; identificazione e supporto psicologico e sociale dei disagi individuali e di coppia.

Percorso nascita, un'opportunità per promuovere la salute

Antonella Cinotti

Presidente Ordine della Professione di Ostetrica Interprovinciale di Firenze, Prato, Arezzo, Grosseto, Siena, Lucca, Pistoia.

Sul portale Epicentro di epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità, sono pubblicati gli aggiornamenti del 19/9/2019 sui dati del certificato di assistenza al parto (Cedap) del 2016. Questi dati rappresentano la più ampia e articolata fonte informativa disponibile sull'evento nascita a livello nazionale e raccoglie informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e sociodemografico per ogni donna che partorisce nel Paese.

In Italia il 21% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana, percentuale più elevata al Centro-Nord (oltre il 25%) e in particolare in Emilia-Romagna e Lombardia (32%). Africa e Unione europea sono le aree geografiche di provenienza più rappresentate (rispettivamente 25,9% e 25,4%), seguite da Asia (18,6%) e Sud America (7,6%).

L'età media della madre al momento del parto è 32,8 anni per le italiane e 30,2 anni per le cittadine straniere; l'età media al primo figlio è superiore a 31 anni per le donne italiane e 28,3 anni per le straniere.

- La totalità delle donne migranti, nel corso di una gravidanza, entra in contatto con i servizi assistenziali dell'area materno infantile e ciò rappresenta una condizione essenziale per il miglioramento degli esiti materni e neonatali.

- La gravidanza rappresenta un momento particolare, in cui la donna ha una maggiore disponibilità ad integrarsi, adottando anche stili di vita più utili alla promozione della salute materna e neonatale.

- Il Sistema sanitario nazionale prevede servizi assistenziali di tipo integrato e multidisciplinare dedicati alla famiglia, rappresentati dai consultori familiari distribuiti su tutto il territorio nazionale.

- L'accesso delle donne migranti ai percorsi nascita favorisce i contatti con i servizi assistenziali dell'area materno infantile anche nel periodo del post partum, con implicazioni importanti in termini di salute pubblica, ad iniziare dal controllo del puerperio, dell'allattamento al seno, della cura del bambino, dell'identificazione del pediatra di libera scelta (Pls), dell'adempimento delle vaccinazioni, della contraccezione e dell'espletamento dei diversi iter di legge.

- Il principio dell'empowerment, rappresenta una competenza applicabile e replicabile in culture e contesti diversi.

- Questi interventi possono permettere di massimizzare i risultati in termini di promozione e salvaguardia della salute delle donne, dei loro figli, della famiglia e in senso più ampio della comunità con un impiego di risorse limitato.

Salute e credenze religiose

Walter Malorni

Esperto, Istituto Superiore di Sanità e Università di Roma Tor Vergata.

Claudio Giovannini, Mario Patrizio, Maria Teresa Pagano, Cinzia La Rocca
Istituto Superiore di Sanità, Roma.

La Legge Delega 3/2018 ed il relativo Piano sanitario assegnano al Centro di riferimento per la Medicina di Genere (MEGE) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il compito di promuovere la Medicina di Genere su tutto il territorio nazionale. Ciò vuol dire sviluppare una medicina genere-specifica in termini di ricerca, percorsi clinici, formazione e comunicazione. Una delle azioni importanti individuate dal MEGE è quella di intervenire sulle barriere riguardanti l'appartenenza di genere che limitano l'accesso ai servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ad una parte consistente della popolazione dei residenti stranieri in Italia. Questi sono circa cinque milioni e provengono da oltre 180 Paesi diversi e appartengono a molte religioni diverse, con molteplici problematiche relative all'interazione tra confessione religiosa e salute. Lo scopo di questa progettualità è rappresentato dalla individuazione delle criticità limitanti l'accesso ai servizi del SSN per questa popolazione e allo stesso tempo l'identificazione delle maggiori criticità per gli operatori del SSN. Alcune criticità paradigmatiche sono già note: oltre alle barriere linguistiche può verificarsi che, per motivi culturali e religiosi, sia il marito della paziente, e non essa stessa, a dover riferire al medico i sintomi percepiti, che si rifiutino i soccorsi, anche in situazioni di estrema necessità, per l'assenza di personale sanitario appartenente allo stesso sesso oppure che gli uomini non vogliano richiedere assistenza in caso di malattia perché considerata una debolezza rispetto al ruolo che il proprio genere occupa nel gruppo sociale. Verranno a breve sviluppati sia adeguati interventi di "censimento" delle problematiche per gli operatori sanitari e per i residenti stranieri sia specifiche attività di educazione sanitaria che coinvolgono tutti gli appartenenti alle singole comunità religiose in particolar modo i bambini e i ragazzi di entrambi i sessi che frequentano le scuole dell'obbligo, elementare e media, e le loro famiglie. Lo scopo finale è di certo la lotta contro le disuguaglianze ma anche l'individuazione delle maggiori criticità per i medici e gli operatori del SSN.

TAKE-HOME MESSAGE

È importante individuare le criticità limitanti l'accesso ai servizi del SSN dei residenti delle differenti confessioni religiose, con particolare attenzione alle differenze di genere.

È necessario pianificare interventi di informazione e formazione per gli operatori del SSN su questi temi.

Informare, attraverso l'utilizzazione di diversi mezzi divulgativi, le singole comunità religiose per favorire l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura offerte dal SSN, con particolare attenzione alle disparità di genere. Sviluppare adeguati interventi di educazione sanitaria (inclusi stili di vita) per i bambini e i ragazzi che frequentano le scuole dell'obbligo, elementare e media, e le loro famiglie.