

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

"CI RACCONTIAMO"

- XI / 2021 -

A cura di

Maria Zamparella

*Redazione: Emanuela Angela Castoro et *al, Eugenio Corrado et *al, Lorena De Bari et *al, Giuseppe De Fini et *al, Silvia Giombini et *al, Nicola Laera et *al, Maharez Mailla et *al, Francesco Moramarco et *al, Moretti Grazia et *al, Irene Parchitelli et *al, Claudia Parisi et *al, Francesca Sannino et *al, Rosa Scanniffio et *al, Persia Simona et *al, Teresa Tricarico et *al, Vita Verzilli et *al*

*MMG in Formazione Specifica polo San Paolo Triennio 2019-2022

*MMG in Formazione Specifica polo Molfetta Triennio 2019-2022

*MMG in Formazione Specifica polo Di Venere Triennio 2019-2022

Gli OBIETTIVI

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

I lavori presentati al WONCA
Berlino 2020



Abstract ID: 872

Abstract Title: Infectious diseases and vaccines, the audit as a tool for vaccination strategy in primary care

Infectious diseases and vaccines, the audit as a tool for vaccination strategy in primary care

M. Zamparella, N. Calabrese, F. Anelli et al*

Background All the RCTs show that pneumococcal vaccination in healthy subjects reduces the incidence of MIP by 74% and that of pneumonias by 28%. The economic and social costs of pneumococcal infections are high. The Herpes Zoster vaccine significantly reduces: cases of Herpes zoster and postherpetic neuralgia, pain and severity of the disease. In the ZEST study, the vaccine reduced the risk of developing the disease by 70% compared to placebo. Current

Ci siamo!!! Riprendiamo!!!

L'anno 2020, da poco salutato e definito in modo planetario "horrible year" ci ha lasciato tanti "segni" e "sintomi" che possiamo usare come insegnamenti per:

- potenziare e riorganizzare il SSN e soprattutto le Cure primarie;
- essere competenti all'approccio e gestione delle pandemie;
- saperCI proteggere, uso dei DPI;
- essere sempre più competenti negli aspetti relazionali e di comunicazione con il paziente;
- ridefinire il paziente/malato con tutti gli aspetti biopsicosociali mutati dal lockdown, nell'era post-COVID-19.

Finalmente il Triennio di Formazione Specifica della Medicina Generale, bloccato dalla pandemia COVID-19 è "partito", a fine settembre 2020, con estremo ritardo ma, con l'orgoglio e l'entusiasmo di iniziare un nuovo triennio proficuo e laborioso di idee e progetti nonostante le difficoltà degli aspetti organizzativi che l'era pandemica ci impone soprattutto nelle relazionali con una didattica resasi "Virtuale".

Anche il nostro giornale tutto virtuale sta riprendo con i lavori, abbiamo la XI edizione del "Giornale di Ricerca in Medicina Generale".

Vengono riportati, come in ogni edizione, nell'area una finestra sui nostri lavori, quelli pubblicati e presentati all'annuale conference del Wonca che per l'anno 2020 ha avuto la sede "Virtuale" di Berlino.

antiviral therapies are poorly effective and not without side effects. In Italy the Pnpv 2017-2019 and its vaccination schedule, recommend for adults at risk and/or over 65 yo never vaccinated against pneumococcus, or whose vaccine history is not known, a dose of Pcv13, followed by a dose of Ppsv23, 6-12 months apart (minimum 8 weeks) and Herpes zoster vaccination in ≥ 65 and ≥ 50 yo at risk (diabetes mellitus, cardiovascular diseases, BPCO, immunosuppressive therapy).

Purpose Our study had the objective of improving the MMG knowledge in the vaccination and infectious field, through a training and Audit course, structuring workgroups using computerized data collection (using adequate IT tools capable of measuring the indicators in real time and in an anonymized form - pseudo-domination), the percentage of vaccination coverage in elderly and adult patients with risk factors was evaluated, especially for the prevention of Public Health.

Materials and methods Duration of the study: June 2018 - September 2019. Six MMG working groups of the ASL BA (2 Northern Bari, 2 Southern Bari and 2 from Bari) were structured with 2 Tutors each. 46 MMG who participated in the study, who took part in an integrated training course with specialists (6 ECM events, with hygienists and infectivologists), data analysis, measurement and comparison of their vaccination activity (Self Audit and clinical

Il gruppo di ricerca, da me coordinato e strutturato dal 2014 nel CFSMG dell'Ordine dei Medici della provincia di Bari, ha per questo Triennio una strutturazione divisa nei tre Poli didattici con l'obiettivo di sensibilizzare alla ricerca in medicina generale sempre più colleghi in formazione specifica.

Il coinvolgimento attivo dei futuri MMG in formazione Specifica, permette loro una crescita professionale in Cure Primarie, poiché forma il futuro MMG alla raccolta dei dati, al Self Audit ed all'Audit clinico con il confronto tra pari, attraverso il lavoro di gruppo e la partecipazione a progetti consentendo, nella pratica clinica quotidiana, una migliore gestione delle varie patologie

“Continuiamo a raccontarci “..... Poiché

“La ricerca soddisfa i bisogni professionali ed in tal senso la ricerca può fornire motivazioni. La ricerca è Formazione”.

María Zamparella

zamparella.maria@gmail.com



Audit). The steps: 1. Dissemination of teaching material one month before the ECM training event; 2. Update in infectious diseases related to anti-pneumococcal and anti-Herpes Zoster vaccination (scientific evidence of vaccination routes and LG-InterNational); 3. Elaboration of a Handbook of recommendations on management paths in the field of infectious diseases, vaccination and prevention in Primary Care; 4. Self-Audit and Clinical Audit, as vaccination strategy tools; 5. Evaluation of computerized data, (Netmedica Italia support for the identification of vaccineable patients and monitoring of the vaccination campaign).

Results (work in progress) Assisted 62.643, of these approximately 29% were eligible for age and pathologies to pneumococcal and/or anti-Herpes zoster vaccination; 24% are aged > 65 yo, 8.77% suffer from diabetes, 2.57% from BPCO, 8.67% from heart disease, 7.40% of the population have comorbidities (at least 2 of the aforementioned pathologies). There was an increase in the Anti-pneumococcal vaccination coverage, the beginning of the vaccination campaign for Herpes Zoster, even if, for the latter, there are still no significant evidences as, only 170pcs (0.935%) of the eligible population are vaccinated .

Conclusions/Discussion The structuring of a training course, work groups in MG and the use of computerization support, has allowed, through the tool of Self-Audit and clinical Audit, the

AGGIORNAMENTO

PET THERAPY

“La compassione e l’empatia per il più piccolo degli animali è una delle più nobili virtù che un uomo possa ricevere in dono”

Questa frase di Charles Darwin è stato il punto di partenza per una riflessione: spesso avviene il contrario, sono cioè gli animali a provare empatia per gli uomini, soprattutto quando i loro padroni soffrono, sono tristi o muoiono. Storie strappalacrime sulla fedeltà degli animali all’uomo si sentono ai tg o si leggono sui giornali continuamente, vissuti in cui l’animale sente le emozioni dell’uomo e le vive con lui.

Fin dall’antichità, gli animali da compagnia hanno sempre vissuto un importante ruolo affettivo e non di rado terapeutico. Un rapporto complesso e delicato che ha portato nel tempo a ciò che indichiamo come “Pet Therapy”.

Il termine Pet Therapy è stato coniato dallo psichiatra americano Boris Levinson, agli inizi degli anni ’60 e significa letteralmente “terapia dell’animale da affezione”. Consiste in una pratica di supporto ad altre forme di terapie che sfrutta gli effetti positivi della presenza dell’animale nella vita di una persona, nonché della relazione che si instaura tra l’animale e l’utente: bambino, anziano, malato ecc. Si stimola l’attivazione emozionale e favorisce un modo di comunicare in cui il soggetto non viene giudicato, l’animale si dona totalmente, aiuta la socializzazione, aumenta l’autostima, favorisce il relax, diminuisce il battito cardiaco, calano le ansie e le paure.

Si favorisce la piena espressione del soggetto poiché non si utilizza solo il linguaggio verbale, come avviene di solito tra le persone, ma più canali di comunicazione. Interagire con l’animale aiuta a sviluppare processi di apprendimento più rapidi, e ad imparare a prendersi cura di qualcuno diverso da sé. Tutti ne possono beneficiare bambini, anziani, persone con disabilità fisiche o disturbi psichiatrici.

Ci sono diversi gruppi di lavoro e gli animali impiegati sono diversi: quali cani, gatti, conigli, asini, cavalli ma in residenze per

measurement and analysis of data and made it possible to present the current scientific evidence on pneumococcal vaccination, the need to adhere to sequential, certain categories of patients; while the knowledge for the vaccination for Herpes Zoster allowed to stimulate the beginning of the vaccination campaign and highlighted the possibility of co-administration with PPsV23.

* Other members of the Board of Directors



(A. Arboritanza, I. Capodiferro, G. Caradonna, A. Ciaccia, T. Lombardo, V. Marzano, G. Riganti, D. Rossi, L. Santoiemma, P. Scalera, I. Scarafino, N. Stufano)



AGGIORNAMENTO

anziani possono essere utilizzati anche canarini, pesciolini ecc. Ogni animale deve essere certificato, avere requisiti sanitari, attitudini e capacità valutati da veterinari esperti di Pet Therapy. La relazione che si instaura è fondamentale, parte tutto da lì il legame che permetterà il successo del trattamento. La Pet Therapy non sostituirà la terapia farmacologica, né la psicoterapia, né la fisioterapia ma è una co-terapia, quindi aggiuntiva, che favorirà la terapia in atto facilitandola.

Gli interventi assistiti sono da tempo una realtà presso l'ospedale Niguarda di Milano e il Meyer di Firenze, così come la Delta Society in Lombardia e Antropozoa in Toscana che lavorano in questo campo da più di dieci anni. Si lavora in equipe multidisciplinare in cui rientrano psicologi, medici veterinari, educatori cinofili, etologi e medici che hanno il compito di far sì che l'intervento sia sempre mirato e specifico con monitoraggio costante.

La terapia è utilissima soprattutto nel caso in cui il paziente non dimostri collaborazione spontanea. La presenza dell'animale permette di favorire il canale di comunicazione: paziente-animale-medico, stimolando la partecipazione attiva del soggetto stesso.

Sin da epoche lontane, gli animali erano impiegati per rituali di guarigione in occasioni ludiche, sacre e religiose. In Inghilterra nel 1792 lo psicologo William Tuke esortava i pazienti malati mentali ad interagire ed a prendersi cura di piccoli animali. Ciò favoriva un migliore autocontrollo del paziente e scambio affettivo. Nel 1800 anche in Germania presso il Bethel Hospital si curavano alcuni pazienti epilettici e disabili con cani, gatti, cavalli ed altri animali. Nel 1875 in Francia, il medico Chessignè prescrisse per la prima volta l'equitazione per problemi di tipo neurologico. Nel XX secolo la Pet Therapy assunse una certa importanza perché migliorava il comportamento dei pazienti. In seguito nel 1919, dopo la fine della Prima Guerra Mondiale negli Stati Uniti, al St. Elisabeth Hospital vennero usati i cani per curare i malati di schizofrenia e depressione.

Nel 1953 con il neuropsichiatra infantile Boris Levenson si constatò soprattutto nei bambini che l'animale calmava l'ansia, trasmetteva calore e aiutava a superare ansia e depressione;

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Abstract ID: 982
Abstract Title: Non-alcoholic fatty liver disease: a benign condition or a deadly fat build-up for the liver?

THE NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE: A BENIGN CONDITION OR A DEADLY FAT BUILD-UP FOR THE LIVER?

I. Vogliacco, M. Zamparella

Background

The Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) is the most common chronic hepatic disease in Occident, ahead of viral hepatitis C and alcohol-induced liver damage.

It is the hepatic expression of the metabolic syndrome as it is combined with metabolic disorders, type 2 diabetes mellitus and hyperlipidemia.

The NAFLD (an excessive triglycerides accumulation in the liver, >5%), defined as "the wellbeing disease", has a high morbidity and mortality: 30% would evolve to NASH, 20% of which would develop cirrhosis and 30-40% of the latter would die from hepatic complications within ten years.

Purpose Evaluate the prevalence and incidence of people affected by NAFLD and/or NASH in a sample of patients with cardiometabolic diseases, within 3 MG-related clinics, and MMG's role in the overall management and early diagnosis. **Materials e Methods** 5000 patients enrolled from september 2017 to september 2018 within 3 MG-related clinics

AGGIORNAMENTO

accarezzare e coccolare il cane provocava ai bambini un piacevole contatto fisico, canale preferenziale per comunicare, stimolando creatività, curiosità e capacità d'osservazione. Levenson applicava la terapia su bambini autistici con successo e nel 1961 pubblicò il suo famoso libro: "The dog as co-therapist" e si fece cenno per la prima volta alla Pet Therapy.

Alcuni anni dopo, alcuni psichiatri americani proseguirono sui suoi studi avvallando la sua teoria. Così, si sviluppò in tutto il mondo e in Australia dove fu fondata la Delta Society fino al 2002 anno in cui venne pubblicata la carta Modena: "Carta dei valori e dei principi sulla pet relationship".

A questo lavoro parteciparono i massimi esponenti esperti in materia di relazione uomo-animale e dei diritti per salvaguardare entrambe le parti.

Nel 2005 fu pubblicato il documento del Comitato Nazionale di Bioetica: "Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani".

Tra le direttive più significative figura quella del 2007 dall'IAHAIO che ha approvato le linee guida scaturite dall'undicesima conferenza mondiale sulle interazioni uomo-animale di Tokio.

Il 25 Marzo del 2015 venne emesso l'accordo tra il governo, le regioni e le province di Trento e di Bolzano sul documento: "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali" (IAA)".

Oggi gli IAA trovano ampia applicazione in molti settori tra cui: case di riposo, ospedali, comunità di recupero, centri socioeducativi e riabilitativi, carceri, comunità per minori, scuole di ogni ordine e grado, centri di aggregazione vari, centri per persone diversamente abili e con patologie psichiatriche e in ludoteche.

Le equipe di lavoro oltre alle IAA comprendono le TAA e le EAA. Le TAA (terapie assistite con gli animali) finalizzate alla cura dei disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale sono le più mirate delle tre perché richiedono un intervento personalizzato per ogni singolo paziente, possono essere svolte individualmente o in gruppo e vanno costantemente valutati e documentati. I suoi ambiti di applicazione principali sono case riposo o centri diurni per anziani, centri diurni residenziali per persone disabili o affette da

from the ASL BA. Inclusion criteria: high blood pressure, dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus, BMI > 25 and patients with metabolic syndrome (2400 patients, 48% total). Exclusion criteria: non-metabolic liver diseases (viral, alcohol-induced, iatrogenic), presence of abdominal neoplasia and absence of inclusion criteria (2600 excluded patients, 52% total). For the included patients (1600), and with their prior consent, a novel medical pathway was programmed within a dedicated clinic (active 2/3 times a week) with a bimestrial frequency for the first six months and monthly thereafter. They were divided in four groups: **A**: patients with diabetes and metabolic syndrome (normal AST, ALT, GGT, **320** patients, **20%** of observed patients); **B**: patients with diabetes and metabolic syndrome (altered AST, ALT, GGT, normal hepatic echography, 160 patients, **10%** of observed patients); **C**: patients with normal AST, ALT, GGT but echography showing hepatic steatosis (608 patients, **38%** of observed patients); **D**: patients with altered AST, ALT, GGT and echography showing hepatic steatosis (512 patients, **32%** of observed patients). Emphasis was put on patients from groups C and D, with a definite diagnosis of NAFLD or NASH, to whom a questionnaire was submitted (composed of 10 items, to be filled following the self-compiling method) in order to obtain as much information as possible regarding their respective life-styles. **Results**
The 1120 patients (70% of

AGGIORNAMENTO

patologie psichiatriche, ospedali pediatrici, istituti riabilitativi ed educativi, integrazione ai programmi, di supporto psicologico e psicoterapeutico.

L'educazione assistita con animali (EAA), è finalizzata a promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita, relazione ed inserimento sociale delle persone in difficoltà. Sono per lo più attività di tipo educativo, ludico-ricreativo attivati con gli animali. Le EAA hanno obiettivi specifici proposti da educatori e/o insegnanti in collaborazione con professionisti del benessere degli animali.

La differenza con le AAA sta nell'utenza: queste, infatti, sono rivolte a bambini in età scolare e prescolare. Sono per questo utilizzati in ambienti quali centri scolastici, di aggregazione giovanile, ludoteche, centri socioeducativi e di aggregazione per bambini e adolescenti. In tali ambienti si potenziano le capacità espressive, l'empatia, il senso di responsabilità ed il rendimento scolastico. Le AAA possono anche non essere legate ad una terapia, non vengono influenzate dalle condizioni mediche del paziente e possono essere utilizzate anche nei centri residenziali, carceri e comunità per minori. Sono finalizzate inoltre a sviluppare competenze attraverso la cura dell'animale, ad accrescere la disponibilità relazionale e comunicativa, stimolare la maturazione e la partecipazione.

L'Italia si contraddistingue come primo paese al mondo ad aver stabilito una norma di riferimento nel contesto della mediazione uomo-animale e ad aver puntualizzato sui requisiti degli animali nella Pet Therapy. Ad esempio, non è consentito impiegare animali abbandonati o maltrattati o che non abbiano seguito un percorso di abilitazione e di socializzazione. Gli animali devono essere adulti e le femmine non gravide o in allattamento. L'équipe medica deve effettuare prima una valutazione sanitaria, assegnare un'idoneità che dovrà essere sempre monitorata. Ogni animale avrà una sua cartella clinica che dichiari l'anamnesi, lo stato sanitario, le profilassi eseguite e le eventuali terapie. Se il paziente ha situazioni di rischio, il veterinario controlla l'animale in maniera più approfondita. L'idoneità viene conseguita solo se l'animale è socievole, ha capacità di relazionarsi ed è docile.

observed patients), for the results obtained from the fibrosis evaluation test, were divided in 3 groups based on the presence or absence of fibrosis: **1. F0, (414 patients, 37% of C and D).** Follow up (GOT,GPT,GGT and echo after 6 and 12 m. and/or specialist consult) and on healthy lifestyle through motivational counseling; **2. F1 – F2, (370 patients, 33% of C and D).** Follow up (GOT, GPT, GGT and echo after 6 and 12 m., execution of non-invasive tests to evaluate fibrosis and/or specialist consult; **3. F3 – F4 (336 patients 30% of C and D).** Only 36 patients (3,25% of C and D) underwent, upon the specialist's recommendation, a biopsy, which conformed in 10% of cases an evolution towards a cirrhosis. The patients from groups **1 and 2 (784 total, 70% of C and D)** based on the specialist's indications were subdivided in two subgroups **1.a and 1.b, 2.a and 2.b.** The patients **1.a and 2.a** were given for 6 m. probiotics (*Streptococcus salovaricus* subsp, *Thermophilus*, *Bifidobacterium*, *Lactobacillus acidophilus*, *L. Rhamnosus*); after 6 and 12 m., a regression of the steatosis e of the blood chemistry tests was observed but 5% of the patients did not show any change of parameters. The patients **1.b and 2.b**, followed a strict diet, more intensive physical activity, a higher adherence to therapy for their underlying disease and food complements, notably of vitamine E, intake (excluding diabetic patients and/or patients with high cardiovascular risks or prostate

AGGIORNAMENTO

A garanzia dell'animale e per il suo rispetto, nonché benessere, vi è l'art.7 legge 201/ 2010 della Camera Europea per la protezione degli animali da terapia. I centri specializzati in TAA/EAA sono strutture con nulla osta rilasciato dall'autorità sanitaria competente del territorio e devono rispondere a dei requisiti ben precisi.

Devono prevedere almeno:

- a) accessi differenziati per i pazienti/utenti ed animali;
- b) aree di attesa per i pazienti/utenti dotati di servizi igienici;
- c) aree per l'erogazione degli interventi;
- d) locali e servizi igienici per gli operatori;
- e) locali per famigliari ed accompagnatori;
- f) aree di riposo e di igiene per gli animali;
- g) locale ad uso infermeria veterinaria;
- h) eventuali ulteriori aree o locali in base alla specificità dell'attività e della specie animale impiegata;
- i) i centri che optano per animali residenziali devono anche essere provvisti di ricoveri e aree adeguate per l'ospitalità permanente degli animali.

Sono previste fasi di progettazione in TAA, EAA e AAA in base alla prescrizione medica da parte del medico di medicina generale in collaborazione con il medico specialista, lo psicologo e lo psicoterapeuta, coinvolgimento di familiari e conviventi, verifica dell'appropriatezza della prescrizione, controindicazioni, individuazione dei componenti dell'equipe multidisciplinare, monitoraggio e valutazione del progetto.

In conclusione possiamo affermare che non esiste un'utenza particolare nell'impiego di programmi di Pet Therapy poiché le attività e le terapie assistite con gli animali trovano un ampio ambito di applicazione, soprattutto nei casi di patologia dell'infanzia e dell'adolescenza (autismo, ADHD, Sindrome di Down, ecc.), disturbi sensoriali (cecità e sordità), disturbi psicotici, disturbi psichiatrici, tossicodipendenza, immunodepressione e malattie terminali, patologie genetiche (Morbo di Alzheimer), ecc.

La Pet Therapy è inoltre indicata nei pazienti che presentano isolamento, solitudine, malinconia e nelle situazioni in cui vi è

cancer): they all improved after 6 m., both biochemical and instrumental parameters.

Conclusion This study has revealed the importance of a proper diagnosis and of a joint-management from MMG and specialist, necessary for an **appropriateness of diagnostic-therapeutic**. Only 12 patients with diagnosis of NAFLD and NASH, who changed their respective eating habits and lifestyles, obtained an improvement of all the evaluated parameters and of their overall state of health. Moreover, the study highlights the necessity to establish a **shared screening programme for patients** with risk factors to allow an early diagnosis of the **NAFLD** and of the **NASH** and of a joint-management of the NAFLD which involves more and more MMG, given its ability to intervene on the main drivers of the **disease**. The possibility to carry out an effective and shared screening for patients with risk factors has been until now frustrated by the uncertainty of the current non-invasive markers and because of the lack of unequivocal LG. Their identification will be subject to the set-up of shared large databases and biobanks, able to validate existing biomarkers and lead to the discovery of new ones.

Bibliography:

(Bedogni G et al.,2005); (Pan M. H. et al., 2014).

assenza o carenza di affetti. Questi casi si presentano soprattutto nelle case di riposo, prigioni, nei riformatori, negli ospedali, in situazioni sociali difficoltose. Ricevono benefici da questa terapia anche le persone che soffrono di difficoltà relazionali e comunicative, fobie sociali e di tutti coloro che necessitano di un “vettore”, ovvero l’animale, che faciliti le relazioni e le conversazioni.

Le molte controindicazioni all’impiego della Pet Therapy potrebbero essere la paura, dell’animale, pensare che possano essere veicoli di malattie, la depressione grave, la zoofobia o qualsiasi patologia psichica che potrebbe portare al maltrattamento dell’animale. Altre controindicazioni insorgono in presenza di allergia al pelo degli animali e l’assenza di interesse per questi ultimi.

La Pet Therapy è vantaggiosa non solo per i pazienti ma anche per il personale curante presente nelle strutture sanitarie, poiché è stata osservata una diminuzione dello stress del personale curante e la creazione un ambiente di lavoro più confortevole.

La Pet Therapy è una pratica che permette al paziente di provare la sensazione di essere una persona autonoma, sebbene si trovi in una condizione di dipendenza e di richiesta d’aiuto o di supporto. E’ auspicabile che in futuro vengano condotti maggiori studi riguardo questa tecnica di supporto suggestiva ed affascinante.

“Fissa il tuo cane negli occhi e tenta ancora di affermare che gli animali non hanno un’anima.” (Victor Hugo)

Vita Verzilli



UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Abstract ID: 983
Abstract Title: Gps and gender based violence.

GPs and Gender-based Violence.

M. Masiello, M. Zamparella

Background According to the World Health Organisation 'gender based violence is a serious public health problem that directly affects the physical and psychological wellbeing of women and indirectly affects the social and cultural wellbeing of the whole population'. It is a reality that is statistically increasing but that is not immediately obvious as it is very often a submerged problem, becoming a social crisis only when shocking events occur, such as sexual aggression by strangers, individually or in gangs, and domestic violence resulting in the death of the victim.

Aim, This paper is based on the study of how general practitioners, out-of-hours medical services and paediatricians perceive gender-based violence.

Materials and methods

The study was based on the results from the following three-part questionnaire sent to doctors:

1. Name and surname (initials only), the corresponding local health district, job, gender and age.

INNOVAZIONE

I DPI IN SANITA'

Una riflessione sul termine "Innovazione" e le sue definizioni:

- "Introduzione di sistemi e criteri nuovi";
- "Singolo fatto imposto nell'ambito di un rinnovamento radicale di una prassi";
- "L'**innovazione** è la dimensione applicativa di un'invenzione o di una scoperta. Riguarda un processo o un prodotto che garantisce risultati o benefici maggiori apportando un progresso sociale";
- "Introduzione di nuove modalità di progettazione, creare un cambiamento positivo nello stato di cose esistente o, alterare l'ordine delle cose stabilite per far cose nuove";
- "L'innovazione è in stretto rapporto reciproco con gli sviluppi della ricerca scientifica e delle conoscenze e con il progresso, è un fattore determinante nella crescita economica di un Paese";
- "Joseph Schumpeter l'ha definita, nel lontano 1934, come *la prima introduzione nel sistema economico e sociale di un nuovo prodotto, servizio, processo, mercato, fattore produttivo o modello organizzativo*";
- "Innovazione incrementale, che, distinguendosi dall'innovazione radicale (disruption), punta a incrementare l'innovatività di qualcosa che già c'è".

ci ha portato a capire che il termine innovazione può essere riferito a vari ambiti e declinato in diverse accezioni.

Allora, l'uso dei DPI in ambito sanitario hanno determinato una innovazione, cosa significa?

Viviamo "un'era di incertezze" e i cambiamenti "subiti" come un peggioramento delle condizioni sociali non sono una innovazione, ma un regresso.

In ambito sanitario l'uso dei DPI è considerato una innovazione, importante farlo anche se, a volte non sempre efficaci e migliorativi rispetto a ciò che va ad innovare!!!



2. The number of cases of physical and/or psychological violence verified in the last two years; what, if any, consequences ensued and where the violence occurred.

3. How the doctor would act if confronted with an episode of violence: would they call the police; would they know how to interact with the patient; would they ask for support from other services (psychologists, anti-violence refuges, medical specialists, social services) and what course of action would they be likely to take (all questions were multiple choice).

A paper-based questionnaire (in the towns of Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Altamura, Bari, Gravina in Puglia, Santeramo in Colle and Gioia del Colle) and a computer-based one using Moduli Google were distributed and forwarded using e-mail and social media - Facebook Groups of doctors, Telegram and Whatsapp. The questionnaires were returned and the results recorded on an Excel spreadsheet.

Results, Our study shows that the problem is fairly evenly spread throughout the area, with no significant differences.

A higher number of younger doctors took part in the study, possibly because they were more aware of the issues through the media, had a greater motivation to understand the problem as well as being more sensitive to the current social attitudes that

Quest'anno l'epidemia mondiale ha imposto ad ogni medico l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale non in via eccezionale o saltuaria, ma necessariamente ogni giorno e per ogni intervento sanitario da effettuare; a differenza, invece, di quanto accadeva in epoca pre-pandemica, ove solo i chirurghi e gli odontoiatri erano soliti utilizzare guanti, mascherine chirurgiche, camici monouso, visiere, tute, calzari.

Sorge spontaneo dunque chiedersi per quale motivo ogni clinico o medico di medicina generale non avvertisse, in periodi non pandemici, l'esigenza di proteggersi e di proteggere tutti i pazienti da eventuali virus o batteri.

Probabilmente, o non si aveva memoria delle pandemie precedenti o, più semplicemente, si riteneva che i comuni virus influenzali potessero essere facilmente sconfitti dal nostro sistema immunitario e pertanto non si necessitava di ulteriori e mirate protezioni. È indubbio che questa pandemia abbia sicuramente modificato irreversibilmente il modo di lavorare di tutti i sanitari.

Nel mese di marzo l'Istituto Superiore di Sanità provvedeva a stilare un rapporto, che subirà in seguito plurime revisioni sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, in cui forniva esatte indicazioni per un utilizzo razionale delle protezioni nelle attività sanitarie e sociosanitarie. Questo documento era stato creato proprio a tutela dei soggetti maggiormente a rischio d'infezione, ovvero tutte le categorie di operatori sanitari.

In via generale, tale rapporto, basandosi sulle evidenze scientifiche e sulle modalità di trasmissione (contatto e *droplets*), ha rilevato come **le mascherine chirurgiche** (dispositivi medici opportunamente certificati e preferibilmente del tipo IIR) rappresentino una protezione adeguata nella maggior parte delle situazioni. Tuttavia, in un documento allegato al rapporto, si è indicato, nello specifico, a ciascun operatore sanitario (medico, infermiere, oss) il tipo di dispositivi da utilizzare in base alle manovre effettuate durante il turno lavorativo (ad esempio risulta necessario l'utilizzo di FFP2/FFP3 nelle procedure a rischio di generare aerosol).

Attualmente la situazione è ben diversa rispetto a quella di marzo in cui era molto difficile reperire i dpi; oggi ogni sanitario ha il suo kit di dpi giornaliero e chiunque può facilmente acquistare

condemn gender-based violence. Women were significantly more sensitive to the issue, obviously because they identified more with it. However, a more 'transversal' sensitivity would be preferable in order to optimize the opportunities to intervene and resolve the issues. Due to the fact that general practitioners have a greater knowledge of their patients they are clearly more aware of episodes of violence, which mainly tend to occur within the family environment. Therefore, it is vital that a GP should intervene as they, more so than others, know the family, the dynamics of their relationships and any particularly fragile situations that characterise the episodes. As to the number of verified cases over the period (the last 2 years) the highest percentage was shown for 'rare cases verified', i.e. between 1 and 5. The most common physical consequences are cuts and bruises followed by palpitations, migraine, abdominal pain, sexual dysfunction, miscarriage, recurring infections, broken teeth, burst eardrums and hypertension. The most common psychological consequences include low self-esteem, social maladjustment, post-traumatic stress disorder and anxiety-depression syndrome. Episodes of violence occurred mainly in the domestic environment, followed by the professional environment and relationship violence. In the event of having to deal with an episode of violence, almost half of the study participants would

ovunque una mascherina ffp2 e utilizzarla nelle situazioni in cui è necessario adottare in via precauzionale una maggiore protezione.

Inoltre in questi mesi l'ISS si è occupato di promuovere, attraverso la pubblicazione di video, un adeguato addestramento al loro uso, relativamente alla vestizione, svestizione e contestuale smaltimento degli stessi.

A inizio pandemia, a Marzo, c'era grande confusione sul tipo di mascherine chirurgiche e i relativi livelli di protezione. Quali sono, dunque, i dispositivi più importanti attualmente in uso? Facciamo chiarezza.

Le mascherine chirurgiche sono state considerate inizialmente dispositivi di protezione individuale, in grado di trattenere i *droplets* proteggendo principalmente gli altri (art. 74, comma 1, decreto legislativo 9 aprile 2008-https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=1&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=20A02626&art.idArticolo=16&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-05-15&art.progressivo=0).

Appare ormai chiaro che la mascherina chirurgica è un dispositivo medico con un'elevata capacità filtrante verso l'esterno (95-98%), evitano che chi le indossa contami l'ambiente, ma hanno una bassa capacità filtrante verso l'interno (20%). Sembra inoltre che proteggano poco l'utilizzatore da particelle molto piccole come i virus.

Sono disponibili 3 tipi di **mascherine chirurgiche**: I (efficienza di filtrazione batterica 95%), II (tre strati di TNT solitamente, efficienza di filtrazione batterica 98%), IIR (4 strati, efficienza di filtrazione batterica 98%).

Le mascherine chirurgiche di Tipo II sono dotate di Certificazione UNI EN 14683:2019 e certificate dall'Istituto Superiore di Sanità, che prevede caratteristiche e metodi di prova, indicando i requisiti di resistenza a schizzi liquidi, traspirabilità, efficienza di filtrazione batterica e pulizia da microbi.

I filtranti facciali (ffp2 e ffp3) sono dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie, proteggono l'utilizzatore dal contagio, anche dai virus. La capacità filtrante verso l'esterno e



not know how to interact with the patient. They would contact anti-violence centres first, followed by specialist doctors (psychiatrists, gynaecologists) social services and psychologists. The majority would collaborate with the competent authorities.

Conclusions In primary care, therefore, it would be beneficial to work on various fronts:

1. Medical initiatives: a periodic visit for patients who live, or who could potentially live, in distressing conditions in order to provide continuous monitoring of their situation to avoid it worsening.

2. A dedicated clinic: to support women as they come to terms with the violence inflicted by providing someone to help and listen to them.

3. Psychological support: GPs can offer vital emotional and psychological support given the singular and exclusive relationship with patients that characterises the doctor-patient rapport in medical surgeries.

4. Interdisciplinary measures: the GP is only the first step in a specific course of action that can only be efficacious if the various operators involved (psychologists, anti-violence refuges, specialists and social services) work together in a communicative network, in their own and in their patients' interests.

5. GP training: as emerged from the study, not all GPs have the

I DPI IN SANITA'

verso chi la indossa delle ffp1 è pari al 72%, delle ffp2 è pari al 92%, delle ffp3 è pari al 98%.

I filtranti facciali sono prodotti rispettando la norma UNI EN 149:2009 e sono inoltre certificati e validati dall'INAIL. Se questi dispositivi sono marcati con la lettera R, significa che sono riutilizzabili, altrimenti sono marcate con le lettere NR e indicano che sono monouso.

Le **maschere filtranti con valvola** non devono essere utilizzate da pazienti affetti da COVID-19, in quanto non impediscono la diffusione degli agenti patogeni.

Ogni altra mascherina reperibile in commercio, che non risponda alle prescrizioni di tali normative, non è classificata come un dispositivo medico o un dpi, ed è immessa sul mercato sotto la esclusiva responsabilità del produttore, il quale ha comunque l'obbligo di garantire la sicurezza del prodotto (i materiali utilizzati non devono causare irritazione o qualsiasi altro effetto nocivo per la salute, non devono essere altamente infiammabili, ecc.).

Queste mascherine, inoltre, non sono sottoposte a valutazione da parte dell'INAIL o dell'ISS e non possono essere utilizzate in ambiente ospedaliero o assistenziale. Altro fondamentale dispositivo riscoperto in questa fase di pandemia è la **visiera facciale**. È un dispositivo di protezione individuale, una protezione aggiuntiva, che offre uno schermo dai droplet, minimizzando la quantità di sospensione aerea potenzialmente infetta che viene a contatto con la mascherina e coadiuvandone, quindi, il potere filtrante.

Un'altra misura che il Coronavirus ha imposto in questo anno è stata quella di rispettare la **distanza fisica** di almeno 1 metro dagli altri e lavare spesso le mani. I **gel igienizzanti** per le mani diventano quindi un'ottima alternativa quando si è fuori casa e non si hanno a disposizione acqua e sapone, ma è importante sapere che non tutti i gel igienizzanti sono uguali, anzi: alcuni di essi, in realtà, non hanno alcuna efficacia contro virus e batteri. L'efficacia disinfettante di questi gel, infatti, è data dalla quantità di alcol in essi contenuta: solo i gel che contengono una percentuale di alcol superiore al 70% possono essere considerati davvero efficaci contro batteri, virus e funghi.

necessary tools to manage this problem. It is therefore necessary to provide training to understand the social, psychological and psychopathological aspects of the phenomenon and acquire the methodology to manage interaction with the victims as well as with the perpetrators of violence.



I DPI IN SANITA'

Le norme messe in atto in questa pandemia dovrebbero essere conservate in futuro. Ovviamente finita l'emergenza pandemica, non si continueranno ad utilizzare le tute, i calzari, le visiere di protezione. Si dovrebbero, però, continuare a indossare sempre le mascherine chirurgiche o le ffp2 in base alla valutazione del rischio, a utilizzare sempre i guanti. Tutto ciò oltre alla pratica, nota ormai dai tempi di Semmelweis, dell'igienizzazione delle mani con acqua e sapone o con soluzioni/gel a base alcolica.

Sarebbe auspicabile che le buone pratiche di igiene acquisite in quest'ultimo anno lavorativo, diventassero la norma nel futuro lavorativo di ogni singolo professionista del settore sanitario. È ben noto, infatti, che pandemie come quella in corso possono ripetersi ciclicamente in questo nostro mondo globalizzato, i virus e le malattie viaggiano con noi e possono essere trasportati da una parte all'altra del pianeta con un singolo volo intercontinentale.

Inoltre i dati dimostrano come l'utilizzo di questi dispositivi e il distanziamento sociale abbiano favorito anche la ridotta diffusione del virus influenzale. In base ai rapporti consultabili da *influnet*, in Italia, nella 1° settimana del 2021, l'incidenza delle sindromi simil-influenzali si mantiene stabilmente sotto la soglia basale con un valore pari a 1,4 casi per mille assistiti. Nella scorsa stagione in questa stessa settimana il livello di incidenza era pari a 6,6 casi per mille assistiti. In tutte le Regioni italiane che hanno attivato la sorveglianza il livello di incidenza delle sindromi simil-influenzali è sotto la soglia basale.

Infine, è opportuno riflettere su come, prima dell'introduzione di questi dispositivi e norme, ci si sottoponesse all'eludibile rischio di contrarre, tramite i pazienti, altre malattie note e trasmissibili per via aerea come la meningite.

In conclusione, ci auguriamo che questo terribile anno che ha messo e continua a mettere a dura prova la classe medica, ci renda più attrezzati e preparati ad affrontare e prevenire simili emergenze.

Fonti:

- https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2_+Protezioni_REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473
- <https://youtu.be/AEHAdbrNmp0>

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Si Multiple Chemical Sensitivity (MCS) a rare disease or is misdiagnosed by the General Practitioner (GP)?

Zamparella M, Colucci G, Robusto F, Iacovazzo P, Carelli F, Colucci E, Grittani M, Minardi M, Amati L, Basile C

Background The prevalence of severe MCS in the United States is approximately 3.5% of the population, in the moderate form 12-25%. Studies in Canada, Germany, Denmark and Sweden have estimated lower percentages. **Material and methods** Miller and Mitzel's modified QESI questionnaire for comorbidities was administered to 37 patients in the Puglia region. **Results** 35 F (94.6%); mean age 53.7 ± 12.4 with MCS, 10 (27.0%) familiar with MCS. Severe aversion to: 91.9% insecticide; 94.6% colors; 89.2% perfume; 83.8% detergents. Severe symptoms: diffuse pain 32.4%; irritation 27%; abdominal pain 27%; balance 27%; migraine 21.6%. Symptom remission: diffuse pain 21.6%; cardiological 21.6%; migraine 18.9%. 30 (81.1%) pcs. They had had treatment and 26 (70.3%). Comorbidity: overweight / obesity 40.5%; autoimmune pathologies 40.5%; chronic asthma / bronchitis

I DPI IN SANITA'

- <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/avvisi-e-scadenze/avviso-istruzioni-mascherine.html>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32631450/>
- <https://w3.iss.it/site/RMI/influnet/pagine/rapportoInflunet.aspx>

Nicola Laera



24.3%; peripheral vascular pathologies 32.4%; arterial hypertension 21.6%; psychosis 5.4%. Work categories belonging to: closed environments without air renewal 51.3%; contaminated water 51.3%; exposure to toxic substances 51.3%. **Conclusions** MCS in the advanced and early stages is masked by cardiovascular and autoimmune diseases (Rheumatoid Arthritis, Neuro Degenerative, Connectivitis, Vasculitis, thyroiditis) a correct environmental history and laboratory tests allows a correct diagnosis by the GP.



BENESSERE E STILI DI VITA

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

”La demenza consiste nella compromissione globale delle funzioni corticali compresa la memoria, la capacità di far fronte alla vita di tutti i giorni e di svolgere le prestazioni percettivo-motorie già acquisite in precedenza, di conservare un comportamento sociale adeguato alle circostanze e di controllare le proprie reazioni emotive. La condizione è spesso irreversibile e progressiva”.

Questa definizione, ancora oggi largamente accettata, individua nel termine demenza una sindrome polimorfa caratterizzata da deficit plurimi delle abilità cognitive del paziente tali da compromettere l'autonomia nella vita quotidiana.

La demenza costituisce la principale causa di incapacità a lungo termine nella terza età.

Le cause di demenza sono molteplici e possono essere classificate in :

- demenze primarie
- demenze in altre malattie neurodegenerative
- demenze secondarie

Tra queste, la malattia di Alzheimer è, ad oggi, la causa più comune di demenza.

Ad oggi non esiste una cura per l'Alzheimer: i trattamenti disponibili consentono di alleviare i sintomi e, in alcuni casi, di rallentare la progressione della patologia. Questi elementi, uniti al progressivo invecchiamento delle popolazioni in tutto il mondo, ha indotto l'OMS a inserire la malattia di Alzheimer (e le demenze più in generale) tra le priorità globali di sanità pubblica. Nel mondo ci sono 50 milioni di individui affetti da demenza; nel 2017 ne erano 44 milioni; si stima che nel 2050 potrebbero essere 152 milioni, con l'evidenza di un continuo aumento dei casi. Su scala mondiale si registrano quasi 10 milioni di nuovi casi all'anno di Alzheimer, vale a dire un nuovo caso ogni 3,2 secondi.

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Incorrect feeding causes obesity/overweight, nephrolithiasis and arterial hypertension

Zamparella M, Colucci G, Robusto F, Colucci E, Iacovazzo P, Grittani M, Speciale C, Carelli F, Amati L, Basile C

Background Nephrolithiasis (NL) is a worldwide disease with rates ranging from 7-13% in North America, 5-9% in Europe and 1-5% in Asia. Obesity/Overweight (OB/OV) and arterial hypertension (AH) are associated with NL with a high level of acute and chronic morbidity.

Aim a) to correlate OB/OV, AH and NL; b) to correlate NL with salt-rich foods, fructose drinks and water intake.

Materials and methods One thousand and seventy-six adolescents [age ranging between 15.6 and 24.6 years; males (M) 478; females (F) 598] were enrolled. Blood pressure (BP), heart rate (HR), body mass index (BMI), waist circumference (WC), urinalysis and renal ultrasounds were obtained in all of them. The design was that of a case (NL) (157: M 43.9%, mean age 17.75 ± 0.88 years) control (354: M

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

Il numero di malati è destinato a crescere. Ciò richiederà un ampio sforzo sanitario ed economico: le demenze hanno costi sociali ed economici elevatissimi. Si stima che nel 2010 abbiano superato i 600 miliardi di dollari. A questi si aggiungono i costi sociali legati all'assistenza che ancora oggi grava soprattutto sui familiari dei malati.

Se la causa non è stata ancora riconosciuta, più ampie conoscenze si hanno circa i fattori di rischio e i fattori protettivi e in base a un rapporto della *Lancet Commission on dementia prevention, intervention and care* ci sono 12 fattori di rischio modificabili che influenzerebbero prevenendo o ritardando l'insorgenza del deterioramento cognitivo in quasi il 40% dei casi



I fattori di rischio associati alla malattia di Alzheimer vengono divisi in due categorie: fattori di rischio non modificabili e fattori di rischio modificabili. Mentre sui primi non è possibile agire, sui secondi è possibile intervenire ottenendo dei significativi risultati sul piano clinico.

Fattori di rischio non modificabili:

- Età: l'età è il più influente di questi fattori di rischio, infatti la maggior parte delle persone con demenza di Alzheimer hanno 65 anni o più. Come indicato in uno studio

45.8%, mean age 17.77 ± 0.84 years) study with a questionnaire (sports, daily water intake, sodium, oxalate, urate and fructose content of the food) to be filled out.

Results WC correlated with OB/OV. BP was > 140/90 mmHg in 11% of subjects [M: 3.98 (p < 0.0001; Age: 1.028 (p = 0.75); OB/OV: 1.859 (p < 0.05) and correlated with OB/OV. Albuminuria and hematuria were present in 10.4% and 24.3% of subjects, respectively. On multivariate analysis no correlation among NL, AH, OB/OV, tap and/or mineral water, sport activity, and foods (fructose, sodium, oxalate, urate) was found. Correlation between NL and water intake < 1 l/day was found. The case/control study in OB population (7.4%) correlated with snacks (OR 1.19; IC 0.28 - 4.99) and not with carbonated and/or sugary drinks (OR 3.16; IC 0.55 - 18.27).

Conclusions NL in adolescents is related to pathological alterations and not to glycolipid-protein metabolism, while in adults with cardiovascular risk, the opposite is true. Therefore, a primary prevention path aimed at avoiding the development of pathologies and educating to correct lifestyles, will produce health in adolescents.

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

americano, la percentuale di persone con demenza di Alzheimer aumenta drammaticamente con l'età: il 3% delle persone di età 65-74, il 17% delle persone di età compresa tra 75-84 e il 32% delle persone con più di 85 anni hanno la demenza di Alzheimer.

- Storia familiare: una storia familiare di Alzheimer non comporta necessariamente lo sviluppo della malattia in un individuo. Tuttavia, le persone che hanno un genitore, fratello o sorella con l'Alzheimer sono più propensi a sviluppare la malattia rispetto a quelli che non hanno un parente di primo grado con Alzheimer.
- Gene apoE-ε4: il gene APOE codifica per una proteina che trasporta il colesterolo nel sangue. Ognuno eredita una delle tre forme del gene APOE - ε2, ε3 o ε4 - da ciascun genitore.

A differenza di ereditare una mutazione genetica che causa l'Alzheimer, ereditare il gene APOE- ε4 non garantisce che un individuo svilupperà l'Alzheimer.

Fattori di rischio modificabili,

quali Fattori di rischio cardiovascolare. Un cuore sano assicura una sufficiente perfusione cerebrale mentre vasi funzionanti trasportano le necessarie sostanze nutritive. L'età in cui alcuni fattori di rischio si sviluppano, sembra influenzare il rischio di demenza. Ad esempio, nella mezza età, l'obesità, l'ipertensione, la pre-ipertensione (sangue sistolico pressione da 120 a 139 mm Hg o pressione diastolica da 80 a 89 mm Hg) e colesterolo alto sono associati ad un aumentato rischio di demenza:

1. Fumo di sigaretta: il fumo potrebbe influenzare il rischio di AD attraverso diversi meccanismi. Il fumo può aumentare la formazione di radicali liberi, portando a un elevato stress ossidativo, o influire sul sistema immunitario infiammatorio, portando all'attivazione dei fagociti e ulteriore danno ossidativo. Inoltre, il fumo può favorire la malattia cerebrovascolare. Esistono anche prove, tuttavia, che il fumo può avere un effetto protettivo contro l'AD. La nicotina induce un aumento del

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA



- livello dei recettori nicotinici dell'acetilcolina, controbilanciando così la perdita di questi recettori e successivi deficit colinergici, osservati in AD
2. Diabete: Negli studi osservazionali, il diabete di tipo 2 (T2D) ha quasi raddoppiato il rischio di AD. Sono stati proposti vari meccanismi in base ai quali il diabete potrebbe influenzare lo sviluppo dell'AD. Nei casi di iperinsulinemia che accompagna il diabete, l'insulina può competere con la clearance della A β ostacolandone l'eliminazione. Il diabete e la ridotta tolleranza al glucosio portano alla formazione di prodotti finali di glicosilazione avanzata (AGE) e le placche amiloidi contengono recettori per gli AGE (RAGE). La glicazione di A β aumenta la sua propensione all'aggregazione in vitro. I RAGE presenti sulla A β , non solo favoriscono l'aggregazione in vitro, ma aumentano l'affinità della A β per i RAGE presenti sulla superficie cellulare, incrementando il danno neuronale.
 3. Obesità: fattore di rischio nello sviluppo del diabete e della sindrome metabolica
 4. Livello di lipidi nel sangue: la dislipidemia aumenta il rischio di malattia vascolare, che a sua volta è associata ad un aumentato rischio di AD
 5. Sindrome metabolica, fattore di rischio cardiovascolare
 6. Ipertensione: l'ipertensione può aumentare il rischio di AD diminuendo l'integrità vascolare della barriera emato-encefalica (BBB), con conseguente stravasamento di proteine nel tessuto cerebrale. A sua volta, lo stravasamento di proteine può portare a danni cellulari, una riduzione della funzione neuronale o sinaptica, apoptosi e un aumento dell'accumulo di A β , con conseguente deterioramento cognitivo.
 7. Sintomi depressivi: I potenziali meccanismi alla base della possibile associazione tra queste condizioni potrebbero coinvolgere le vie vascolari e gli effetti della depressione sulla formazione ipocampale o l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

8. Stress psicologico: Studi su roditori suggeriscono che lo stress psicologico cronico può alterare la morfologia del cervello (come la struttura ippocampale) e, di conseguenza, esercitare un effetto dannoso sulla funzione cerebrale, inclusa la memoria.
9. Trauma cranico: Esistono anche prove che dopo la lesione cerebrale, la quantità di A β e della p-tau aumentano nel tessuto cerebrale, i livelli di A β nel liquido cerebrospinale (CSF) sono elevati e la proteina precursore dell'amiloide (APP) è sovrapprodotta.
10. Malattia cerebrovascolare Esistono diversi meccanismi attraverso i quali l'ictus potrebbe portare a compromissione cognitiva e AD. Innanzitutto, l'ictus può danneggiare direttamente le regioni cerebrali che sono importanti nella funzione della memoria, come il talamo e le proiezioni talamocorticali. In secondo luogo, l'ictus potrebbe aumentare la deposizione di A β . Terzo, l'insorgenza di ictus può indurre risposte infiammatorie che compromettono la funzione cognitiva. Infine, l'ipoperfusione può portare a sovraespressione di una serina-treonina chinasi, la chinasi 5 dipendente dalla ciclina (CDK5). L'attivazione aberrante del suo recettore, CDR5, è associata all'apoptosi neuronale e morte. Questa chinasi può anche essere coinvolta nella fosforilazione anormale della proteina tau, contribuendo così alla formazione dei grovigli neurofibrillari patologici. (NFT).
11. Esposizione ambientale e occupazionale: alcuni studi suggeriscono che un rischio maggiore di AD è associato a un'elevata assunzione di alluminio attraverso l'acqua potabile o di altri metalli (rame, zinco e piombo), l'eccessiva esposizione ai campi elettromagnetici da reti elettriche e l'inalazione di pesticidi ed erbicidi.
12. Eccessivo consumo di alcool

Fattori di rischio protettivi:

Scolarità: Individui con più anni di scolarità hanno un rischio inferiore per l'Alzheimer e altre forme di demenza rispetto a quelli con meno anni di istruzione. Alcuni



I VACCINI ANTI-CODID19

Il piano nazionale di vaccinazione per il COVID-19 inizia il 27 dicembre 2020 e si articolerà in più fasi, si è iniziato con il vaccinare il personale sanitario e gli anziani residenti nelle RSA.

Abbiamo quattro tipologie di vaccino, considerando le differenze delle loro caratteristiche ad oggi disponiamo, tra quello arrivato e quelli che sono in arrivo e/o in sperimentazione, di 6 vaccini:

- 3 vaccini hanno come tecnica la somministrazione di particelle di mRNA messaggero all'interno delle cellule che inducono a produrre la proteina

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

ricercatori ritengono che avere più anni di istruzione permette di costruire una "riserva cognitiva". Questo termine si riferisce alla capacità del cervello di mantenere efficienti connessioni interneuronali e consentire ad una persona di continuare a svolgere compiti cognitivi nonostante cambiamenti cerebrali danno come l'accumulo di β -amiloide e di p- τ . Il numero di anni di istruzione non è l'unico determinante. Avere anche un lavoro mentalmente stimolante e coinvolgente può aiutare a costruire una riserva cognitiva. Inoltre, avere meno anni di scolarità è associato a uno stato socio-economico inferiore, che a sua volta può aumentare la probabilità di una dieta povera e diminuire la possibilità di ricorrere a cure o trattamenti medici, come i trattamenti per fattori di rischio cardiovascolare

Dieta: secondo l' Alzheimer Society UK "una dieta sana si caratterizza per un'elevata percentuale di pesce grasso, frutta, verdure, cereali non raffinati e olio d'oliva e bassi livelli di carne rossa e zucchero. Questo tipo di dieta contribuisce a ridurre il rischio di demenza e malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2. È necessario evitare grassi saturi (ad esempio torte, biscotti, formaggi) e limitare dolci e zucchero. Attenzione anche all'assunzione di sale, perché aumenta la pressione sanguigna e il rischio di ictus. E' bene leggere le etichette degli alimentari per conoscere cosa stiamo mangiando e cercare sempre opzioni più salutari."

La sola adozione di un'alimentazione ispirata alla dieta mediterranea e ricca di acqua, frutta e verdura, con il giusto apporto di carne e pesce, può ridurre del 30% il rischio di incorrere nella malattia.

In sintesi preferire:

- verdure
- frutta
- legumi, cereali

- spike , non infettante, che stimola anticorpi;
- contro questa proteina con l'azione di protezione dal virus;
- altri 2 tipi di vaccini sono veicolati da un virus inattivato di scimpanzé: contengono anch'essi un'informazione di mRNA messaggero che induce a sua volta, come gli altri, la produzione di queste proteine, e quindi gli anticorpi;
- esiste infine un altro vaccino, più tradizionale, che somministra direttamente le proteine dell'envelope, cioè della membrana del virus, e quindi induce la formazione di anticorpi.

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

- olio d'oliva, spezie (curcuma e zafferano), vino rosso (quantità moderata)
- un basso apporto di carni rosse e grassi saturi e un consumo moderato di pesce e uova

Dieta mediterranea e possibili effetti neuroprotettivi:

- Ridotto stress ossidativo e ridotta espressione geni pro-infiammatori
- Promozione della plasticità sinaptica
- Ridotta concentrazione di omocisteina
- Migliore perfusione cerebrale e attività cardiovascolare
- Ridotta fosforilazione della proteina Tau
- Aumentata espressione del glutatione reduttasi
- Riduzione della glicemia, insulina resistenza e dislipidemia
-

Svolgere regolarmente esercizio fisico

Una recente analisi ha esaminato gli effetti dei fattori di rischio potenzialmente modificabili a carico della malattia di AD. Calcolando i rischi attribuibili alla popolazione, gli autori hanno stimato che, per il mondo nel suo insieme, bassa istruzione e inattività fisica, definita come non fare 20 minuti di attività vigorosa per almeno 3 giorni alla settimana o 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, erano i due fattori di rischio modificabili più importanti, pari al 19% e 13% della prevalenza di AD, rispettivamente, o quasi 11 milioni di casi combinati nel 2010.

L'attività fisica potrebbe esercitare effetti neuro-protettivi attraverso meccanismi multipli:

- aumentata produzione di IGF, BDNF e VEGF che stimolano la neurogenesi e l'angiogenesi
- aumentata espressione di geni che regolano la produzione di enzimi di scavenging dei radicali liberi, riducendo così il danno ossidativo neuronale. L'esercizio fisico può anche aumentare la sintesi di mitocondri nei neuroni e quindi migliorare il metabolismo energetico cerebrale, assicurando l'apporto di energia ai neuroni.
- le aumentate concentrazioni di BDNF comportano un' aumentata plasticità sinaptica e la densità delle spine dendritiche



Sembra che tutti abbiano necessità di 2 somministrazioni ma la certezza di tale modalità è ad oggi solo per il vaccino Pfizer che si sta già somministrando e il moderna che sono con mRNA messaggero, vanno somministrati in 2 dosi a distanza di 1 mese o di 3 settimane uno dall'altro.

I due vaccini hanno anche differenti modalità di conservazione, Pfizer a -70 gradi e il Moderna a temperatura più alte.

L'immunità di gregge verrà raggiunta se il 65-75% di tutta la popolazione sarà vaccinata.

Gli studi ad oggi a disposizione indicano che l'immunità prodotta dalla vaccinazione potrebbe durare un anno e i soggetti che hanno contratto il virus SARS-CoV2 dovranno comunque

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

-la perdita di peso, la riduzione dell'insulina resistenza, dei livelli di omocisteina della pressione sanguigna e della colesterolemia comportano una ridotta malattia dei piccoli vasi e quindi una ridotta malattia dei piccoli vasi anche cerebrali

-aumentata espressione di enzimi antiossidativi, quali la superossido dismutasi, la catalasi e la glutatione perossidasi e di conseguenza ridotto danno dei radicali liberi

-aumentata perfusione cerebrale e stimolo energetico dei neuroni ippocampali

Tutto questo si traduce in:

-ridotto rischio di demenza e di mortalità

-rallentata progressione della demenza

-correlazione positiva tra esercizio fisico e volume dell'ippocampo e della corteccia prefrontale e cingolata

-aumentata sopravvivenza e proliferazione cellulare a livello ippocampale

-miglioramento delle funzioni cognitive, riduzione disturbi neuropsichiatrici e inabilità funzionale

Sebbene i ricercatori abbiano studiato un'ampia varietà di esercizi, non sanno ancora quali esercizi specifici, frequenza, intensità e durata di attività possano essere più efficaci nel ridurre il rischio o la progressione della malattia. Pertanto, sono necessari ulteriori studi per giungere a conclusioni definitive.

Alcuni autori sostengono che probabilmente non è l'intensità dell'attività fisica a determinare effetti positivi sulle capacità cognitive ma la frequenza e la costanza dell'esercizio fisico o il contributo coordinativo, anche se rispetto all'esercizio di resistenza, l'esercizio aerobico sarebbe più efficace per aumentare i livelli di exerchine (BDNF, IGF-1, VEGF).

Diversi studi indicano che l'effetto positivo dell'esercizio fisico sull'AD sia da attribuire alla riduzione dei processi infiammatori, ampiamente osservabili nel corso della patologia, già dopo un periodo di allenamento aerobico di 6 mesi, attraverso una down-regulation dei geni che promuovono l'infiammazione, mentre i geni che hanno proprietà anti-infiammatorie e quelle che modulano la funzione immunitaria o promuovono la

essere sottoposti alla vaccinazione in quanto potrebbero riacquisire nuovamente la malattia; quando vaccinarli?

Non essendo ancora provato scientificamente che i soggetti infettati producano anticorpi neutralizzanti a dosi tali da essere protetti nel tempo, si sono ipotizzate alcune indicazioni che attualmente suggeriscono, in “termini di consigli” la somministrazione del vaccino dopo 8 settimane dall’infezione anche nel caso che si contragga l’infezione dopo la 1° dose del vaccino. Molte, altre indicazioni scientifiche consigliano di dosare gli anticorpi a 3 mesi dall’infezione/malattia COVID 19 e in base ai valori procrastinare la somministrazione a 6/8 mesi dall’infezione/malattia COVID19 e, per quest’ultimi sembrerebbe basti una sola dose.

La campagna vaccinale è iniziata in tutta Europa, “quasi” in tutto il mondo con grandi sforzi economici, organizzativi e di entusiasmo ma, smorzato dalle difficoltà di reperire i vaccini per la grande “falla” nella

UNO STILE DI VITA SANO

..... AIUTA A COMBATTERE LA DEMENZA

sopravvivenza dei neuroni e la crescita degli assoni, sono up-regolati.

Inoltre anche il miglioramento dei fattori di rischio cardiovascolare dettato da un esercizio fisico aerobico è utile nel prevenire l’insorgenza o l’avanzamento della AD.

Abbiamo visto i probabili meccanismi e i benefici biologici che ne derivano, con particolare attenzione sul ruolo della neurotrofina BDNF e della sua prevenzione su depressione e stress cronico, altri fattori di rischio dell’AD, ma non va dimenticato che l’attività fisica, offre, a chi la pratica, l’opportunità di interazioni sociali, consentendo quindi al soggetto di sviluppare una maggiore plasticità cerebrale che potrebbe rallentare il declino cognitivo in età senile.

Queste osservazioni ci incoraggiano quindi nel considerare l’eliminazione dei fattori di rischio modificabili e l’osservazione di corretti stili di vita come strategia per prevenire o rallentare questa terribile patologia della mente.

Eugenio Corrado

produzione!!! Confidiamo nello sforzo che le politiche socio-sanitarie vorranno mettere in campo per accelerare la campagna vaccinale che possa svolgersi tempestivamente e raggiungere l'obiettivo proposto con risultati ottimali e soprattutto positivi in termini di costo-benefico ed efficacy/efficiency.

María Zamparella



GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Molti comuni sintomi psicopatologici come ansia, angoscia e disturbi del sonno, possono inficiare il benessere quotidiano e quindi la salute richiedendo così una più attenta valutazione ed eventualmente una terapia (comportamentale e farmacologica) adeguata. Negli ultimi vent'anni, infatti, la società moderna industriale e post-industriale ha avuto un ruolo importante nel cambiare i cicli biologici desincronizzando i nostri ritmi, riducendo il tempo del sonno e cambiando i nostri stili di vita. Ma, come ha detto un importante studioso del sonno (Alan Rechtschaffen), "se la funzione del sonno non fosse assolutamente vitale, allora si tratterebbe del più grande errore che l'evoluzione abbia fatto".

L'insonnia, secondo la definizione dell'ICSD (International classification of sleep disorders), consiste nella "difficoltà nell'iniziare e/o mantenere il sonno" o "sensazione di sonno non riposante" (2005, American Academy of Sleep Medicine), e può presentarsi a qualsiasi età oltre che legata a diverse cause, di natura biologica, psicologica o ambientale. I processi fisiologici, metabolici e comportamentali dell'uomo, infatti, sottostanno ai ritmi del sistema circadiano di cui il ciclo sonno-veglia risulta essere un elemento fondamentale per la salute e il benessere psico-fisico.

Un sonno fisiologico e ristoratore, oltre che durare a sufficienza, essere collocato nelle ore più idonee ed essere il più possibile intenso, deve essere continuo e stabile, con una quantità fisiologica di microrisvegli periodici. Un sonno fisiologico costituisce una fase di intensa attività del SNC ed è fondamentale per il trofismo e la plasticità neuronale, che sono alla base di una regolare funzione cerebrale.

I pz insonni manifestano uno stato di attivazione cerebrale (hyperarousal) che determina alterazioni a livello neurofisiologico e neuroendocrino aumentando così il rischio di sviluppare malattie psichiatriche (ansia e depressione), cardiovascolari (ipertensione, IMA e stroke), endocrino-metaboliche (diabete e

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

obesità) e al tempo stesso molte patologie possono a loro volta essere causa di insonnia.

Un insufficiente riposo notturno, che a oggi risulta ancora essere un problema sottostimato e quindi correlato a una diagnosi più tardiva, può causare anche manifestazioni più macroscopiche quali comparsa di movimenti durante il sonno (sindrome delle gambe senza riposo o bruxismo) ed eccessiva sonnolenza diurna le cui conseguenze potrebbero essere drammatiche, se si pensa al classico colpo di sonno alla guida di un veicolo. L'insonnia risulta essere uno dei disturbi più diffusi e comuni nella popolazione occidentale; in Italia la prevalenza dell'insonnia lieve, che non si accompagna a disfunzioni giornaliere, è di circa il 20%, mentre la prevalenza dell'insonnia grave risulta essere del 40%.

Considerato dunque l'importante impatto che tale disturbo ha sulla popolazione e, in particolare, sui soggetti anziani, la medicina di famiglia assume un ruolo essenziale per un corretto inquadramento diagnostico e percorso terapeutico-assistenziale. Il MMG, secondo il modello "a cancelli" di Goldberg e Huxley, si pone infatti centralmente all'interno di un processo che parte dall'accettazione del pz della sua condizione psichica e giunge, nelle situazioni più gravi, a un'eventuale ospedalizzazione; questo percorso presenta a ogni livello dei "cancelli" o "filtri", di cui la decisione del pz di consultare il proprio medico curante e il riconoscimento, da parte del MMG, del disturbo, rappresentano i due momenti cardine dell'intero sistema.

La conoscenza dei pz e lo sviluppo nel tempo di un rapporto di fiducia continuativo tipico della medicina di famiglia consentono quindi un approccio sicuramente più agevole a questo tipo di disturbo, garantendo la possibilità di integrare una corretta valutazione clinica con una accurata anamnesi patologica e personale.

La prima tappa della valutazione è rappresentata proprio dal colloquio anamnestico e dall'esame fisico del pz: attraverso la visita è pure possibile stabilire l'alleanza terapeutica per cui il pz apprende e accetta la prescrizione medica, rendendo questo

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

primo intervento, oltre che diagnostico, anche di supporto della terapia. Infatti la comunicazione è di per sé curativa.

Agire precipitosamente, rispondendo con una prescrizione farmacologica alla sintomatologia indicata dal pz, espone al rischio di innescare un circuito vizioso: disturbo del sonno, uso dei farmaci, difficoltà a sospendere. Vale la pena, piuttosto, di raccogliere la sollecitazione del pz ad alleviare il suo disturbo ma, al contempo, è consigliabile proporre una fase di approfondimento che consenta da un lato di non passare in modo automatico dal sintomo al farmaco, e dall'altro di analizzare in modo adeguato il malessere e pianificare una corretta strategia di intervento. Ci si rende subito conto che una corretta presa in carico dell'insonnia da parte del medico non può avvenire in una sola consultazione.



???



Il nodo centrale è la comprensione del sintomo "DOTTORE NON DORMO". L'ambivalenza sta nella soggettività del sintomo ossia nel giudizio soggettivo che il pz esprime sul suo sonno. Poiché non è possibile stabilire a priori cosa si debba intendere per sonno normale, la difficoltà di stabilire una diagnosi di insonnia sta sul significato che il pz dà a questo termine. D'altra parte, oggettivare il sintomo è fuorviante e ne possono derivare conseguenze insidiose:

- Il medico si formerà la convinzione che il pz non è una fonte attendibile;

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

- Il paziente subirà la frustrazione di non essere capito o creduto;
- Entrambi sperimenteranno, nella loro relazione, la nociva intrusione del dubbio.

Un sussidio che si è rivelato di una certa utilità per affrontare questo tipo di disturbi è costituito da un DIARIO DEL SONNO, che rappresenta un punto di partenza per la conoscenza dei sintomi e che consente di stabilire una base comune per orientare gli interventi e per confrontare i dati reali con le aspettative del pz. Il diario deve essere tenuto su un foglio di dimensioni adeguate, deve essere organizzato per settimana (un giorno per riga), e deve comprendere (una voce per colonna) le seguenti informazioni:

- Giudizio sulle condizioni al momento di coricarsi
- Ora in cui si è coricati
- Tempo necessario per addormentarsi
- Ore di sonno
- Quantità e durata dei risvegli
- Giudizio sulle proprie condizioni al risveglio
- Giudizio generale sul proprio sonno

Al pz deve essere data l'indicazione di compilare il diario ogni mattina, possibilmente entro 15 minuti dal risveglio. Sono richieste almeno 2 settimane di rilevazione.

Può essere utile chiedere al pz informazioni su:

- Consumo di sigarette
- Consumo di alcool
- Abitudini dietetiche
- Eventuali farmaci assunti

Per la valutazione soggettiva sulla qualità del proprio sonno o sulle proprie condizioni è suggerito l'uso di una scala a punti: ad esempio da -2 (molto male) a +2 (molto bene).

Un ulteriore ausilio in questa fase di valutazione del sonno del paziente può essere rappresentato dal monitoraggio "actigrafico", una metodica strumentale molto semplice che comporta soltanto di portare al polso un dispositivo della grandezza e peso di un orologio, per più giorni consecutivi, in grado di rilevare in modo continuativo la condizione di movimento (veglia) e di marcata riduzione di movimento (sonno).

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA



Le APP e la Telemedicina

L'emergenza sanitaria da Covid19 ha messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale, non solo a livello ospedaliero ma anche territoriale. I medici di medicina generale in particolare si sono trovati a fronteggiare una sfida mai affrontata prima: quella di gestire una mole di lavoro di gran lunga superiore a quella "normale" con risorse diverse da quelle solite, basate molto più sulla gestione da remoto del paziente anche, non COVID19 positivo. Il lockdown e l'esigenza di evitare assembramenti ha svuotato gli ambulatori di medicina generale, facendo preferire anche ai pazienti stessi una comunicazione con il proprio medico di famiglia basata su chiamate, mail e messaggi whatsapp piuttosto che di persona.

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Se non emergono anomalie di natura psichiatrica o organica, in prima istanza conviene certamente un trattamento NON FARMACOLOGICO dell'insonnia attraverso:

- consigli sull'igiene del sonno
- interventi di riconversione e riadattamento cognitivo comportamentale

Per norme di **Igiene del Sonno** si intende una serie di comportamenti che fisiologicamente favoriscono un buon sonno notturno.

Nella letteratura scientifica è documentato che nella maggior parte delle insonnie, a prescindere dalla loro eziologia, le norme di igiene del sonno non sono rispettate e che tale mancata osservanza costituisce un fattore di cronicizzazione e/o peggioramento del disturbo. È altrettanto documentato che la correzione di comportamenti erranei e l'applicazione in modo sistematico delle norme di igiene del sonno, talvolta "risolve" l'insonnia e spesso contribuisce ad attenuarla.

Distinguiamo quindi:

- Norme ambientali

Nell'ambiente in cui si dorme si deve stabilire una condizione di relax che favorisca l'inizio ed il mantenimento del sonno notturno. La stanza in cui si dorme deve essere sufficientemente buia, silenziosa e di temperatura adeguata (evitare eccesso di caldo o di freddo).

Fattori quali la luce, il rumore o sensazioni fisiche fastidiose (fino al dolore), costituiscono stimoli che a livello del sistema nervoso centrale attivano i sistemi della veglia, rendendo difficile l'innesco o il mantenimento del sonno. Una buona igiene dell'ambiente di sonno favorirà il relax in senso fisico e psicologico attraverso l'attenuazione degli stimoli fisici risveglianti e l'allontanamento dagli oggetti simbolo dell'attività di veglia, come scrivanie, computer.

- Norme dietetiche

Bisogna evitare l'uso di caffeina e sostanze analoghe che esercitano a livello dei centri nervosi (tronco dell'encefalo e corteccia cerebrale) una attività eccitante e dunque risvegliante. L'alcol è al contrario un sedativo, ma la sua azione è molto rapida.

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA

Malgrado l'importanza della visita medica tradizionale in quanto momento

fondamentale della pratica clinica, la pandemia ha messo in evidenza anche le potenzialità della telemedicina soprattutto nella gestione delle cronicità.

Da un'indagine dello Osservatorio innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano è emerso che il 95% dei medici di medicina generale è interessato all'utilizzo della telemedicina nella gestione della salute dei propri pazienti, in particolare di quelli cronici, anche dopo che l'emergenza da Covid19 sarà passata.

Inoltre il 51% dei MMG del campione ha dichiarato di aver svolto il proprio lavoro da remoto durante l'emergenza, accedendo al software di gestione della cartella clinica direttamente da casa. Relativamente a questa modalità, il 63% dei medici ha fornito un feedback ottimo, ritenendo

l'esperienza positiva, mentre il 38% ha trovato difficoltà nella conciliazione della vita lavorativa con quella privata,

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Dopo aver velocemente favorito il sonno, l'alcol viene eliminato rapidamente dall'organismo e il sistema nervoso centrale entra (come accade nelle "sindromi di astinenza") in uno stato di relativa "ipereccitabilità" con conseguente facilitazione dei sistemi della veglia e quindi risvegli nel corso del sonno notturno. Pertanto va evitato anch'esso.

Il fumo di sigaretta o pipa comportano assunzione di nicotina, sostanza con effetti eccitanti sul sistema nervoso centrale. Il fumo inoltre ha effetti irritanti e congestionanti sulle vie respiratorie e può quindi favorire la comparsa di disturbi respiratori durante il sonno con conseguenti disturbi del sonno stesso.

Una dieta ricca di zuccheri (amidi del riso e della pasta; fruttosio, saccarosio) favorisce l'innescò e il mantenimento del sonno facilitando l'assorbimento di un aminoacido, il triptofano, che entra nella sintesi della Serotonina, sostanza che ha un ruolo importante nella regolazione del sonno. Al contrario un pasto proteico tende a rendere più difficile l'assorbimento di questo aminoacido, pertanto sarebbe preferibile assumere a cena carboidrati o cibi ricchi in triptofano (arachidi, il latte, i formaggi, lo yogurt, la ricotta) e a pranzo cibi a più alto contenuto proteico.

- Norme comportamentali

Una breve "siesta" nel primissimo pomeriggio può essere fisiologica e non interferire significativamente con il sonno notturno. Sonnellini serotini o dopo cena, invece, sono deleteri per la quantità e qualità del sonno notturno perché "consumano" in anticipo la quota di sonno che dovremmo "consumare" nella notte.

L'esercizio fisico influenza il sonno a seconda dell'intensità, della durata e dell'ora in cui viene praticato.

È verosimile che l'esercizio fisico influenzi il sonno attraverso più meccanismi: 1) aumento della temperatura corporea 2) modificazione nella secrezione di melatonina 3) influenza sul livello di relax e comfort psico-fisico. La regolazione della temperatura corporea, in particolare, è strettamente connessa con quella del ciclo sonno/veglia: alla diminuzione della temperatura corrisponde un aumento della propensione al sonno. Praticando esercizio fisico nelle ore precedenti l'ora di

fornendo pertanto una valutazione negativa.

Sembra che lo strumento più utilizzato sia stato lo smartphone, per comunicare direttamente con i pazienti, seguito dal computer portatile e dai servizi per accedere ai documenti e ai software da remoto attraverso VPN.

Nel complesso, il 78% dei medici di medicina generale ritiene che l'esperienza fatta durante questa emergenza, nell'utilizzo delle risorse di telemedicina, sarà preziosa in futuro, una volta tornati alla normalità.

A tal proposito, un'ulteriore risorsa di telemedicina ancora poco sfruttata nell'ambito della medicina generale sono le app per smartphone, di facile fruizione sia da parte dei medici che da parte dei pazienti.

Un esempio pionieristico è rappresentato dall'app SM3.0 (Studio Medico 3.0), sviluppato dal lavoro di Nusa servizi srl con la collaborazione di Angelini Pharma. Si tratta di un'app già

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

coricarci, provocheremo un aumento di temperatura inizialmente, che poi scenderà al momento in cui ci coricheremo, creando una condizione di propensione al sonno. In modo analogo possono essere spiegate le relazioni tra bagno caldo serale e facilitazione del sonno.

Le **terapie cognitivo-comportamentali** hanno invece come obiettivo quello di modificare i comportamenti disfunzionali che non consentono una adeguata igiene del sonno. Tra queste metodiche rientrano:

- la terapia di restrizione del sonno, in cui si invita il paziente a ridurre il numero di ore passate a letto col fine di eguagliare il tempo di sonno effettivo (se il pz dice di dormire solo 3 ore a notte e di svegliarsi alle 6 del mattino, verrà istruito ad andare a coricarsi alle 3 del mattino e il medico aggiusterà poi progressivamente il tempo da trascorrere a letto);
- tecniche di rilassamento condizionato con metronomo, di rilassamento muscolare progressivo e di rilassamento mentale (forme di autoinduzione tramite *training autogeno* o meditazione);
- biofeedback, attraverso l'ausilio dell'elettromiografia per rilasciare specifici muscoli o dell'EEG per aumentare l'attività alfa o teta centrale o occipitale;
- controllo degli stimoli invitando il paziente, ogni qual volta dovessero intervenire pensieri che impediscono il sonno, ad alzarsi dal letto, cambiare stanza e effettuare altre attività che non siano fare ginnastica, bere alcolici o mangiare, finché non si sentirà nuovamente desideroso di dormire;
- desensibilizzazione, facendo associare al pz immagini turbative del sonno e generatrici d'ansia ma al contempo educando il pz ad affrontarla

Secondo le ultime linee guida dell'American Academy of Sleep Medicine (AASM), dell'American College of Physicians (ACP) e della European Sleep Research Society (ESRS) la prima linea terapeutica dovrebbe essere sempre non farmacologica.

Di fronte al fallimento o all'inefficacia della sola terapia non farmacologica, è consigliato un intervento anche di tipo **farmacologico**.

disponibile per il download sia su dispositivi Android che IOS, che permette a medici, collaboratori di studio e pazienti, di sfruttare al massimo le potenzialità della telemedicina.

Tra le tante funzionalità disponibili per il paziente c'è la possibilità di consultare il calendario con gli orari del proprio medico (aggiornato in tempo reale), di effettuare e gestire la prenotazione di una visita, di chattare direttamente con il proprio medico (nel totale rispetto delle normative sulla privacy), di richiedere una tele-visita, di ricevere le richieste di prescrizioni singole, terapie croniche o impegnative di visite ed esami.

Il medico potrà, dal suo profilo, confermare o meno le richieste di visite ambulatoriali, tele-visite e delle varie prescrizioni.

Un vantaggio derivante dall'utilizzo di questo tipo di app è la possibilità, da parte del medico, di avere un resoconto della corrispondenza con ciascun paziente sempre a disposizione su un'unica piattaforma, facilitando il

Nella pratica clinica la classe di farmaci più largamente usata (e abusata) per il trattamento dell'insonnia è rappresentata dalle **benzodiazepine**. Sebbene questi farmaci possano rivelarsi una scelta adeguata nella gestione dell'insonnia occasionale o di breve durata, è necessario considerare che le bdz riducono gli stadi più profondi del sonno (stadi 3 e 4) e quindi non permettono un sonno del tutto fisiologico. È importante, perciò, comprendere come la gestione farmacologica dell'insonnia non possa risolversi con la semplice prescrizione di questo farmaco *sine die*, soprattutto considerato che le benzodiazepine, quando somministrate come ipnotici, sono generalmente considerate composti di seconda linea.

Le benzodiazepine sono infatti farmaci considerati genericamente sicuri per il loro profilo di tollerabilità ed efficacia, ma tra i loro effetti avversi non dobbiamo dimenticare che possono comportare aumento del rischio di deterioramento cognitivo, disturbi della memoria (amnesia anterograda), disordini psicomotori (atassia, cadute, fatigue, etc.), rischio di depressione respiratoria con peggioramento dei deficit funzionali respiratori specie nei pazienti affetti da BPCO o OSA. Essendo inoltre farmaci suscettibili di abuso possono determinare dipendenza fisica e psichica con, in seguito a una brusca interruzione del trattamento, l'insorgenza di sintomi da astinenza.

Quando si decide di ricorrere al trattamento benzodiazepinico, è importante preferire farmaci con una emivita ultra-breve che consentono da un lato un buon effetto ipnotico e dall'altro una rapida eliminazione dall'organismo, garantendo al pz una buona performance psicomotoria e cognitiva il mattino successivo alla somministrazione della dose ipnotica, evitando o riducendo gli effetti residui del farmaco (effetto *hangover*): malessere generale, senso di stordimento, cefalea. Altri principi importanti a cui far riferimento quando si utilizzano le benzodiazepine a scopo ipnotico sono:

- prescrivere la minima dose efficace del farmaco;
- prescrivere somministrazioni intermittenti (2-4 volte la

ritrovamento di informazioni e dati e aiutando a gestire separatamente la vita lavorativa da quella privata senza ricorrere all'utilizzo di un dispositivo apposito.

L'evoluzione di questo processo potrebbe essere lo sviluppo, nel contesto dello stesso software di gestione della cartella clinica, di una versione "mobile" dotata di funzionalità aggiuntive di interazione diretta con i pazienti, in modo da avere a disposizione tutte le informazioni relative a ciascun paziente e anche tutti i contatti con lo stesso, in un unico applicativo, da consultare sia su PC che su smartphone.

Claudia Parísi

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

- settimana);
- prescrivere farmaci per brevi periodi (3-4 settimane);
- sospendere i farmaci gradualmente, riducendo il dosaggio/die di un 25-50% per settimana;
- prestare attenzione all'insonnia rebound e ai sintomi da

Sospensione (linee guida Committee on Safety in Medicine, 1988 e Department of Health, 2004).

In modo molto simile alle BDZ agiscono i modulatori allosterici positivi GABA_A (PAM GABA_A) tra i quali ricordiamo le cosiddette "Z drugs": zaleplon, zolpidem e zopiclone. Questi ipnotici possiedono un grosso vantaggio rispetto alle benzodiazepine, ossia quello di non modificare la conformazione del recettore GABA_A a cui si legano e, conseguentemente, di non determinare un elevato grado di tolleranza quando somministrati a dosi terapeutiche, dipendenza o sintomi da sospensione. Nonostante ciò, gli ipnotici non benzodiazepinici espongono agli stessi effetti avversi delle benzodiazepine (rischio di deterioramento cognitivo, sedazione a livello dei centri respiratori, etc.) e possono alterare le fasi del sonno (si correlano infatti al rischio di parasonnie, come sonnambulismo, sleep walking e sleep violence).

Se da un lato, quindi, l'introduzione delle "Z drugs" ha contribuito alla revisione delle modalità di trattamento dell'insonnia cronica con una terapia a lungo termine senza che vi sia associata una elevata incidenza di tolleranza o dipendenza, resta chiaro come questi farmaci non possano rappresentare la prima linea terapeutica in tutti i pazienti e in particolare nella popolazione geriatrica per via delle importanti comorbilità solitamente presenti e per le difficoltà di un adeguato monitoraggio del trattamento stesso.

Nel pz anziano in particolare ma anche nel soggetto giovane, un trattamento farmacologico di prima linea può essere invece rappresentato dalla **melatonina**.

La melatonina è un neurotrasmettitore secreto dalla ghiandola pineale che agisce principalmente a livello del SNC regolando i ritmi circadiani. Il bersaglio recettoriale di questo neurotrasmettitore e degli altri agonisti dei recettori

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA



APP IMMUNI

..... **morte accertata o apparente?**

L'app "Immuni" nasce da una brillante idea di una società tutta italiana, la Bending Spoons, fondata nel 2013 da cinque giovani menti, all'epoca tutti under 30.

In data 31 Marzo 2020 il Ministro per l'Innovazione Tecnologica e la Digitalizzazione ha affidato al "Gruppo di lavoro data-driver per l'emergenza Covid-19" il compito di selezionare la proposta progettuale migliore tra le tante formulate dalle società informatiche partecipanti alla fast call contribution, relativa alla creazione di una app di contact tracing.

Una lotta all'ultimo colpo di mouse, spuntata dalla società Bending Spoons, che aveva

GESTIONE DELL'INSONNIA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

melatoninergici (ramelteon o tasimelteon) è rappresentato principalmente dai recettori di tipo 1 (MT1) la cui inibizione nei neuroni del SNC promuove il sonno diminuendo l'attività del pacemaker circadiano che promuove lo stato di veglia e allerta, con la conseguente prevalenza dei segnali che promuovono il sonno. La melatonina e i suoi analoghi migliorano inoltre la regolazione omeostatica del sonno attraverso la regolazione del tono GABAergico, la riduzione della attivazione dei neuroni del nucleo soprachiasmatico e la riduzione della temperatura corporea.

Questi composti risultano essere poco utili per la fase di mantenimento del sonno, ma offrono invece il grande vantaggio di indurre un sonno naturale nei soggetti che soffrono principalmente di insonnia nella fase di addormentamento con ritardo di fase (molti adolescenti sani) o con anticipo di fase (molti anziani sani) oppure nell'individuo con la sindrome del jet lag che deriva dall'alterazione dei ritmi circadiani indotta dai viaggi aerei di lunga distanza, a fronte di effetti collaterali poco significativi: non alterano le fasi del sonno, non hanno effetti residui, non inducono depressione dei centri del respiro o difficoltà nella deambulazione se il pz si sveglia di notte. Spesso è anche consigliato l'utilizzo della melatonina e di farmaci analoghi in embridazione alle BDZ col fine di sospenderle. Da tutto questo si può ben comprendere come la gestione dell'insonnia da parte del MMG sia di fondamentale importanza per un primo approccio ma anche in un percorso diagnostico e terapeutico successivo corretto in quanto il sonno fa parte del quotidiano di ogni individuo e concludiamo con una frase che ci fa comprendere l'essenza del beneficio di un sonno ristoratore: "Il sonno è il prezzo che il cervello deve pagare per essere al risveglio in grado di imparare nuove cose e affrontare un ambiente che cambia continuamente"

*Maharez Maïla
Moretti Grazia
Persia Simona*

APP IMMUNI

presentato un ottimo progetto, pragmatico ed efficace, e che inoltre aveva espresso la volontà di concedere il codice sorgente e tutte le altre componenti applicative dell'app, in licenza d'uso gratuita e perenne, al Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19, Domenico Arcuri, e alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Alla luce di tali premesse, il 16 Aprile 2020, il Commissario straordinario ha firmato l'ordinanza con cui ha disposto la stipula del contratto di concessione della licenza d'uso sul software alla stessa azienda sviluppatrice.

Il funzionamento di questa app si fonda su un meccanismo molto semplice: "Immuni" associa, ad ogni telefono cellulare, un codice randomizzato cosicché quando i telefoni di due utenti si incontrano, essi si scambiano i rispettivi codici tramite Bluetooth Low Energy, in modo da registrare il contatto avvenuto.

Qualora un utente risultasse positivo al virus Covid-19, può comunicare la sua positività sull'app, trasmettendo il

ONCOLOGIA

Ricerca, Malattia, Pazienti, Associazioni, Volontariato...

I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

Gli esami di screening rappresentano un'importante occasione per giungere precocemente alla scoperta di una malattia. Nel caso dei tumori, è possibile eseguire una serie di indagini da effettuare periodicamente in età adulta. L'obiettivo di questi - la mammografia per il tumore al seno, la ricerca del sangue occulto nelle feci per il tumore del colon-retto e l'Hpv-test per il tumore della cervice uterina - è di diagnosticare quanto prima la presenza di un tumore al seno, al collo dell'utero o al colon-retto, in modo da poter iniziare precocemente una terapia. Attraverso gli screening è stato possibile rilevare quasi il 30 % delle nuove diagnosi annue di cancro in Italia (371mila nel 2019).

Programmare gli screening in epoca pandemica

L'esplosione pandemica di malattia da coronavirus (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 - SARS-COV2) si è ampliata nei primi mesi del 2020 al punto da comportare, in data 11 marzo, la dichiarazione di pandemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La diffusione in Italia aveva già assunto proporzioni tali da indurre il Governo italiano a implementare misure straordinarie per il contenimento e il contrasto all'infezione da coronavirus in data 9 marzo 2020, anche limitando la possibilità di spostamento delle persone su tutto il territorio nazionale.

La pressione sul nostro sistema sanitario nazionale è stata molto forte: è stato necessario riorganizzare l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, potenziando le risorse e i posti letto delle specialistiche necessarie per l'assistenza ai malati di coronavirus (terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia). Anche i Dipartimenti di Prevenzione hanno potenziato strategie di sanità pubblica volte al contenimento dell'epidemia di Covid 19. Allo stesso tempo, su indicazione del ministero della Salute, allo scopo di soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di

APP IMMUNI

Codice Univoco Nazionale (CUN), il numero di Tessera Sanitaria e il codice di dieci caratteri che compare alla voce "segnala positività", all'operatore sanitario che ha comunicato l'esito positivo oppure all'operatore telefonico del call center dedicato.

A questo punto, dopo la convalida del codice monouso, si procede al caricamento della positività. Questa manovra è denominata "sblocco" di Immuni.

Ciascun utente, entrato in contatto con la persona risultata positiva a SARS-CoV-2, riceve una notifica sull'app che segnala l'esposizione a rischio.

L'8 giugno 2020 è partita la fase di sperimentazione di "Immuni" che ha visto protagonista proprio la nostra Regione, la Puglia, affiancata da Abruzzo, Liguria e Marche.

Superata la fase sperimentale, l'applicazione dell'app è stata estesa su tutto il territorio nazionale, caratterizzata da un esordio entusiasmante, sancito da più di due milioni di download nelle prime battute.

I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

assistenza, si è modificata la modalità di offerta assistenziale: **le attività sanitarie** ambulatoriali e di ricovero, per prestazioni garantite dal SSN, **sono state suddivise in non procrastinabili** (dunque erogate, in sicurezza, con le consuete tempistiche di riferimento come da Piano Nazionale di Gestione delle Liste d'Attesa - PNGLA 2019-2021) **e procrastinabili**, dunque sospese e da riprogrammare successivamente, per garantire il contenimento del contagio e salvaguardare la salute dei cittadini e degli operatori dalla pandemia nella sua fase di massima diffusione. **Tra queste ultime sono state ricomprese anche le prestazioni di screening di primo livello**, per definizione rivolte a una popolazione clinicamente asintomatica.

Ciò ha determinato oltre un milione di esami di screening in meno fino a fine settembre 2020, per un potenziale incremento delle diagnosi di cancro prossimo alle cinquemila unità. È questa la faccia più subdola del Covid-19, che potrebbe aprire la strada all'aumento dei pazienti oncologici.

Le cause dei ritardi: una problematica multifattoriale

I pazienti con sintomi aspecifici di cancro (cioè sintomi così generici da poter essere attribuiti ad altri disturbi comuni) hanno incontrato difficoltà a farsi visitare in quanto gli ospedali hanno limitato gli accessi a tutti i casi non evidentemente urgenti, riallocando le risorse alla gestione della pandemia e operando per ridurre i rischi di infezione da COVID-19 all'interno degli ospedali.

Altra problematica è stata la paura, infatti sette pazienti su 10 hanno avuto timore a recarsi in ospedale durante la fase più acuta della pandemia, una paura che non è cessata con l'attenuarsi dei contagi.

Il ritardo nelle campagne di screening è ancora un problema dopo la fine della fase acuta dell'emergenza, perché la riapertura dei servizi diagnostici è avvenuta gradualmente e con norme di distanziamento che ne riducono la capacità. Tutto ciò porterà inevitabilmente a una ulteriore riduzione delle diagnosi precoci e a un aumento dei casi di tumore identificati in fasi prevedibilmente più avanzate.

Attualmente, benché l'epidemia sia ancora attiva, le conoscenze su COVID-19 e sulla prevenzione e il trattamento di questa

APP IMMUNI

Il successo di “Immuni” ha però registrato una battuta d’arresto rilevante: secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, aggiornati al 28 Gennaio 2021, il numero di download totale è di 10.240.597, un numero modesto se si considera che l’obiettivo preposto è pari al 60% della popolazione italiana; a questo si aggiunge un dato ancor più allarmante, ossia che sono solo 9.758 gli utenti che hanno segnalato la loro positività sull’app.

Un punto a sfavore nella diffusione dell’utilizzo dell’app è sicuramente rappresentato dal timore della collettività di vedere violata la propria privacy: un dubbio lecito, ma contraddetto dalla stessa modalità di funzionamento dell’app.

Basti pensare che il sistema associa ad ogni telefono un codice generato in modo casuale e che si modifica ripetutamente nell’arco della giornata; ogni contatto tra utenti viene registrato in background, senza la necessità di aver l’app aperta e di inserire in memoria identità e posizione degli

I PERCORSI DI SCREENING NELL’ERA PANDEMICA COVID19

malattia fanno pendere la bilancia a favore della ripresa degli screening. I pazienti devono sapere che **è tempo di tornare a fare i controlli**.

Si prevede che saranno quasi 4 milioni gli screening oncologici che dovranno essere recuperati per via della sospensione durante il lockdown. Una mole di lavoro difficile da smaltire senza un piano strategico che molte Regioni hanno già preparato. La Puglia, per esempio, ha attivato convenzioni con strutture private e liberi professionisti, ma il problema principale è la disponibilità di ambulatori e macchinari, dal momento che sale d’aspetto e macchine devono essere sanificate tra una visita e l’altra.

Un punto sulla situazione: i numeri e gli effetti del ritardo sui programmi

Un tema emerso a seguito della sospensione dei programmi di screening operata fino a maggio, è l’inferenza alla non essenzialità della prevenzione oncologica, che già faticava a decollare soprattutto al Sud Italia.

L’importanza di questi programmi e di conseguenza di un loro ritardo, tuttavia, è testimoniata dai numeri.

In Italia al 30 Settembre 2020 complessivamente venti Regioni hanno risposto al sondaggio sul ritardo accumulato degli screening oncologici e sulle capacità di recupero di ogni Regione, a cura del gruppo di lavoro dell’ ONS.

Per quanto riguarda lo **screening cervicale** bisogna considerare che la popolazione da invitare nel 2020 sarebbe stata, a prescindere dalla pandemia, inferiore a quella del 2019 a causa della cadenza quinquennale dell’HPV test, rispetto a quella triennale del Pap test. Nel 2020 complessivamente, nei primi 9 mesi, si osserva una riduzione rispetto all’anno precedente di più di un milione di inviti (1.162.842) pari ad una riduzione percentuale del 40,5% con grande variabilità tra le varie Regioni. Per i primi 9 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019, **il numero e la percentuale di donne esaminate in meno rispetto al 2019 è complessivamente 540.705**, pari ad una riduzione del 48,8%. Prendendo in esame i due periodi temporali (gennaio-maggio e giugno-settembre) si passa dal -55,1% del primo periodo al -39,3% del secondo periodo. In altre parole continua ad accumularsi ritardo, anche se a velocità

APP IMMUNI

utenti. Ultimo ma non per importanza: l'app ha ricevuto il via libera dal Garante della Privacy che ha vigilato al fine di tutelare i dati sensibili degli utenti.

Qual è la reale criticità che ha posto un freno all'ascesa del gioiello di Bending Spoons?

Il limite principale è verosimilmente riconducibile alle informazioni frammentarie e nebulose relative alle modalità di funzionamento del software, che hanno gradualmente fatto spazio a dubbi e incertezze nei meandri delle menti degli utenti.

Una lacuna importante risiede inoltre nel ruolo dei Medici di Medicina Generale: è paradossale che gli operatori sanitari che operano sul territorio, in prima linea nella lotta contro il Covid-19, non possano caricare la positività dei loro pazienti sul software; essi infatti sono confinati ad una mera valutazione della condizione di rischio in cui i versano i propri pazienti.

Un altro importante gap è rappresentato dalla logistica che si articola attorno alla segnalazione di positività sull'app: gli operatori sanitari,

I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

minore. Questo fenomeno si vede bene considerando i mesi standard di ritardo: alla fine di settembre sono 4,4 (2,9 mesi del primo periodo più 1,5 mesi del secondo). **A causa del ritardo accumulato la stima delle mancate diagnosi di lesioni CIN2+ è vicina a 2.400 (2.383)**, mentre alla fine di maggio la stima era di 1.677. Da un punto di vista prognostico è opportuno ricordare che quasi nella totalità dei casi le lesioni target dello screening cervicale sono CIN2 e CIN3, che sono lesioni pre-cancerose con un basso potenziale di trasformazione e che, mediamente, il tempo necessario affinché una lesione CIN3 progredisca a cancro è di diversi anni. Inoltre, se da un lato esiste la possibilità che queste lesioni progrediscono, dall'altro è anche vero che una parte di queste, soprattutto CIN2, regrediscono spontaneamente, mentre si può assumere che la gran parte si presentino uguali ad un successivo o ritardato screening. Infine il trattamento delle lesioni CIN3 rispetto a quelle CIN2 non implica una maggiore invasività del trattamento e non comporta alcun peggioramento nella prognosi e di fatto il ritardo diagnostico è clinicamente rilevante solo quando una lesione pre-cancerosa si trasforma in lesione invasiva.

Riguardo allo **screening mammografico** si registra una riduzione rispetto al 2019 di più di 900.000 inviti (-947.322) pari al -34,5%. Anche per lo screening mammografico si osserva una grande variabilità fra le Regioni, con valori di ritardo che arrivano a -60% (-41,6% nei primi 5 mesi e -19,6% nel successivo periodo), dimostrando un tentativo, ancorché parziale, di recupero. **Nei primi 9 mesi del 2020 sono oltre 600.000 in meno le donne che hanno eseguito la mammografia** in screening rispetto allo stesso periodo del 2019, pari ad una riduzione del 43,5 %. Prendendo in esame i primi due periodi temporali (gennaio-maggio, giugno-settembre) si può notare come nel secondo periodo vi sia un netto rallentamento nella diminuzione proporzionale degli esami eseguiti: infatti si passa dal -53,6% del primo periodo al -28,1% del secondo periodo. In altre parole, continua ad accumularsi ritardo, anche se a velocità minore, in modo tale da ottenere, alla fine di settembre, 3,9 mesi di ritardo standard. Inoltre la propensione a partecipare, avendo ricevuto un invito, si è ridotta relativamente del 21 %. **Il numero di**

APP IMMUNI

a cui l'utente deve comunicare il codice mono-uso, sono quantitativamente insufficienti e hanno notevoli difficoltà nel ricostruire la fitta rete sociale che ciascun utente potenzialmente possiede.

Sicuramente un considerevole supporto nell'attività di contact tracing, svolta dagli operatori sanitari, è stato offerto dagli operatori del call center, ma bisogna sottolineare che nelle prime fasi di vita di "Immuni" era attivo in pochissime Regioni Italiane (Campania, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Molise e Trento).

Fortunatamente un piccolo passo avanti è stato compiuto: i Pugliesi attualmente, dopo aver effettuato il tampone molecolare, possono quantomeno consultare sul portale Puglia Salute il documento che, oltre a riportare l'esito del test, presenta anche il nuovo codice CUN che può essere comunicato al numero verde regionale 800.91.24.91, attivo tutti i giorni dalle 7 alle 22.

Secondo i dati aggiornati al 28 Gennaio 2021, il numero di download effettuati in Puglia

I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

carcinomi alla mammella non diagnosticati è stimato essere pari a 2.793, 154 solo nella nostra regione. Alla fine di maggio la stima era di 2.099 casi.

Nel caso del **carcinoma colon-rettale**, la variabilità fra le Regioni è ampia, con ritardi che arrivano al 70%. Complessivamente, nei primi 9 mesi del 2020, osserviamo una riduzione di quasi 2.000.000 di inviti (1.907.789) rispetto all'anno precedente, pari al 42,0%. Una situazione particolare è rappresentata dalla Puglia, che di fatto ha iniziato il programma di screening coloretale negli ultimi mesi del 2019 e lo ha portato avanti nei primi mesi del 2020 per cui può essere analizzato solo il dato complessivo del 2020. Le persone che hanno eseguito il test di screening (test FIT immunologico o Sigmoidoscopia) nei primi 9 mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019, sono quasi un milione in meno (967.465), con una riduzione del 52,7%. Sempre per lo screening colon-rettale si può osservare che alla fine di settembre si è giunti a 4,7 mesi standard di ritardo con una propensione alla partecipazione ridotta relativamente del 20%. La stima causata dal ritardo accumulato è di **1.168 carcinomi e di 6.667 adenomi avanzati non ancora diagnosticati**. Come per lo screening cervicale, il ritardo diagnostico accumulato finora non causa verosimilmente un peggioramento della prognosi o comunque una maggiore morbilità se non tramite un passaggio da lesione pre-invasiva a lesione invasiva.

Lo screening dopo il Covid-19

Tra marzo e aprile dello scorso anno l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha mantenuto un confronto serrato con i referenti regionali dei programmi per agevolare l'adozione di comportamenti consensuali con cui far fronte alle sfide che l'epidemia da virus SARS-CoV 2 pone alla prevenzione oncologica. Ciò che ne è venuto fuori è l'esigenza di un **efficientamento** dei programmi di screening.

Comunicazione

Si rende quantomai necessario implementare le comunicazioni dirette con i cittadini. Per esempio, il Centro Screening dovrebbe poter utilizzare i sistemi elettronici attivati in molte regioni per la

APP IMMUNI

è pari al 18.2% (642.714) a fronte di una media nazionale del 19,3%.

Una differenza in termini percentuali apparentemente modesta di solo 1,1. Ma prendiamo in considerazione ad esempio la settimana 18-24/01/2021: gli utenti che hanno caricato la loro positività sull'app e le notifiche di contatti a rischio su tutto il territorio pugliese sono inferiori a sei, un numero che rende vano ogni tentativo di contenimento della diffusione del virus.

Bisogna ammettere che in altre Regioni i numeri appaiono più incoraggianti, ad esempio nel Lazio, nella medesima settimana, gli utenti risultati positivi sono 145 con relative 137 notifiche di contatti a rischio.

Non c'è dubbio che "Immuni" possa essere un valido strumento nella ardua battaglia intrapresa contro il virus ma, se non verranno colmate tempestivamente tutte le lacune presenti nella logistica, rischieremo di non avere più un diamante tra le mani. Sarà solo grafite.

De Bari Lorena

I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

gestione di un invito via SMS, superando le problematiche correlate alla garanzia della privacy che ne hanno impedito l'adozione fino ad ora. Un'ulteriore opzione per ovviare alla mancanza di numeri di telefono e rispettare le stringenti normative sulla privacy è pensare a un collegamento tra Centri screening e CUP.

Soprattutto nella fase di ripresa dei programmi l'uso delle comunicazioni telefoniche può essere fondamentale, informando coloro che dovranno essere invitati nel prossimo periodo dei comportamenti da tenere e delle decisioni organizzative adottate, avendo maggiore certezza di adesione e richiedendo esplicita comunicazione anche in caso di non adesione. Tali mezzi di comunicazione possono essere inoltre utilizzati per invitare a rispettare i tempi fissati, evitando sovraffollamenti non previsti.

Cambiamenti nei singoli programmi

La domanda è come e da chi ripartire.

Tra le strategie di efficientamento nello screening del tumore della cervice bisogna considerare:

- l'abbandono del Pap test, che va somministrato ogni 3 anni, a favore dell'HPV test, da somministrare con cadenza quinquennale;
- la possibilità del "self-sampling" per l'HPV test, che a parità di efficacia e sensibilità rispetto al test somministrato ambulatorialmente, ne aumenta l'aderenza con la possibilità di scelta per la paziente di ritirare il test in farmacia o di ricevere il kit a casa per posta;
- la riduzione della frequenza dell'HPV test in pazienti già vaccinate contro il Papillomavirus, allungando l'intervallo di screening di mesi se non di alcuni anni rispetto ai 5 attualmente in uso.

Per lo screening del tumore del colon-retto, viene già offerta la possibilità di raccogliere i campioni per i test sulle feci a casa e di riconsegnarli in farmacia o direttamente al laboratorio analisi.

Per quanto attiene lo screening del tumore della mammella il tema è ancora più delicato. La metodica eseguibile senza accesso alle strutture ospedaliere è l'autopalpazione del seno, che però,

I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

anche nel caso in cui venga correttamente eseguita da un'alta percentuale di pazienti, rischia di individuare formazioni già clinicamente evidenti e, dunque, in stadio più avanzato. L'impatto sulla prognosi di un ritardo diagnostico per questo tumore, inoltre, è ben più importante.

Dai dibattiti inoltre emerge come le strategie di ripresa dello screening debbano essere riorganizzate dando priorità a pazienti a maggior rischio.

L'efficientamento dello screening mammografico era già al centro di un percorso precedente, l'iniziativa On-Gisma sulla revisione delle Linee guida europee, un solco per ripensare alle pratiche consolidate.

Una delle proposte è quella di ridurre l'offerta nelle fasce d'età 45-49 e 70-74, ponendo più attenzione in questa fase ai pattern di mammelle dense, per i quali sarebbe, inoltre, da valutare l'introduzione della Tomosintesi nello screening. In questi pattern si proporrebbe questa metodica già dai 40 anni, con ecografia nei due anni successivi, fino ai 49 anni; dai 50 anni si passerebbe ai controlli biennali consolidati fino ai 69 (con Tomosintesi fino ai 55), tornando ai controlli triennali nella fascia tra i 71 e i 74 anni. La metodica della Tomosintesi, infatti, ridurrebbe i nuovi accessi per lesioni dubbie e il numero di falsi negativi e falsi positivi rispetto alla metodica mammografica tradizionale, soprattutto sulle mammelle dense ed eviterebbe il ricorso a metodiche di prevenzione opportunistiche.

Concludendo, gli effetti della pandemia sulla morbilità e mortalità per tumore a seguito di una mancata diagnosi precoce potranno essere valutati solo nei prossimi anni, anche grazie all'integrazione tra metodi di raccolta dati come ISTAT e Registro Tumori, anche in questo caso cercando di sbrogliare il groviglio burocratico a garanzia del corretto rispetto della privacy.

Questa fase può inoltre essere una spinta ad un'apertura a nuovi scenari di efficientamento delle pratiche in uso nonché può richiamare l'attenzione sull'effettiva importanza data alla prevenzione e alla diagnosi precoce da parte dell'utenza e delle istituzioni.



I PERCORSI DI SCREENING NELL'ERA PANDEMICA COVID19

Fonti di riferimento

<https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto-ripartenza-screening-maggio-2020>

<https://www.humanitas.it/news/covid-19-tumori-la-riduzione-degli-screening-calò-delle-diagnosi/>

<https://www.airc.it/news/non-dimenticare-screening-e-controlli>

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/oncologia/screening-oncologici-in-ritardo-a-causa-del-covid-19>

<https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-degli-screening-settembre-2020>

<https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/screening-colon-retto-puglia-farmacie-dei-servizi>

<https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/pensando-allo-screening-dopo-il-coronavirus>

*Rosa Scanniffio
Francesco Moramarco
Irene Parchitelli*



MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

Come è noto l'organizzazione e la gestione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) è affidata alle Regioni, ai sensi del D.Lgs 368/99 e successive modifiche, e i contenuti affrontati durante il corso di formazione tendono sempre più a far riferimento alle competenze da acquisire piuttosto che alle singole materie.

Deve però essere rilevato che, mentre nella maggior parte dei Paesi UE, la formazione in Medicina Generale è una specialità, con propri dipartimenti a livello universitario o regionale, questo non avviene in Italia.

Per il medico neolaureato il CFSMG è un percorso formativo poco attraente in particolare per due motivi (si veda anche la tabella 1. di raffronto sopra riportata):

- l'esiguità della borsa di studio, infatti 966 euro/lordi al mese, non sono sufficienti per potersi dedicare esclusivamente alla propria formazione;
- la minor importanza che viene attribuita dall'opinione pubblica a questo percorso formativo rispetto a quello di specializzazione, a causa dell'assenza del titolo di "specialista" in medicina generale.



MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

Tabella 1. Caratteristiche generali del corso e specializzazione

	SSM	MMG
Durata	4-6 anni	3 anni
Trattamento economico – Quota fissa	22.700 euro lordi / anno	10.604,50 euro lordi / anno
Quota variabile	2.300 euro lordi i primi 2 anni 3.300 euro lordi gli ultimi 2 anni	No
Bonus Renzi	No	Si, 80 euro al mese
Stipendio mensile	1.650 – 1.700 euro al mese	967 euro al mese
Tasse universitarie	Si, dagli 850 ai 3.000 euro annui	No
Enpam – Quota B	No	Si, il 2% della borsa totale (140 euro circa)
Assicurazione RC/Infortunio	facoltativo***	Si, dai 300 euro in su
Stipendio fa reddito?	No	Si
Totale netto mensile	Dai 1580 ai 1350 euro	929 euro

*Ogni università fa pagare le tasse proprie, nella nostra rubrica abbiamo l'elenco delle tasse universitarie che si pagano per singola scuola.

Un altro aspetto certamente scoraggiante è la reale durata del percorso di formazione in MG, ben superiore rispetto al teorico arco di tempo triennale. Infatti dall'ottenimento della laurea all'assegnazione della convenzione possono passare anche più di 7 anni, contro i 5/6 anni necessari per ottenere la specializzazione.



MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO



Questo ritardo è essenzialmente legato a diversi fattori: i tempi burocratici di pubblicazione delle graduatorie; la necessità del possesso di titoli già al momento dell'iscrizione ai concorsi; la rigidità dei piani di studio di recupero per chi è costretto alla sospensione del corso a causa di maternità o malattia superiore a 40 giorni.

Un ulteriore aspetto negativo del percorso di formazione in MG consiste nell'essere caratterizzato da alcuni tempi morti. Un primo ritardo si determina con la pubblicazione del bando sui bollettini regionali che solitamente avviene verso il mese di novembre; questo fa sì che il concorso si svolga in gennaio e che, a causa dei tempi di pubblicazione delle graduatorie, non si riesca a prendere servizio prima della fine di marzo dell'anno successivo, creando così già un ritardo di 6 mesi. Se poi, come detto, durante il triennio un medico in formazione è costretto ad assentarsi per gravidanza o malattia superiore ai 40 giorni - indipendentemente dal numero di mesi di assenza - perde un intero anno. Naturalmente questo è anche penalizzante ai fini dei tempi per l'inserimento in graduatoria per l'accesso alla professione.

Non basta, dopo l'ottenimento del diploma del corso di formazione in medicina generale, il neo medico di Medicina Generale presenta domanda per l'inserimento nella graduatoria, la cui pubblicazione ha tempi che superano l'anno. Da ultimo, una volta pubblicata la graduatoria è necessario attendere la pubblicazione degli ambiti carenti.

Tutto ciò spiega la abnorme dilatazione dei tempi prima della presa in carico definitiva.

Si verifica poi un altro problema causato dall'art.27 del DL 368/99, comma 1 il quale recita: "la formazione specifica in Medicina Generale comporta la partecipazione personale del candidato all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta."

In questa disposizione non vi è alcuna definizione precisa delle attività da svolgere e degli obiettivi formativi da raggiungere.

Accade così che il medico tirocinante, non seguendo un programma regionale preciso con obiettivi formativi determinati e condivisi con i tutor ospedalieri, possa essere coinvolto in

MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

attività professionali e formative non del tutto finalizzate all'acquisizione di competenze cliniche utili alla pratica ambulatoriale o alla conoscenza del rapporto ospedale/territorio.

La formazione risulta quindi essere dipendente dalla buona volontà dei tirocinanti e dalle iniziative dei singoli tutor, i quali talvolta non hanno particolare incentivo o interesse a esercitare il proprio ruolo e a coinvolgerli.

Il problema si acuisce durante i 18/24 mesi di frequenza ospedaliera (pari a quasi i 2/3 della durata del corso). In questo periodo frequentemente il medico in formazione non riesce a esercitare la pratica clinica con l'approccio specifico del medico che lavora sul territorio. E' un problema che si è acuito in questi mesi di pandemia (da marzo 2020 a oggi). Durante questi mesi riuscire a svolgere attività in reparti ospedalieri o in ambulatori specialistici sul territorio è diventato sempre più complesso se non utopico.

Va anche sottolineato come la differente possibilità di svolgere sul territorio italiano attività compatibili professionalizzanti cioè di sostituzione di Medico di MG, di Continuità Assistenziale o di Guardia Turistica, determini una formazione assolutamente eterogenea.

Né si può sottacere come lo svolgimento di tali attività professionalizzanti, non è adeguatamente valorizzato all'interno del percorso formativo e spesso crea un'ulteriore disomogeneità di formazione anche tra colleghi frequentanti lo stesso corso.

Tali differenze, si traducono in un'eterogenea gamma di percorsi formativi in evidente contrasto con la presupposta unicità del titolo di Medico di Medicina Generale.

Si deve concludere che, durante il periodo di formazione, la possibilità di ottenere una buona pratica medica è legata soprattutto alla intraprendenza dei giovani medici. In teoria il corso potrebbe essere molto più professionalizzante ma il modo in cui è strutturato impedisce spesso di svilupparne le potenzialità.

Tutto ciò si scontra chiaramente con la proclamata volontà, espressa dal mondo politico e scientifico, di considerare la Medicina Generale un pilastro insostituibile ed in pieno sviluppo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

Ne consegue che ciascuna delle criticità analizzate meriterebbero approfondito esame nelle opportune sedi, al fine di ottenere una adeguata revisione normativa della regolamentazione del Corso.

Gravidanza e Formazione: SSM vs MMG

E' possibile pensare a una gravidanza ed essere tutelate durante la formazione SSM ed MMG? Certamente si, anche se ci sono delle differenze da conoscere.

	SSM	M MG
Assegno di maternità	Si, solo parte fissa del contratto	No
Assegno EMPAM	Si, ma solo quando si eccedono i 12 mesi di maternità	Si

L'Enpam assicura un'indennità economica che copre i due mesi precedenti il parto e i tre mesi successivi. L'indennità è pagata a prescindere dall'effettiva astensione dall'attività professionale.

A tutte le iscritte, l'ENPAM garantisce sia a chi è in MMG sia a chi in specializzazione un assegno di maternità che corrisponde all'80 per cento di 5/12 del **reddito professionale** che l'iscritta ha denunciato ai fini fiscali nel **secondo anno precedente** alla data del parto (**si considera il parto effettivo e non la data presunta**: per cui ad esempio se, secondo i calcoli, si presume che il bambino nasca il 30 dicembre 2017 ma poi nasce il 3 gennaio 2018, si prende come riferimento il reddito 2016, dichiarato nel 2017).

In ogni caso è comunque previsto un **assegno minimo di gravidanza**, garantito a tutte le dottoresse anche in assenza di redditi, e un importo massimo.

Minimo 6000 euro – Massimo 25.000.

Requisiti per l'ottenimento della maternità durante la formazione

Hanno diritto all'indennità di maternità:

- tutte le professioniste iscritte all'Ordine purché non siano tutelate da altre gestioni. L'Enpam integra comunque le prestazioni che non dovessero arrivare al minimo assicurato;



MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

- le iscritte al corso di formazione in Medicina generale;
- le specializzande per i periodi eventualmente non coperti dalla borsa di specializzazione (se il bambino nasce al termine del periodo di formazione oppure quando la specializzanda ha già fatto 12 mesi di assenza per maternità o malattia).

Per le donne la specializzazione (SSM) garantisce anche uno stipendio per la maternità, cosa che non succede per quelli di MMG che invece possono sospendere la formazione gratis (ma hanno diritto da subito all'assegno ENPAM).

Tratto dal **contratto di formazione specialistica nazionale (SSM)**:

- *Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per maternità, per la quale restano ferme le disposizioni previste dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, e malattia sospendono il periodo di formazione con obbligo per il medico in formazione specialistica di recuperare delle assenze effettuate. Durante la sospensione per i predetti impedimenti al medico in formazione specialistica compete esclusivamente la parte fissa del trattamento economico di cui all'articolo 6, limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli previsti dalla durata legale del corso.*

Se invece avrete 3 gravidanze, oppure anche 2 gravidanze ma dovrete chiedere la maternità per più di 12 mesi (ad esempio se frequentate laboratori), vi verrà incontro l'ENPAM con un assegno che come dicevamo corrisponde all'80% di 5/12 del **reddito professionale** che l'iscritta ha denunciato ai fini fiscali nel **secondo anno precedente** alla data del parto (**si considera il parto effettivo e non la data presunta**: per cui ad esempio se, secondo i calcoli, si presume che il bambino nasca il 30 dicembre 2017 ma poi nasce il 3 gennaio 2018, si prende come riferimento il reddito 2016, dichiarato nel 2017).

Facendo due calcoli un assegno di maternità dell'enpam per una specializzanda dovrebbe aggirarsi sui 7/8 mila euro (sempre solo e quando si superino i 12 mesi di maternità per cui si è già coperti dalla borsa di studio).

MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

Indennità di maternità per chi è in formazione MMG

Per chi è formazione MMG non c'è assegno di maternità coperto dalla borsa di studio ma c'è solo l'assegno ENPAM. Inoltre la dottoressa può sospendere il corso di formazione e recuperarlo in seguito oppure può non sospenderlo, in quanto l'assegno di maternità viene erogato "indipendentemente dall'effettiva astensione dall'attività".

MMG-SSM E LA DIFFERENZA ACCADEMICA

60000 medici ogni giorno svolgono il loro ruolo di Medico di Medicina Generale. Eppure l'Università sembra non accorgersene. Questo è quanto si evince dai risultati di un lavoro presentato durante il 70° Congresso Nazionale dal Coordinamento FIMMG Formazione del Friuli Venezia Giulia.

Con il Decreto Ministeriale del 07/03/2007 è stato disposto di fornire ai laureati della classe LM41 (Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia) una adeguata conoscenza della medicina di famiglia e del territorio anche attraverso esperienze pratiche di formazione sul campo. Per questa ragione nei regolamenti dei Corsi di Laurea è spesso specificata la obbligatorietà di frequentare gli studi dei Medici di Medicina Generale a partire dal 5° anno di corso e la facoltà di iniziare tali esperienze formative già al 4° anno.

Tuttavia nella realtà pratica si ha scarso riscontro delle suddette attività. Tirocini e lezioni frontali di Medicina Generale sono tuttora assenti nella maggioranza degli atenei. E, qualora i tirocini siano presenti, si tratta comunque di tirocini di brevissima durata (nella minoranza dei casi superano le 2 settimane) e svolti all'ultimo anno, quando gran parte degli studenti sono già integrati nella vita dei reparti ospedalieri ed impegnati nello sviluppo delle tesi di laurea.

Questa situazione di carenza emerge anche dalle risposte date al questionario, sviluppato dal Coordinamento del Friuli Venezia Giulia, a cui hanno risposto medici frequentanti i Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale di tutta Italia. Dalla valutazione delle risposte risulta evidente una inadeguatezza dell'offerta formativa nei confronti della medicina extraospedaliera, al punto che il 90% dei medici interpellati ha affermato che il Corso di Laurea non ha dato un'idea valida di

MMG E SSM: MONDI A CONFRONTO

cosa significhi lavorare come Medico di Medicina Generale. La quasi totalità dei rispondenti ha, inoltre, affermato che il Corso di Laurea ha la tendenza ad indirizzare gli studenti verso la medicina ospedaliera.

Questi dati impongono una riflessione riguardo allo spazio dedicato alla Medicina Generale durante i 6 anni di università. Una disciplina così importante relegata, a discapito dei Decreti e dei regolamenti, ai margini del Corso non avrà mai la possibilità di vedersi attribuita la dignità che merita. Pertanto è necessario che l'inserimento dello studente di medicina nel contesto della medicina del territorio sia anticipato e valorizzato al fine di favorire la scelta consapevole di una strada che 60000 degli attuali medici hanno orgogliosamente intrapreso.

Fonti:

<https://als-fattore2a.org/specializzazione-medica-o-medicina-generale-aggiornato-al-2019/>

[http://fimmgformazione.org/wp-](http://fimmgformazione.org/wp-content/uploads/2013/10/Dossier_FIMMG_Formazione_2013.pdf)

[content/uploads/2013/10/Dossier_FIMMG_Formazione_2013.pdf](http://fimmgformazione.org/wp-content/uploads/2013/10/Dossier_FIMMG_Formazione_2013.pdf)

<http://fimmgformazione.org/newsletters/la-medicina-generale-durante-il-corso-di-laurea/>

Silvia Giombini

Giuseppe De Fini



LE DIFFERENZE DI GENERE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la "medicina di genere" come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Vi sono numerosi dati epidemiologici, clinici e sperimentali che evidenziano l'esistenza di differenze rilevanti nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie, nonché nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici a seconda del genere.

Il primo passo in questa direzione è stato fatto il 31 gennaio 2018 quando è stata approvata e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge 3/2018

“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute”.

L'articolo 3 di questa legge, “Applicazione e la diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale”, richiedeva infatti la predisposizione di un Piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tenessero conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Tale Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale in Italia è stato approvato formalmente il 13 giugno 2019 dal Ministro della Salute che ha firmato il decreto attuativo relativo alla Legge 3/2018.

Sebbene l'interesse per la medicina di genere si stia diffondendo in tutto il mondo, con l'approvazione di questa legge l'Italia è stata il primo Paese in Europa a formalizzare l'inserimento del concetto di “genere” in medicina.

LE DIFFERENZE DI GENERE

Il Piano è stato elaborato dal ministero della Salute e dal Centro di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità (Iss) con la collaborazione di un Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali sul tema e dei referenti per la medicina di genere della Rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), nonché dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Il Piano definisce gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per una reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle quattro aree d'intervento previste dalla legge:

- percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, volti a garantire un approccio intersettoriale tra le diverse aree mediche che tenga conto delle differenze derivanti dal genere;
- promozione e sostegno della ricerca (biomedica, farmacologica e psico-sociale) basata sulle differenze di genere;
- promozione e sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, al fine di garantire livelli di formazione e di aggiornamento adeguati per il personale medico e sanitario;
- promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

La Legge 3/2018 al Comma 5 ha previsto anche l'istituzione presso l'Iss di un Osservatorio dedicato alla medicina di genere al fine di coinvolgere gli altri enti vigilati dal ministero della Salute (IRCCS, AIFA e Agenas) e numerosi altri rappresentanti istituzionali.

L'obiettivo principale dell'Osservatorio è quello di assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano, aggiornando nel tempo gli obiettivi in base ai risultati raggiunti per fornire al Ministro della Salute i dati, da presentare annualmente alle Camere, relativi alle azioni attuate sul territorio nazionale.

L'impegno dell'ISS e del Centro di riferimento per la medicina di genere è quindi volto alla definizione di percorsi di sensibilizzazione, formazione e aggiornamento degli operatori sanitari in parallelo con la promozione di campagne di comunicazione e informazione rivolte al cittadino allo scopo di diffondere politiche sulla salute di genere.



LE DIFFERENZE DI GENERE

Importante è anche la preparazione di raccomandazioni e documenti da proporre alle Istituzioni affinché promuovano percorsi di presa in carico che tengano conto delle differenze di genere, nonché Piani sanitari e di razionalizzazione dei costi di gestione del paziente.

Inoltre il Centro è impegnato direttamente nello studio dei meccanismi fisiopatologici responsabili delle differenze di genere e degli effetti degli stili di vita e dell'ambiente sulla salute di uomini e donne.

E' chiaro che l'approvazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale ha rappresentato indubbiamente un primo passo in questo senso ma la sua attuazione richiede un costante impegno da parte di tutti i professionisti della salute al fine di integrare in tutte le aree mediche l'approccio di genere, non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici.

Il fine ultimo è quello di migliorare la salute di tutti attraverso una medicina realmente personalizzata, auspicabilmente più efficace ed economica.

A un anno dalla firma del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere, nel luglio del 2020 si è svolto un incontro per fare il punto sul lavoro che il Ministero della Salute sta svolgendo sul tema della Medicina di Genere, sia in termini di Formazione e ricerca, sia nell'ambito dell'Osservatorio in linea con il Piano Nazionale.

L'incontro si è svolto presso il Ministero tra la Sottosegretaria alla Salute Sandra Zampa, l'Onorevole Fabiola Bologna, Componente della XII Commissione " Affari Sociali" della Camera dei Deputati, e una delegazione della Fnomceo.

Per Fnomceo erano presenti: il Presidente, Filippo Anelli, la Coordinatrice del Gruppo di Lavoro sulla Medicina di Genere, Teresita Mazzei, e Franco Lavallo, Componente della stessa Commissione.

Il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli, ha ribadito che il comprendere come il genere influisca sulla diagnosi, sulla risposta alle terapie e sulla sensibilità agli effetti collaterali, ma anche sull'incidenza delle patologie e sull'accesso alle cure, è una questione di appropriatezza e di equità, che permette di realizzare appieno gli obiettivi di efficienza, efficacia e

LE DIFFERENZE DI GENERE

Universalità del nostro Servizio Sanitario nazionale.

Egli ha inoltre sottolineato l'importanza della formazione del medico sulla Medicina di genere, non solo nell'ambito del percorso accademico ma anche nel post lauream, in particolare attraverso l'educazione continua in medicina (vi sono diversi Corsi Fad dedicati) e i Master sulla salute di genere.

E in Puglia?

Si costituisce a Bari in data 3 agosto 2009 il Gruppo Italiano Salute e Genere (GISEG) con il seguente obiettivo:

“attuare strategie di promozione di una cultura della salute di genere mediante programmi di prevenzione primaria e secondaria, interagendo con strutture ospedaliere e del territorio, Istituzioni, Medicina Generale, Collegi Professionali, specialità sanitarie non mediche, Ass. Pazienti”

ed i seguenti scopi:

- a. interagire con le amministrazioni pubbliche e private nell'ottica di migliorare la definizione dei percorsi preventivi ed assistenziali ed intraprendere iniziative di educazione sanitaria;
- b. promuovere attività scientifica e di ricerca, anche in collaborazione con istituzioni, assoc. scientifiche, Fondazioni, Università, organismi scientifici o strutture di ricerca, industrie;
- c. realizzare programmi d'attività formativa per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente, nel rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla normativa nazionale e regionale con l'obiettivo di favorire la conoscenza di problematiche inerenti il genere;
- d. informare correttamente la cittadinanza delle problematiche relative attraverso l'utilizzo di corretti canali di diffusione delle informazioni;
- e. interagire con cittadini e pazienti per definire interventi inerenti gli aspetti sociali e supporto alle necessità della popolazione;
- f. costruire un punto di vista di genere qualificato
- g. evidenziare la centralità del "gender approach"



LE DIFFERENZE DI GENERE

Nel 2012: Apertura di un tavolo interregionale per promuovere la diffusione della medicina genere- specifica nella programmazione del SSN (ISS).

Nel 2013 all'OMCeO Bari il Presidente dott. F. Anelli costituisce una Commissione per la medicina di Genere.

La dott.ssa A. Moretti è referente e componente attiva nell'Osservatorio di Genere a livello Regionale con impegno anche Nazionale per lo sviluppo dei punti evidenziati nei Quaderni del ministero della Salute dal 2016:

1. **Medicina di genere e politica sanitaria**
2. **Programmazione sanitaria ed equità di genere**
3. **Determinanti di salute e differenze di genere**
4. **La medicina di genere: stato dell'arte e prospettive legislative**

Quaderni
del Ministero
della Salute

ISSN 2038-5293

26

n. 26, aprile 2016

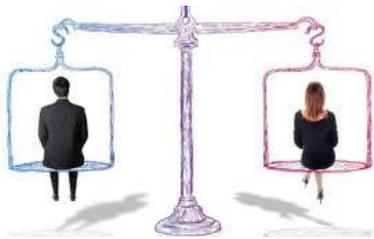
Il genere come determinante di salute

Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura

APPROCCIO DI GENERE:

Quali gli Ambiti Applicativi?

- **Medicina Generale e Cure Primarie**
- **Malattie cardiovascolari**
- **Differenze di Genere e Demenza**
- **Malattie Respiratorie croniche**



LE DIFFERENZE DI GENERE

- **Differenze di Genere nella malattia artrosica**
- **Endocrinologia di Genere: differenze biologiche e cliniche**
- **Risposta immunitaria e malattie autoimmuni**
- **Differenze di Genere in oncologia**
- **Trapianti d'organo e differenze di Genere: interazioni tra fattori biologici e socioculturali**
- **Farmaci e terapia di Genere**

Con l'aumento dell'aspettativa di vita aumenta la popolazione anziana e anche l'incidenza delle malattie croniche legate all'età, con un forte impatto sulla Sanità.

Le donne, con la loro maggiore aspettativa di vita (84,2 anni vs. 80,8) e la tendenza a sviluppare multicronicità, sono le più colpite da questo fenomeno. La popolazione italiana complessivamente è in buona salute, ma per poter garantire la sostenibilità del SSN è importante promuovere campagne di prevenzione mirate e garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

Calibrare l'offerta terapeutica anche in base alle differenze di genere consente di avere un sistema sanitario più efficace.

Alcuni parametri fisiologici (altezza, peso, percentuale di massa magra e grassa, quantità di acqua, pH gastrico), genetici ed ormonali sono differenti nell'uomo e nella donna e condizionano l'assorbimento dei farmaci, il loro meccanismo di azione e la loro successiva eliminazione.

Le differenze di genere, sia in termini di farmacodinamica che di farmacocinetica, vanno analizzate e opportunamente considerate al fine di elaborare un piano terapeutico efficace e ottimizzare il rapporto costi/benefici.

La Medicina generale è il primo contesto in cui la Medicina di genere può essere applicata, in quanto il medico di famiglia è la figura professionale che più si confronta con gli effetti dell'invecchiamento della popolazione e con gli esiti dell'aumento delle cronicità nella popolazione maschile e femminile.

LE DIFFERENZE DI GENERE

Malattie cardiovascolari.



Fino agli anni '90, l'importanza delle patologie cardiovascolari nelle donne è stata poco considerata e le donne scarsamente incluse negli studi clinici relativi alle patologie cardiache; si pensava che le malattie cardiovascolari colpissero maggiormente il sesso maschile.

In realtà l'incidenza delle patologie cardiovascolari è minore durante l'età fertile, eguaglia quella maschile dopo la menopausa e la supera dopo i 75 anni, in virtù delle variazioni endocrino-metaboliche (viene meno la protezione estrogenica).

In Italia, la mortalità per malattie cardiovascolari (cardiache e cerebrali) è maggiore nelle donne rispetto agli uomini e la prima causa di morte per la donna è proprio l'infarto del miocardio.

I fattori di rischio (Diabete, Ipertensione, Fumo, Dislipidemia, Fattori psicosociali, Sdr metabolica) sono gli stessi tra i due sessi, ma pesano in maniera differente; ad esempio l'abitudine al fumo determina un rischio maggiore nella donna.

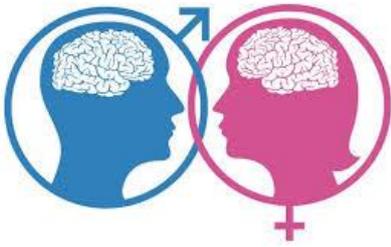
Anche la sintomatologia clinica può variare a seconda del genere (non sono noti i meccanismi fisiopatologici alla base di queste differenze); nella donna spesso l'infarto si manifesta con dolore atipico localizzato non al petto ma all'addome, alla zona interscapolare o alle mascelle; il dolore può essere anche assente e i sintomi possono essere ansia/nervosismo, dispnea lieve o astenia.

Questa variabilità può comportare una diagnosi più difficoltosa e quindi più tardiva con un peggioramento in termini di prognosi. Anche lo scompenso cardiaco ha caratteristiche diverse nella donna rispetto all'uomo; l'incidenza è maggiore negli uomini e abbastanza costante nel tempo, mentre nelle donne tende a diminuire; la prevalenza è invece maggiore nelle donne in età avanzata perché le donne hanno una mortalità minore e sono più longeve. Come cause dello scompenso nelle donne prevalgono l'ipertensione, le valvulopatie e il diabete, meno rappresentata la cardiopatia ischemica.

Le principali differenze fisiopatologiche sembrano legate all'attività degli ormoni estrogeni.

I sintomi sono spesso più importanti nelle donne a parità di compromissione funzionale.

LE DIFFERENZE DI GENERE



Malattie neurologiche

Il cervello differisce sia strutturalmente che funzionalmente nei maschi e nelle femmine: nei maschi sono più sviluppate la corteccia frontomediale, l'amigdala e l'ipotalamo; nelle femmine invece le regioni frontali paralimbiche, la corteccia orbitaria, il giro precentrale e il giro linguale.

Queste differenze strutturali insieme ai fattori genetici, ormonali, immunologici e agli stress psicosociali determinano la diversa incidenza delle varie condizioni morbose.

La malattia di Alzheimer, la sclerosi multipla e la depressione maggiore colpiscono più frequentemente le donne, mentre la malattia di Parkinson ha una incidenza più elevata nei maschi.

Il genere influenza anche le modificazioni cerebrali che si associano all'invecchiamento, in rapporto alle variazioni ormonali che si verificano dopo la menopausa.

Malattie ossee

L'osteoporosi è una patologia più frequentemente associata al sesso femminile in relazione alla carenza di estrogeni postmenopausale.

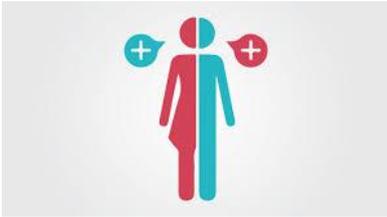
In realtà anche gli uomini soffrono di osteoporosi; in Europa il 6% degli uomini tra i 50 e i 90 anni presenta osteoporosi.

L'osteoporosi, il rischio di frattura correlato e la terapia farmacologica vengono studiati prevalentemente nella donna; anche la determinazione della densità minerale ossea è testata 4 volte di meno nell'uomo.

L'incidenza prima dei 50 anni è uguale nei due sessi; dopo i 60 anni il rischio risulta raddoppiato nelle donne, aumenta anche il numero di articolazioni coinvolte, la gravità, il rischio di protesizzazione, il dolore e la disabilità funzionale a parità di grado radiologico.

La mortalità dopo frattura dell'anca è invece maggiore nell'uomo.

LE DIFFERENZE DI GENERE



Malattie psichiatriche

I disturbi psichiatrici più frequenti nelle donne sono la depressione maggiore, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di panico e le fobie; nei maschi invece prevalgono i disturbi di personalità e quelli da abuso di sostanze e alcol.

Nelle donne la più frequente esposizione ad episodi di violenza è correlata ad un maggiore rischio di sviluppare depressione, disturbi posttraumatici da stress, disturbi dissociativi, tentativi di suicidio e disturbi somatoformi (disturbi mentali in cui i sintomi fisici riferiti dal paziente sono privi di una base medica).

Le donne affette da depressione lamentano più spesso astenia, disturbi dell'appetito e del sonno.

Una differenza di genere vi è anche nell'accesso ai servizi di salute mentale in quanto le donne sono più propense a chiedere aiuto e a parlare dei propri problemi emotivi al proprio medico di famiglia.

Malattie respiratorie

Nell'ambito delle differenze di genere a carico dell'apparato respiratorio è fondamentale considerare il ruolo determinante dei fattori di rischio, in particolar modo dell'abitudine al fumo.

Attualmente l'istituto superiore di sanità stima che tale abitudine coinvolga il 22,3% delle donne e il 28,9% degli uomini.

L'aumentata abitudine al fumo nelle donne ha determinato una aumentata incidenza del tumore polmonare, il deterioramento della funzione respiratoria, la severità del quadro clinico delle patologie respiratorie croniche.

Le patologie respiratorie croniche manifestano rilevanti differenze di genere in ambito sia clinico che funzionale.

La BPCO in passato era una patologia prettamente maschile, ma attualmente non è più così, con un incremento sia in termini di prevalenza che di mortalità.

Nelle donne si evidenzia un maggiore deterioramento della funzione respiratoria e una patologia più grave.

Gli aspetti fisiopatologici che concorrono a spiegare tale evidenza sono:

LE DIFFERENZE DI GENERE

il minore calibro delle vie aeree, la maggiore reattività bronchiale e gli estrogeni. Gli estrogeni in particolare aumentano il metabolismo della nicotina e rallentano l'eliminazione delle sostanze tossiche derivate dal fumo, aggravando così il danno.

Le donne, anche a parità di VEMS, evidenziano sintomi più gravi (tosse e dispnea più importanti) e riacutizzazioni più frequenti.

La patologia asmatica ha invece una prevalenza maggiore nel sesso maschile in età pediatrica (circa il doppio), ma in età puberale si evidenzia una inversione di prevalenza tra i due sessi a causa delle modificazioni ormonali; a questo proposito è noto il ruolo esercitato dagli estrogeni sul rilascio delle citochine infiammatorie coinvolte nella patogenesi della reazione asmatica. Si spiega così il peggioramento della sintomatologia asmatica durante la fase preovulatoria in circa il 40-50% delle donne affette da tale patologia.

L'asma peggiora anche con l'assunzione di contraccettivi orali, la gravidanza e durante menopausa (studi in corso per definire gli aspetti fisiopatologici).

Malattie autoimmuni

Le malattie autoimmuni sono più frequenti nel sesso femminile a causa di un sistema immunitario più reattivo nelle donne.

Questo è il motivo per cui l'uomo contrae più facilmente infezioni batteriche e virali ma meno malattie autoimmuni.

Di contro gli uomini che si ammalano di malattie autoimmuni (es. morbo di Graves o lupus eritematoso sistemico) hanno di solito prognosi peggiore.

Malattie dermatologiche

Anche le malattie dermatologiche riconoscono un'importante influenza del genere.

In particolare sono più frequenti nel sesso femminile le malattie dermatologiche di tipo allergico (dermatiti da contatto, allergia alla para-fenilendiammina contenuta nelle tinte per capelli, allergia al nichel), le lesioni melanocitarie atipiche e il melasma.

Giocano un ruolo le abitudini di vita (tinte, cosmetici,

LE DIFFERENZE DI GENERE

abbronzatura naturale e artificiale, ecc) e la stimolazione ormonale.

Vaccini

E' noto che le donne sviluppano risposte immunitarie più intense rispetto agli uomini e questo si riflette in una diversa risposta ai vaccini nei due sessi.

Nelle donne si raggiungono titoli di anticorpi protettivi significativamente più elevati rispetto agli uomini.

Di contro sono maggiori le segnalazioni di reazioni avverse ai vaccini fatte dalle donne.

Si ipotizza una possibile influenza di fattori biologici, ormonali e genetici non ancora completamente definiti, ma anche una maggiore attenzione che le donne hanno circa il loro stato di salute e quindi una maggiore attitudine all'osservazione/segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci.

Gli ormoni sessuali, fattori genetici ed epigenetici e la diversa composizione del microbiota hanno un ruolo chiave e possono influenzare le risposte immunitarie e l'outcome della vaccinazione negli uomini e nelle donne.

La scoperta dei meccanismi coinvolti contribuirà ad identificare le modalità per ridurre le reazioni avverse ai vaccini nelle donne e ad aumentare la risposta immunitaria negli uomini.



Infezioni virali

Le infezioni virali presentano importanti differenze di genere in relazione a prevalenza, decorso clinico, prognosi e meccanismi patogenetici;

alla base una diversa risposta immunitaria, ma anche fattori legati agli stili di vita e/o all'agente patogeno.

Nell'infezione da HIV, ad esempio, le differenze di genere possono influenzare il rischio di infezione, la progressione della malattia e la risposta alla terapia antiretrovirale.

Le donne sono maggiormente suscettibili all'infezione da HIV rispetto agli uomini e tale suscettibilità è favorita da fattori anatomici, biologici e sociali (ruolo favorente di altre infezioni

LE DIFFERENZE DI GENERE

sessualmente trasmesse e dei contraccettivi ormonali)

La possibilità di trasmettere l'infezione sia per via orizzontale che verticale inserisce la donna sieropositiva al centro di complesse problematiche che richiedono una gestione specifica e un supporto maggiore rispetto a quello fornito ai pazienti di sesso maschile.

Il genere può giocare un ruolo importante anche nel processo dell'immunoattivazione, influenzando differenti outcome clinici. Si osserva ad esempio una più alta prevalenza di infarto del miocardio tra le donne HIV-positivo rispetto alle donne sieronegative, ma anche rispetto agli uomini HIV-positivi.

Infezioni batteriche

Studi epidemiologici hanno dimostrato che i maschi sono più inclini a sviluppare la maggior parte delle malattie infettive rispetto alle femmine.

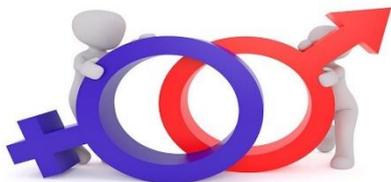
Sono più frequenti nel sesso maschile ad esempio le infezioni da *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella*, tubercolosi e febbre Q.

Le infezioni del tratto urinario sono invece più comuni nelle donne, mentre l'endocardite e la mediastinite si verificano più frequentemente negli uomini.

Malattie metaboliche

L'incidenza dell'obesità è sovrapponibile in entrambi i sessi, ma vi sono delle differenze significative nella distribuzione del tessuto adiposo corporeo e in alcune caratteristiche peculiari.

I soggetti di sesso femminile hanno un contenuto di grasso corporeo complessivamente superiore rispetto ai soggetti di sesso maschile; inoltre i maschi tendono ad accumulare maggiori quantità di tessuto adiposo viscerale (addominale), che porta alla classica forma di obesità androide, fortemente correlato a un aumentato rischio cardiovascolare (maggiore incidenza delle malattie metaboliche croniche, sindrome metabolica, maggiore mortalità); invece le donne, prima della menopausa, accumulano maggiori quantità di tessuto adiposo a livello sottocutaneo (obesità ginoide o gluteo-femorale), mentre, dopo la



LE DIFFERENZE DI GENERE

menopausa, il calo di estrogeni circolanti, favorisce il deposito viscerale anche nelle donne.

Il grasso viscerale è fonte di citochine proinfiammatorie che contribuiscono anche alla resistenza all'insulina.

A parità di età e grado di sovrappeso, l'aumento del tessuto adiposo viscerale è associato ad un maggiore rischio cardiometabolico (insulino-resistenza, dislipidemia, sindrome metabolica, diabete di tipo 2) nelle donne rispetto agli uomini.

Le donne diabetiche, rispetto agli uomini, hanno un rischio doppio di cardiopatia, una più precoce incidenza di infarto miocardico con maggiore mortalità, un aumentato rischio d'insufficienza cardiaca e ictus.

Oncologia

In campo oncologico sono state descritte molte differenze di genere, tuttavia le donne sono meno rappresentate nelle sperimentazioni cliniche relative all'oncologia non genere-specifica (38,8%).

Nella donna è diversa l'efficacia dei chemioterapici ed anche le caratteristiche cliniche delle neoplasie differiscono a parità di istologia e stadio.

La mortalità per cancro del polmone dagli anni '50 ad oggi è molto aumentata nella donna, anche non fumatrice, probabilmente a causa di fattori ormonali (alcuni tumori a grandi cellule esprimono recettori per gli estrogeni), genetici, metabolici ed ambientali.

Nel cancro colorettales si è osservata un'incidenza più alta negli uomini rispetto alle donne; è la seconda causa di morte in entrambi i sessi nei paesi industrializzati; colpisce più frequentemente il colon ascendente nella donna e il colon discendente nell'uomo; compare più tardivamente nelle donne rispetto agli uomini (5 anni più tardi) con la conseguente opportunità di estendere lo screening nella donna oltre i 70 anni.

Il melanoma è una neoplasia che può presentare una localizzazione diversa nelle donne (arti) rispetto agli uomini (tronco) e si è osservata una maggiore sopravvivenza nella donna.

Il cancro della tiroide è più frequente nelle donne, ma ha una prognosi peggiore negli uomini.

LE DIFFERENZE DI GENERE

Le ragioni di queste differenze epidemiologiche non sono note, ma è stato ipotizzato un importante ruolo ormonale.

Differenze di genere sono, ovviamente, alla base di alcuni tipi di tumore esclusivi (prostatico e ovarico) o quasi (mammario) di un solo genere.

Molti studi epidemiologici hanno evidenziato significative differenze di genere nell'incidenza, decorso clinico, fisiopatologia, prognosi e risposta alla terapia in molte tipologie di tumori comuni ai due sessi.

Pertanto, la variabile sesso dovrebbe rappresentare un importante fattore di stratificazione ed essere inclusa in tutte le sperimentazioni sia cliniche sia pre-cliniche.

Ad oggi possiamo scrivere che,

In Italia si è creata un'attiva collaborazione tra

- l'Istituto Superiore di Sanità,
- il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere
- il Gruppo Italiano su Salute e Genere (GISeG, società scientifica fondata a Bari nel 2009 con l'obiettivo di formare e informare sulla Medicina di genere)
- la FNOMCeO
- la FADOI (Federazione della Associazioni dei Dirigenti Medici Internisti)
- la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

al fine di promuovere e monitorare gli obiettivi nella medicina di genere

in termini di ricerca scientifica, formazione degli operatori sanitari e informazione alla popolazione.

A queste si aggiungono moltissime Società scientifiche italiane che hanno costituito al loro interno gruppi di studio sulle differenze di genere nelle differenti patologie.

Vi è inoltre un importante strumento che aiuta questa collaborazione, che è *l'Italian Journal of Gender Specific Medicine*, la prima e unica rivista scientifica di "genere" in Italia. che rappresenta un indispensabile punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti nella rete italiana per la medicina di genere. Tutta questa collaborazione trova ragione nella consapevolezza di quanto la medicina di genere sia uno dei grandi



LE DIFFERENZE DI GENERE

traguardi della medicina moderna in quanto la conoscenza dei meccanismi fisiopatologici e dei risvolti clinici e terapeutici delle differenze di genere consente e consentirà sempre di più nei prossimi anni di effettuare terapie più mirate, personalizzate ed efficaci, con un grande vantaggio per l'utente finale ma anche per il Servizio Sanitario Nazionale.

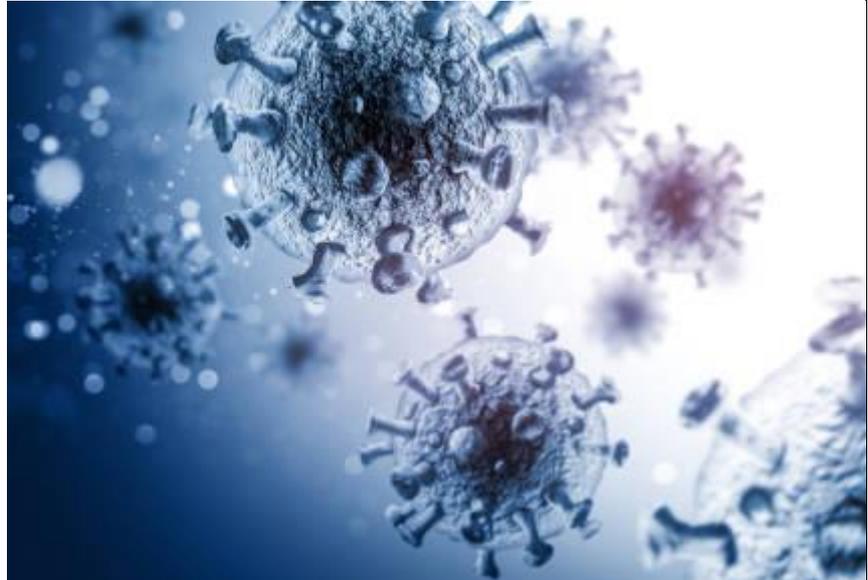
Le RISORSE che abbiamo:

- Legge 3/2018 **“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute”** (GU Serie Generale n.25 del 31-01-2018);
- Decreto del 13 giugno 2019 **“Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere**, in attuazione dell’articolo 3, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3”;
- **Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere** (pdf 2 Mb – Documento completo), pagina dedicata sul sito del ministero della Salute;
- **Dalla medicina di genere alla medicina di precisione** : percorsi evolutivi e sinergie di competenze : Libro bianco 2019 / a cura della Fondazione O.N.Da, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere. - Milano : FrancoAngeli, 2019;
- **Medicina di Genere. Un obiettivo ancora lontano?** di Chiara Mannelli. Definizione di medicina di genere. Ricerca scientifica. Percorsi di diagnosi e cura. Differenze influenti in termini di salute e malattia tra uomo e donna. Parità di accesso e appropriatezza delle cure. In: *Notizie di Politeia*, n. 138(2020), p. 67-77;
- **Il Genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura.** *Quaderni del Ministero della salute*, n. 26. Aprile 2016;
- **Medicina di genere: e' legge in Italia** - Maria Paola Salmi, *The Italian Journal of Gender-Specific Medicine* 2017;3(3):89-91 ;
- **Differenze di genere nei fattori di rischio cardiovascolare: una review** Elisa Lodi, Omar Stefani, Letizia Reggianini, Alberto Carollo, Valentina Martinotti, Maria Grazia Modena , *Ital J Gender-Specific Med* 2020;6(3):118-125;
- **Acute myocardial infarction in women: a scientific Statement From the American Heart Association Circulation**, Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, et al. 2016; 133: 916-47;
- **Gender differences in cognitive decline and Alzheimer’s disease**, Gabelli C, Codemo A., *Ital J Gender-Specific Med* 2015; 1: 21-8;
- **Gender differences and hospitalization for COPD: an analysis of data from Puglia (Italy).**Moretti AM, Gallone S, Parisi D, et al., *Ital J Gender-Specific Med* 2015; 1: 66-72

Emanuela Angela Castoro

PANDEMIA

IL SARS-CoV2 E LA PANDEMIA COVID19



I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

L'irrompere, improvviso ed imprevisto, della pandemia 2019-nCoV all'inizio del 2020 ha messo tutto il mondo in un grave e temibile stato di ansia, insicurezza e sensazione di pericolo verso qualcosa che a tutti (scienziati e non) era fino ad allora sconosciuto.

"E' stato rilevato un focolaio virale nella città di Wuhan" (12 Dicembre 2019)

"E' stato isolato un nuovo virus. Il virus appartiene alla famiglia del coronavirus. Il suo nome è 2019-nCov" (7 Gennaio 2020)

"E' stato dichiarato il primo decesso per Sars-Cov2" (9 Gennaio 2020)

"L'OMS dichiara lo stato di epidemia" (11 marzo 2020).

Questi sono alcuni dei titoli di giornali e telegiornali che ci hanno aggredito a inizio anno 2020. Dapprima sembrava qualcosa di lontano e sotto controllo ma in poche settimane è tutto cambiato: ognuno di noi ha avvertito il pericolo di un virus sconosciuto e di una patologia verso la quale nessuno era preparato e nei cui confronti nessuno aveva rimedi. Poi da marzo

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

2020 c'è stato il lockdown. Molti, in varie parti del mondo, si sono ritrovati a dover rinunciare improvvisamente alla propria vita quotidiana, alla propria routine, al proprio lavoro, ma soprattutto ai propri affetti. Ci si è accorti d'improvviso che queste cose, che ci erano state tolte, erano quelle necessarie per definirci persone e renderci soddisfatti della nostra vita.

In tanti abbiamo provato l'esperienza, soprattutto nelle prime fasi della pandemia, ma anche dopo, di un parente o un amico che ha telefonato angosciato o nel bel mezzo di una crisi di panico.

Molti avranno sicuramente sperimentato in proprio o sulle persone vicine un aumento dell'ansia in generale, un abbassamento del tono dell'umore, fino a vere e proprie fobie causate dalla pandemia. Molte madri hanno avuto paura per i propri figli. In tanti hanno provato timore nei confronti di qualunque sintomo, anche in assenza di qualsiasi link epidemiologico e, dalla paura di essersi contagiati, hanno meditato per ore, chiedendo pareri agli amici o al medico curante, su un evento (senza alcun tipo di rischio epidemiologico) accaduto al supermercato, alla posta, nella sala d'attesa di uno specialista.

In letteratura sono riportati vari studi sui risvolti psicologici della COVID19 e al riguardo, ne segnaliamo alcuni tra i più significativi:

Lo studio "Psychosocial impact of Covid19" di S.Dubay (PM 32526627) pubblicato su NCBI ⁽¹⁾ sostiene che durante la pandemia, la paura di essersi contagiati, ha originato molteplici reazioni dovute in particolare all'impatto psicologico della quarantena. Nello specifico si sono manifestati effetti immediati, come irritabilità, paura di contrarre e diffondere l'infezione nel nucleo familiare, rabbia, confusione, frustrazione, abbandono, rifiuto, ansia, depressione, insonnia, disperazione, fino a conseguenze estreme come il suicidio.

Lo studio in esame indica anche come il semplice sospetto di aver contratto il COVID potrebbe condurre a stati di ansia dovuta all'incertezza riguardo al proprio stato di salute.

Si sono così verificati sintomi ossessivo-compulsivi, in particolare sono state osservate la misurazione ripetitiva della temperatura corporea nonché la continua sanificazione degli ambienti, delle superfici e del corpo.

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

Un'altra osservazione ha riguardato il verificarsi del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). In questi casi si è notato come i sintomi fossero direttamente proporzionali alla durata della quarantena.

Nello studio in esame si fa addirittura riferimento al termine "Coranofobia", una patologia nella quale si possono riassumere, non solo tutte le paure derivanti dalla malattia in sé, ma anche le conseguenze quotidiane o occasionali della stessa.

Tra le conseguenze della pandemia è stato rilevato anche un peggioramento dei problemi psichiatrici già presenti in era pandemica.

A tal proposito, nello studio "Impacts of the SARS-CoV-2 Pandemic on the Mental Health of the Elderly" di W.H. de Alencar Fontes ⁽²⁾ si sostiene che l'epidemia da COVID-19 ha causato un peggioramento dei disordini psicologici e un aumentato rischio di incidenza di depressione e ansia negli anziani. Entrambi i fenomeni sono da attribuire all'assenza di interazioni e al distanziamento sociale.

Un'ulteriore ricerca di Meng et al. ⁽³⁾ ha dimostrato che circa il 37,1% degli anziani ha sperimentato depressione e ansia durante la pandemia.

Si è così evidenziato come all'onset e all'esacerbazione di disordini della salute mentale preesistenti contribuiscono, non solo l'isolamento di per sé, ma anche la paura e lo stress.

Anche se manca un consenso generale riguardo ai dati sopra esposti si può dire che le persone con disturbo ossessivo-compulsivo hanno sviluppato pensieri ossessivi in maggiore entità a seguito delle misure precauzionali adottate.

Una ricerca trasversale fatta in Cina ha rilevato che il 33% del campione ha mostrato disturbi d'ansia e circa il 20% sintomi depressivi. Tuttavia, si sostiene che questi dati potrebbero risultare più bassi in popolazioni di studio con età più avanzata.

In un altro studio, pubblicato nel Psychiatry Research - Journal - Elsevier⁽⁴⁾, che ha valutato l'effetto psicologico e mentale della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) sul personale medico e sulla popolazione in generale, si evidenzia un elevato impatto psicologico della pandemia, non solo tra gli operatori sanitari ma anche nei confronti della popolazione generale con particolare

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

riferimento ai pazienti con patologie preesistenti.

Nello studio sopracitato le conseguenze più comuni riportate sono state l'ansia e la depressione, con prevalenza rispettivamente del 33% e del 28%.

Si è visto inoltre che i pazienti con condizioni patologiche preesistenti, una volta affetti da COVID-19, avevano una prevalenza significativamente più alta di ansia e depressione rispetto agli operatori sanitari e alla popolazione generale.

E' stato riscontrato anche che i soggetti maggiormente a rischio per un superiore carico psicologico risultano essere le seguenti categorie di persone:

- donne,
- Infermieri con un alto rischio di contrarre il COVID-19;
- appartenenti a uno stato socioeconomico non elevato;
- isolate socialmente;
- che trascorrono più tempo a guardare le notizie relative a COVID-19.

Al contrario si sono dimostrati fattori protettivi:

- la disponibilità di risorse mediche sufficienti;
- l'accessibilità a informazioni sanitarie accurate e aggiornate;
- l'adozione di misure precauzionali.

Infine, lo stesso studio ha rilevato come siano associati a livelli più elevati di disagio psicologico tanto l'isolamento sociale quanto la sicurezza finanziaria nonché l'essere più suscettibili alle conseguenze per infezioni da COVID-19 (ossia avere complicazioni o un'età avanzata).

Un'ulteriore revisione pubblicata su Lancet Psychiatry ha confermato che questi risultati mostrando come l'isolamento sociale e la solitudine sono fortemente associati ad ansia e depressione, e che la popolazione con condizioni di salute peggiori o disuguaglianze sociali è più vulnerabile al disagio psicologico del COVID-19 (Holmes et al., 2020) ⁽⁵⁾.

Simili risultati sono riscontrabili anche in un altro studio pubblicato su "Brain, Behavior, and Immunity" a maggio 2020⁽⁶⁾ che si ripromette di sintetizzare e analizzare le prove esistenti sulla prevalenza, non solo di depressione e ansia ma anche di insonnia tra gli operatori sanitari durante l'epidemia di Covid-19.

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

E' stato rilevato da "una prima evidenza che un'alta percentuale di operatori sanitari sperimenta livelli significativi di ansia, depressione e insonnia durante la pandemia COVID-19."

I tassi di prevalenza di ansia e depressione (rispettivamente 23,2% e 22,8%) degli operatori sanitari durante il COVID-19 sono ampiamente racchiusi nei rispettivi tassi - compresi tra 22,6% e 36,3% per l'ansia e 16,5 % e 48,3% per la depressione - segnalati per la popolazione generale in Cina durante lo stesso periodo.

Inoltre, anche in questa revisione sembra evidente che il tasso di prevalenza di ansia e depressione è più alto nelle donne. Ciò probabilmente riflette il divario di genere già accertato per i sintomi ansiosi e depressivi (Albert, 2015) ⁽⁷⁾.

Ancora una volta, il personale infermieristico ha mostrato stime di prevalenza più elevate sia per l'ansia che per la depressione rispetto ai medici. Questi risultati potrebbero, almeno in parte, dipendere dal fatto che gli infermieri sono per lo più di sesso femminile, ma potrebbero anche essere attribuiti alla evidenza che gli infermieri sono chiamati ad affrontare un rischio maggiore di esposizione ai pazienti COVID-19 poiché trascorrono più tempo nei reparti, forniscono cure dirette ai pazienti e sono responsabile della raccolta dell'espettorato per il rilevamento dei virus. Inoltre, a causa del loro più stretto contatto con i pazienti, possono essere più esposti alle conseguenze psicologiche derivanti da sofferenza, morte e dilemmi etici.

A simili conclusioni è giunta una serie di altri studi, pubblicati nella primavera scorsa, che fornisce prove evidenti di come il COVID-19 sta influenzando gravemente il benessere degli operatori sanitari.

A Hong Kong, il personale medico e infermieristico è stato trovato vulnerabile al burnout, all'ansia e all'esaurimento mentale (Cheung et al., 2020) e in Germania i medici hanno riportato alti livelli di sintomi ansiosi e depressivi (Bohlken et al., 2020)⁽⁸⁾.

Purtroppo, ci sono state anche segnalazioni di suicidi, poiché gli operatori sanitari devono affrontare una pressione psicologica accumulata e un'intensa paura di morire. Questa evidenza è particolarmente allarmante se si tiene presente che i medici già normalmente corrono un rischio maggiore di suicidio rispetto alla popolazione generale (West et al., 2018) ⁽⁹⁾.

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

Merita attenzione un'altra ricerca che, esplorando i fattori legati alle difficoltà psicologiche degli operatori sanitari, ha rilevato come l'infezione di colleghi, l'infezione di membri della famiglia e le misure protettive e siano tra le principali preoccupazioni degli operatori sanitari in COVID -19 nelle aree colpite (Dai et al., 2020, Liu et al., 2020).

Risultati non dissimili sono sottolineati anche da uno studio condotto in Germania sullo stress psicologico del personale medico nelle condizioni della pandemia COVID-19 (COVID19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals) ⁽¹⁰⁾, che analizza il disagio psicologico del personale ospedaliero nei primi mesi successivi allo scoppio della pandemia: il personale ospedaliero era stato impiegato in un'ampia varietà di reparti clinici. I metodi di autovalutazione più comunemente usati includevano l'Impact of Event Scale (IES-R), l'Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e il Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). La dimensione del campione variava da 37 a 2299 persone, la maggior parte delle quali apparteneva a personale infermieristico e medico. È stata segnalata un'esposizione significativa a sintomi di stress, depressione e ansia. Anche in questo caso si è evidenziato come la gravità dei sintomi psicologici nel personale ospedaliero è stata influenzata da età, sesso, specialità, tipo di attività e vicinanza ai pazienti COVID-19.

Ulteriore evidenza si è riscontrata, inoltre, nello studio condotto dall'Università dell'Aquila in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata pubblicato su "Jama" ⁽¹¹⁾, che ha coinvolto 1.379 operatori sanitari, ai quali è stato chiesto di compilare un questionario ad hoc.

Anche in questo caso è emerso che il 49,38% dei soggetti mostrava sintomi 'spia' di stress post-traumatico; il 24,73% di depressione; 19,80% di ansia; 8,27% insonnia e 21,90% stress.

In particolare, il dottor Rodolfo Rossi, psichiatra e assegnista di ricerca all'Università Tor Vergata di Roma, sottolinea le associazioni tra i sintomi e il fatto di lavorare in prima linea, di aver avuto un collega contagiato o morto e di essere giovani e donne. L'esposizione al contagio è stata associata anche al maggior rischio di depressione nel tempo. "Lo stress post traumatico si manifesta subito, ma ha anche un'onda lunga a sei mesi."

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

Difficoltà ed esigenze dei medici di medicina generale

Quanto evidenziato negli studi sopra citati si è verificato perché, nonostante anni di esperienza e di lavoro, il personale medico e paramedico si è trovato a vivere situazioni inaspettate e difficili da gestire, quali: l'incertezza di come diagnosticare il virus, la verifica dei tamponi e soprattutto il decidere la terapia migliore (a volte anche molto aggressiva), il continuo contatto con la sofferenza, la solitudine e il dover fronteggiare così tanti casi di morte. Ultimamente si sono aggiunte le richieste da parte delle regioni di effettuare i tamponi antigenici rapidi e quella di avere il dovere di instaurare legalmente gli isolamenti fiduciari per i propri pazienti e di dover loro prenotare i tamponi; tutto questo con medici ma soprattutto con un sistema informatico non ancora aggiornato. Questo in particolare ha sottoposto i medici a lamentele di pazienti e di altri colleghi, medici del lavoro per la maggior parte, non del tutto informati sulla reale condizione di queste dinamiche.

L'insieme di questi fattori ha sottoposto l'intero personale sanitario a grande stress e stato di ansia, con segni che perdurano nel tempo e creano notevole disagio sia sul lavoro sia nella sfera personale.

E' opportuno sottolineare che tutto ciò non riguarda esclusivamente gli operatori ospedalieri ma anche quelli ambulatoriali e territoriali che spesso non sono particolarmente presi in considerazione da questi studi.

Infatti anche nel mondo della medicina generale, ci si è trovati a dover lavorare in prima linea contro questo nemico invisibile sin dai primi casi, tra difficoltà e rischi a volte sottovalutati.

In tale situazione sono state tante le complessità che i medici di famiglia si sono trovati ad affrontare nella gestione quotidiana del lavoro, prima fra tutte la mancanza di dispositivi di protezione individuale, come rivela un articolo scritto sul sito dell'ordine dei medici di Latina ⁽¹²⁾ e di linee guida chiare per poter gestire i casi e continuare a seguire al meglio i propri pazienti (Il disagio psicologico dei medici di base durante la pandemia) ⁽¹³⁾.

Questo ha generato uno stato di stress, ansia e confusione anche perché è stato necessario destreggiarsi tra vari decreti, comunicati regionali, disposizioni e cambiamenti delle procedure che hanno complicato non poco il lavoro.

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

I medici di medicina generale sono stati costretti a modificare completamente il proprio modo di agire e di dedicarsi al paziente. Hanno dovuto impiegare molto più tempo per la telemedicina mentre sono state adottate tutta una serie di misure di sicurezza che hanno complicato il già difficile rapporto tra medico e paziente creando così ancora più inquietudine nei pazienti e stress nei medici. Anche perché i pazienti si sono trovati a dover fronteggiare questo nemico invisibile all'improvviso con un comprensibile stato di preoccupazione e agitazione, rivolgendosi sempre più spesso al medico di famiglia come punto di riferimento per avere certezze e risposte, che soprattutto all'inizio, ma in alcuni casi tuttora, gli stessi medici faticano a trovare.

Questo circolo vizioso genera un meccanismo che si autoalimenta provocando uno stato di estremo stress da ambo i lati del rapporto medico-paziente.

In tale situazione estremamente complessa non si possono sottacere le difficoltà che i medici di medicina generale stanno riscontrando nel cercare di gestire i pazienti domiciliari; cioè categorie di pazienti protette, seguite attraverso servizi di ADI o ADO, che necessitano di un'assistenza continua.

Questo comporta ulteriori motivi di stress nei medici per le difficoltà oggettive di proseguire con l'assistenza domiciliare, ma anche il timore e la difficoltà di riuscire a far rispettare le regole dell'utilizzo dei dpi e della distanza di sicurezza tanto ai pazienti quanto ai parenti, durante le visite.

Tutto ciò ovviamente sottopone medico e pazienti a ulteriore rischio di contagio nonché alla conseguente pressione psicologica.

In questa situazione i medici di medicina generale si sono trovati a dover interporre le necessarie distanze con i loro pazienti a doversi districare tra un intreccio, non solo di appuntamenti, telefonate e richieste di aiuto ma anche di attività burocratiche, di notifiche e segnalazione. A tutto ciò si sono sommate le difficoltà psicologiche dovute: al timore di contrarre l'infezione e di trasmetterla ai propri familiari; alla sofferenza per la perdita di pazienti e colleghi; alla necessità di fornire supporto emotivo ai pazienti in isolamento.

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

A tale ultimo proposito, secondo alcuni studi, pubblicati sul sito epicentro dell'istituto superiore di sanità ⁽¹⁴⁾, durante un'epidemia è proprio l'isolamento sociale, dovuto alle misure di distanziamento e alla quarantena, che può accrescere maggiormente lo stress psicofisico, anche rispetto ad altre situazioni di emergenza sanitaria.

In particolare, il medico, preoccupato di contagiare i propri familiari, può decidere di adottare un vero e proprio auto-isolamento. In questo caso l'assenza del sostegno familiare diventa un ulteriore fattore di rischio.

Si verifica uno stravolgimento dei rapporti, cambia infatti non solo il legame con i pazienti ma anche con i familiari e i colleghi stessi.

Con l'aumento del carico di lavoro si riducono i momenti di confronto e i medici di medicina generale, che si trovano da soli a gestire i propri pazienti, avvertono un senso di solitudine che può essere ancora più intenso.

È facile, perciò, intuire come tutto ciò abbia aumentato di molto i livelli di stress e di pressione nei quali quotidianamente i medici di famiglia si ritrovano a lavorare, con conseguenze che facilmente hanno portato a stati di burnout e necessità di ricerca di sostegno psicologico in professionisti specializzati.

A tal proposito molteplici studi hanno sottolineato l'importanza di attivare un servizio di sostegno psicologico nei confronti del personale sanitario.

Progetti e iniziative

Il Ministero della salute ha messo in atto alcune iniziative per fornire supporto psicologico non solo ai cittadini ma anche agli operatori sanitari.

Il Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi (Cnop) ha promosso l'iniziativa #psicologionline, rivolta anche a medici, infermieri e personale sanitario. Grazie a un motore di ricerca è possibile trovare lo psicologo o lo psicoterapeuta più vicino e prenotare un consulto gratuito via telefono o tramite piattaforma di videochiamata. La Società psicanalitica italiana (Spi) ha messo a disposizione un servizio di ascolto e consulenza di psicologia psicanalitica rivolta anche a operatori sanitari.

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID



Tra le iniziative specifiche dedicate ai medici di base, il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università La Sapienza di Roma sta portando avanti un'indagine per tentare di offrire una risposta psicologica alle loro esigenze. È stato elaborato un questionario online per valutare alcuni parametri psicologici come il livello di burnout, alcuni aspetti del coping, la resilienza e l'intolleranza all'incertezza.

L'analisi dei risultati servirà per valutare lo status psicofisico e strutturare un intervento di sostegno adeguato a ristabilire il benessere dei medici di famiglia.

In conclusione, è necessario sottolineare l'assoluta necessità di intensificare la rete di supporto psicologico per tutta la popolazione generale ma in particolare per la categoria degli operatori sanitari. Nello specifico per i medici di medicina generale sarebbe opportuno istituire oltre alla sorveglianza psicologica una vera e propria rete di monitoraggio continuo e preciso con un programma di controllo attraverso tamponi antigenici o molecolari.

Ciò è attualmente inesistente per i medici di famiglia, al contrario di quanto previsto per tutto il personale sanitario impiegato sia nelle strutture ospedaliere sia nelle cliniche private.

Bibliografia

1. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):779-788. doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035
2. Fontes WHA, Gonçalves Júnior J, de Vasconcelos CAC, da Silva CGL, Gadelha MSV. Impacts of the SARS-CoV-2 Pandemic on the Mental Health of the Elderly. *Front Psychiatry.* 2020;11:841. Published 2020 Aug 17. doi:10.3389/fpsy.2020.00841
3. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Res* (2020) 289:112983. doi:10.1016/j.psychres.2020.112983
4. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;291:113190. doi:10.1016/j.psychres.2020.113190
5. Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science (research article) by Emily A. Holmes, Rory C. O'Connor, Hugh Perry, Irene Tracey, Simon Wessely, Louise Arseneault, Clive Ballard, Helen Christensen, Roxane Cohen Silver, Ian Everall, Tamsin Ford, Ann John, Thomas Kabir, Kate King, Ira Madan, Susan Michie, Andrew K. Przybylski by Roz Shafran, Angela Sweeney, Carol M. Worthman, Lucy Yardley, Katherine Cowan, Claire Cope, Matthew Hotopf, Ed Bullmore. *Lancet*

I RISVOLTI PSICOLOGICI DELLA PANDEMIA COVID

- Psychiatry 2020 Jun;7(6):547-560. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1. Epub 2020 Apr 15.
6. Pappa, Sofia et al. "Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis." *Brain, behavior, and immunity* vol. 88 (2020): 901-907. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026
 7. Why is depression more prevalent in women? Paul R. Albert, PhD. *J Psychiatry Neurosci*. 2015 Jul; 40(4): 219–221. doi: 10.1503/jpn.150205 PMID: PMC4478054 PMID: 26107348
 8. [COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review] Jens Bohlken 1, Friederike Schömig 2, Matthias R Lemke 3, Matthias Pumberger 2, Steffi G Riedel-Heller 1. Review. *Psychiatr Prax*. 2020 May;47(4):190-197. doi: 10.1055/a-1159-5551. Epub 2020 Apr 27.
 9. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. C. P. West L. N. Dyrbye T. D. Shanafelt. First published: 05 March 2018 <https://doi.org/10.1111/joim.12752>Citations: 304
 10. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Ein kurzer aktueller Review. Jens Bohlken,1 Friederike Schömig,2 Matthias R. Lemke,3 Matthias Pumberger,2 and Steffi G. Riedel-Heller1. *Psychiatr Prax*. 2020 May; 47(4): 190–197. Published online 2020 Apr 27. German. doi: 10.1055/a-1159-5551. PMID: PMC7295275. PMID: 32340048
 11. Notiziario AIOM. Lo studio. CORONAVIRUS, ANSIA E STRESS POST-TRAUMA PER 50% OPERATORI SANITARI11 Giu 2020.(Indagine su 'JAMA' rileva sintomi spia di stress, depressione, insonnia e ansia)
 12. Covid-19, Mmg in ansia. In tutta Italia infetti o in quarantena. Dalla Lombardia alle Marche il punto della situazione (da Doctor33 del 5 marzo 2020). Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, provincia di Latina.
 13. Il disagio psicologico dei medici di base durante la pandemia. Timore di contrarre l'infezione e di trasmetterla ai propri familiari, sofferenza per la perdita di pazienti e colleghi, necessità di fornire supporto emotivo ai pazienti in isolamento: i medici si trovano a gestire paure e incertezze che li riguardano direttamente. Francesca Camilli (Oggi Scienza).
 14. COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari. (Epicentro: l'epidemiologia per la sanità pubblica. Istituto Superiore di Sanità)

Francesca Sannino
Silvia Giombini

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA



Dall'OMS Europa l'inattività fisica è responsabile ogni anno di un milione di decessi (il 10% circa del totale). Si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon.

Inoltre, molti paesi Europei hanno visto aumentare, negli ultimi decenni, le percentuali relative al numero di persone sovrappeso e obese.

I dati del 2016 del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE riportano che i bambini in sovrappeso sono il 21,3% e i bambini obesi sono il 9,3%, compresi quelli severamente obesi che da soli sono il 2,1%.

In tutto il mondo, 1 adulto su 4 e 3 adolescenti su 4 (di età compresa tra 11 e 17 anni), non svolgono attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

L'inattività fisica ha, pertanto, sia un pesante impatto negativo in forma di costi diretti sui sistemi sanitari, sia un elevato costo indiretto in termini di aumento dei congedi per malattia, delle

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA

inabilità al lavoro e delle morti precoci. Nell'ultimo decennio, gli studi vertono sulla ricerca di benefiche contromisure per ridurre il costo globale della sedentarietà, stimato essere di cinquantaquattro miliardi di euro all'anno nell'assistenza sanitaria diretta, e altri quattordici miliardi di euro attribuibili alla perdita di produttività. Complessivamente la sedentarietà rappresenta l'1-3% della spesa sanitaria nazionale

Di qui la Strategia della Regione Europea OMS per l'attività fisica 2016-2025, considera l'attività fisica quale fattore trainante per il benessere e la salute delle popolazioni, con particolare attenzione all'incidenza di malattie croniche associate a comportamenti sedentari. La strategia mira a ridurre la prevalenza dell'insufficiente attività fisica entro il 2025.

La strategia italiana di promozione dell'attività fisica e motoria mira a realizzare azioni efficaci di promozione della salute in un'ottica intersettoriale e di approccio integrato secondo i principi di "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), programma coordinato dal Ministero della salute che mira a contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, consumo dannoso e rischioso di bevande alcoliche e tabagismo.

Il PNP, il piano nazionale per la salute, prevede la promozione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio e identifica come obiettivi centrali, tra gli altri, la promozione dell'attività fisica e la riduzione della sedentarietà.

E' stato pertanto istituito un tavolo di lavoro ad hoc presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute che fornisce un Indirizzo sulle azioni necessarie per incentivare l'attività fisica, puntando al superamento delle disuguaglianze e all'inclusione dei soggetti vulnerabili, vista anche l'introduzione della promozione della salute quale "prestazione" esigibile nel DPCM del 12 gennaio 2017 che ha aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Attività fisica

La letteratura scientifica ha dimostrato che gli stili di vita sedentari sono fortemente influenzati dalla società moderna, a sua volta condizionata da un continuo e rapido sviluppo

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA

tecnologico. Le comunicazioni, i trasporti, l'ambiente di lavoro e domestico hanno creato contesti che incoraggiano comportamenti sedentari.

Dati recenti evidenziano che la sedentarietà è altamente diffusa nei paesi industrializzati in cui la maggior parte del tempo (55-69% del giorno) viene speso in attività sedentarie. Va sottolineato che tale ultimo comportamento risulta in netto contrasto con l'evoluzione del genere umano, che, nel corso della sua storia, aveva fatto del movimento la sua forza selettiva centrale.

Gli uomini nell'età della pietra avevano una efficienza energetica di 2,25 rispetto ad un valore di 3,66 per gli uomini moderni. Inoltre, i livelli di attività fisica delle popolazioni che necessitavano di muoversi per la loro sussistenza è di 3,2, mentre tra gli uomini dell'era contemporanea il livello è di circa 1,67. Nel corso dei secoli l'aumento di efficienza energetica e la diminuzione del livello di attività fisica hanno portato conseguenze negative con lo sviluppo di malattie croniche e di mortalità diffusa al di sopra delle dieci ore /die di sedentarietà, ma già dalle 7,5 ore/die.

Sanità pubblica e servizio sanitario

Secondo l'OMS, per "attività fisica" s'intende "qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo" La promozione dell'attività fisica ha ricadute importanti sullo stato di salute della popolazione e deve, pertanto, occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria, attraverso approcci intersettoriali. Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta hanno un ruolo fondamentale per la promozione dell'attività fisica nei confronti dei propri assistiti: conoscono la storia clinica dei propri pazienti, il loro contesto familiare, sociale e lavorativo.

Interventi di breve durata, effettuati dal MMG e dal PLS, condotti con competenze specifiche, sono efficaci rafforzare la motivazione a praticare attività fisica.

Il MMG può

- individuare i pazienti sedentari attraverso semplici domande da rivolgere ad ogni visita;

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA

- indicare la tipologia di attività adatta a seconda dell'età e di eventuale presenza di patologia;
- monitorare l'efficacia dei vari programmi di esercizio;
- indirizzare verso una valutazione specialistica.

Prescrizione attività fisica per la salute

L'Importanza della "giusta" quantità di esercizio: una quantità non funziona per tutti.

Le risposte individuali all'esercizio dovrebbero essere prese in considerazione per definirne la giusta quantità. I non-responder all'esercizio fisico non esistono.

L'approccio migliore sarebbe valutare la risposta individuale del paziente e prescrivere, in base ai dati raccolti, la quantità necessaria per migliorare la propria salute. Quando viene prescritta l'attività fisica bisogna considerare che non ci sono prove che una determinata quantità di esercizio sia essenziale e/o sufficiente per tutti.

Circa un adulto su cinque che segue le indicazioni fornite dalle linee guida si lamenta di non mostrare alcun miglioramento (non-responder), d'altra parte, alcuni soggetti mostrano benefici sulla salute anche solo praticando piccole quantità di esercizio senza seguire le linee guida.

In conclusione, i dati recenti suggeriscono, quindi, che le linee guida per la prescrizione degli esercizi sono riferimenti fondamentali, ma i medici dovrebbero adattare la prescrizione dell'esercizio fisico alle caratteristiche individuali dei loro pazienti e combinare diversi tipi di attività come attività di fitness cardio-respiratorie, attività di rafforzamento muscolare, allenamento della flessibilità.

Raccomandazioni italiane per la prescrizione:

1-BAMBINI E ADOLESCENTI.

Secondo le linee guida dell'OMS i bambini e gli adolescenti di età compresa tra i 5 ei 17 anni dovrebbero praticare almeno 60 minuti di attività fisica quotidiana di intensità moderata-vigorosa ed esercizi di rafforzamento dell'apparato muscoloscheletrico almeno 3 volte a settimana.

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA

2-BAMBINI AFFETTI DA PATOLOGIE CRONICHE.

Non esistono linee di indirizzo, ma si può considerare l'idea di riprendere o iniziare un'attività fisica, ad esempio sei mesi dopo un intervento di cardiocirurgia, tre mesi dopo un intervento chirurgico maggiore, in presenza di un buon controllo ventilatorio in un paziente con asma bronchiale, etc....

3-ADULTI.

E' consigliato svolgere 300 minuti a settimana di esercizio di intensità leggera (camminata), 150 minuti a settimana di esercizio di intensità moderata (camminata veloce) o 75 minuti a settimana di esercizio di intensità alta (corsa o jogging).



4-ANZIANI.

Gli adulti over65 anni dovrebbero svolgere almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità o almeno 75 minuti alla settimana di attività fisica aerobica a intensità o una combinazione di entrambi.

E' importante inoltre, associare esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari 2 o più volte la settimana nonché attività per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute.

N.B. Si può mantenere uno stile di vita attivo anche attraverso le attività usuali della vita quotidiana.

5-L'ANZIANO FRAGILE.

Un basso livello di attività fisica è fortemente predittivo di fragilità e tale condizione può essere reversibile.

Nuoto, esercizi in acqua, stretching sono attività raccomandate; camminare, salire le scale o alzarsi dalla sedia sono semplici azioni che migliorano lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana,

6-DONNE IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO.

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA

In assenza di condizioni patologiche specifiche le donne in gravidanza dovrebbero iniziare o mantenere uno stile di vita attivo, praticare un'adeguata attività fisica e proseguirla anche durante la fase post partum e l'allattamento; dovrebbero praticare almeno 150 minuti di attività fisica a intensità moderata ogni settimana (o 30 minuti per 5 giorni) durante tutta la gravidanza cominciando gradualmente (es. ginnastica dolce, esercizi in acqua, yoga e pilates).

7-PERSONE CON DISABILITA' DISAGIO E DISTURBO MENTALE.

Se in grado di svolgere attività fisica ad intensità medio-alte dovrebbero essenzialmente seguire raccomandazioni per gli adulti. Qualora non fossero in grado di raggiungere tali livelli devono evitare la sedentarietà e svolgere una regolare attività fisica in base alle loro capacità. Per le persone con disabilità l'attività fisica oltre a ricoprire un ruolo essenziale in campo riabilitativo, è uno strumento per lo sviluppo psicofisico, per promuovere ed educare alla autonomia, e per favorire l'integrazione sociale.

Ad esempio i giovani con disturbo dello spettro autistico sono a forte rischio di inattività e obesità. L'attività fisica per una persona con autismo può rappresentare anche un'importante occasione per lo sviluppo di abilità funzionali proprio nelle aree che risultano maggiormente compromesse dal disturbo: l'area della comunicazione, quella dell'interazione sociale, degli interessi e del comportamento in genere.

8-PERSONE CON DIABETE MELLITO TIPO 2.

L'ADA (American diabetes association) raccomanda la pratica di almeno 150 min/settimana di attività aerobica di intensità moderata o almeno 75min/ settimana di attività aerobica di intensità vigorosa. Si è dimostrato inoltre che 30 min di camminata al giorno riduce il rischio di sviluppare diabete nei soggetti affetti da sindrome metabolica.

9-PERSONE OBESE.

Per il soggetto obeso (imc >30 kg/m²) in assenza di patologie conclamate si raccomanda almeno 150min/sett di attività aerobica di intensità moderata e almeno 90min/sett di attività anaerobica a giorni alterni (attività in scarico come ginnastica a terra , esercizi in acqua, pedalata in bicicletta,...no corsa)

Nell'era pandemica che stiamo vivendo vi è necessità di avere linee di indirizzo per i malati COVID19 asintomatici e per chi ha sviluppato condizioni cliniche critiche con postumi che richiedono riabilitazione.

Quali le indicazioni?



L'esercizio fisico è un'importante parte della riabilitazione dopo una malattia severa di Covid-19. L'esercizio può aiutare a migliorare la forma fisica, a ridurre la dispnea, a migliorare l'equilibrio e la coordinazione, ad aumentare la forza muscolare, a ridurre lo stress, a migliorare lo stato mentale.

Bisogna cercare un modo per essere motivati continuamente a svolgere attività fisica e tenere un diario o una app su cui registrare di volta in volta i progressi raggiunti.

Occorre ricordarsi che è normale avvertire un po' di affanno durante un'attività fisica, ma non c'è da allarmarsi, in quanto col passare del tempo e con l'intensificarsi dell'attività fisica quel senso di fatica e la sensazione di affanno tendono a scomparire. Se durante l'esercizio fisico si avverte dell'affanno quando si parla, è necessario rallentare o fermarsi fino a quando il respiro non diventa controllato.

E' necessario preparare il corpo all'esercizio con una fase di riscaldamento, della durata di 5 min, per prevenire eventuali danni.

Procedere successivamente alla fase di esercizio fisico della durata di 20-30 minuti per cinque gg. alla settimana. (Es. marcia sul posto; step; camminata, aumentando man mano sia la velocità che le distanze da percorrere; jogging; bicicletta; esercizi di forza per migliorare il tono muscolare, in quanto i muscoli in seguito alla malattia sono diventati più deboli).

AMBIENTE SALUTE E ATTIVITA' FISICA



Si dovrebbero fare tre sessioni di esercizio alla settimana da dieci ripetizioni ciascuna, con una pausa tra le sessioni. Tali esercizi si possono eseguire con l'ausilio di pesi o, in alternativa, con bottiglie d'acqua. E' importante coordinare la respirazione con l'esercizio stesso.

Tra gli esercizi, risultano utili le flessioni contro il muro, il movimento delle braccia usando i pesi, sedersi e alzarsi da una sedia, sollevare le gambe stando seduti, fare piegamenti con la schiena contro il muro, sollevarsi sulla punta dei piedi.

In fine si rende necessario terminare l'attività fisica con la fase di defaticamento, della durata di 5 min, che aiuta a tornare alle condizioni di normalità.

Bisogna camminare a passo lento o marciare lentamente sul posto per circa due minuti.

In fine fare stretching per ridurre la sensazione di indolenzimento che si potrebbe avvertire uno o due giorni dopo l'attività fisica.

La sfida globale del XXI° secolo è quella di ridurre gli stili di vita sedentari come priorità di salute pubblica, al fine di ridurre l'incidenza di malattie croniche.

La consapevolezza del peso economico dovuto al comportamento sedentario, potrebbe motivare i responsabili politici ad affrontare questo fattore di rischio e a presentare i vantaggi della prevenzione dello stile di vita sedentaria.

“...fare qualsiasi attività fisica è meglio che non farla. Se al momento non svolgi alcuna attività fisica inizia a farne un po' e gradualmente aumenta fino alla quantità consigliata”.

“...Se non sei fisicamente attivo (non ti muovi molto) non è troppo tardi **per INIZIARE ORA!** Fai attività fisica regolare e riduci le attività sedentarie”.

Carla Fasano



PEDIATRIA

Una nuova area di approfondimento, la PEDIATRIA!!!

Iniziamo a capire la transizione dell'adolescente al MMG:

COLLOQUIO TRA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E L'ADOLESCENTE

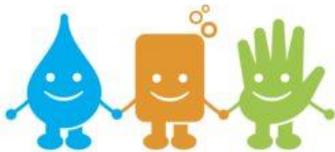
L'adolescenza è un periodo caratterizzato da sviluppo fisico, sessuale e dinamiche complesse e particolari come la ricerca di un'identità e il distacco dalle figure genitoriali. Il medico di medicina generale ha come strumento di lavoro indispensabile il colloquio per comprendere meglio le dinamiche dell'adolescente e aiutarlo, insieme ai genitori, a superare difficoltà di varia origine.

Comunicare significa "entrare in relazione con i propri interlocutori "attraverso la condivisione di "protocolli di comunicazione". Protocolli che sono certamente lessicali e grammaticali (parlare la stessa lingua), ma anche culturali: interpretare nello stesso modo quei "segni" della comunicazione che integrano la parola e sono, talvolta, ben più incisivi e potenti. È necessario considerare l'adolescenza non solo uno "spazio anagrafico", ma una vera e propria "area culturale", con i propri codici e i propri riferimenti, spesso molto distanti dal mondo degli adulti.

A rendere ulteriormente complessa la comunicazione tra "la società degli adulti" e la "società degli adolescenti" c'è anche un altro aspetto: perché la comunicazione sia efficace, è necessario che tutti gli interlocutori coinvolti nel processo di comunicazione siano interessati alla cosa. Questa condizione spesso manca, perché gli adolescenti sono generalmente poco interessati a comunicare con gli adulti o, per essere più precisi, sono poco interessati a comunicare alle condizioni unilaterali che gli adulti quasi sempre vorrebbero imporre. Gli adolescenti tendono così a vivere sempre di più tra di loro, cercando di raggiungere una sorta di "autosufficienza sociale" ingenua e contraddittoria, dove le



PEDIATRIA



relazioni con il mondo adulto, famiglia compresa, sono più subite che cercate e il loro obiettivo principale è quello di difendere gelosamente il “territorio”.

La difficile transizione dall’infanzia all’adolescenza c’è sempre stata e sono sempre esistite anche le differenze generazionali (in termini di comportamenti, di ideali, di stili di vita). In questo particolare momento storico-culturale il “salto” non è stato solo un salto anagrafico, estetico o ideologico: ciò che è cambiato sono addirittura i protocolli di comunicazione (l’avvento di Internet e i mutamenti della famiglia)

Il colloquio con l’adolescente non si costruisce unicamente nel tempo faccia a faccia con lui. È necessario sapere chi è la persona che stiamo per incontrare, che cosa voglia dire avere la sua età, quali possibili chiavi possiamo usare per entrare in contatto, come è opportuno porsi nei suoi confronti, quali vissuti ed emozioni ci sono nei suoi trascorsi.

Tutto ciò potrebbe avere o trovare una risposta mediante il colloquio con i genitori, che è importante per approfondire o comprendere alcuni aspetti delle problematiche. Gli stessi genitori possono essere i portatori del problema se loro stessi hanno segnalato un disagio dell’adolescente. Si potrà, quindi, ricevere comunque preziose informazioni nell’aiuto a decidere chi vedere prima, se avere un colloquio insieme, se rendere partecipe l’adolescente dell’informazione da parte del genitore.

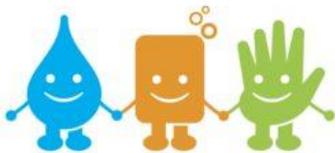
Il colloquio con i genitori dovrebbe coinvolgere entrambi e soprattutto il padre dovrebbe essere coinvolto sin dall’inizio, per l’importanza che riveste nelle dinamiche familiari (spesso però messe in secondo piano) e per restituirgli il ruolo di pari protagonista (che aiuterà il medico nell’alleanza reciproca).

Cosa è utile approfondire nel colloquio con i genitori?

1. Capire che tipo di genitori abbiamo di fronte
2. Qual è la loro richiesta
3. Valutare l’urgenza che la famiglia ha di risolvere il problema, la drammaticità della situazione e la necessità di un rapido intervento
4. Capire se i genitori sono una risorsa o un ostacolo ai fini del colloquio e della comprensione del problema del figlio



PEDIATRIA



5. Spiegare ai genitori i cambiamenti che l'adolescenza comporta e le complicità che si ripercuotono sulla relazione genitori/figli
6. Tutelare l'adolescente circa il contenuto del colloquio, garantito dal segreto professionale e dal codice deontologico, nonostante la sua dipendenza dai genitori.

Nell'impostazione del colloquio con l'adolescente è utile sottolineare l'importanza del come condurre il colloquio e cosa chiedere: si devono rispettare delle regole se si vuole avere probabilità di successo terapeutico.

1. Il medico di medicina generale deve essere capace di determinare la natura dei problemi di salute dell'adolescente richiedendo informazioni anamnestiche e biomediche, ma, soprattutto, indagando su problemi psicosociali, molto più spesso sottesi ai problemi medici portati in ambulatorio o manifesti

2. Il medico è tenuto ad avere una formazione sistemico-relazionale al fine di scoprire il punto di vista dell'adolescente, riconoscendo e abbattendo le barriere alla comunicazione; tutto ciò sulla base della relazione medico-paziente, con particolare attenzione alla componente empatica terapeutica

3. Possono essere riconosciute eventuali barriere se nel racconto dell'adolescente vi sono incongruenze, quando si instaura una resistenza al dialogo o eludendo delle domande o vi è incomprensione della comunicazione verbale ed extraverbale

4. Il medico deve saper ascoltare e motivare l'adolescente, non colpevolizzare

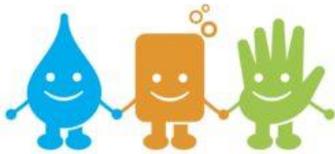
5. Nel colloquio l'adolescente deve sentirsi "preso sul serio", deve sentirsi soggetto autonomo degno della massima attenzione e ascolto

6. Il medico deve conoscere e considerare il contesto ambientale, sociale e familiare in cui vive l'adolescente

La presente check-list non deve essere utilizzata come serie di domande da porre all'adolescente in un unico colloquio, ma le informazioni devono essere raccolte nel corso degli anni, nei modi e nei tempi opportuni. Qualora raccolte dal pediatra, possono rappresentare una sorta di passaggio di informazioni al MMG.



PEDIATRIA



Famiglia/Casa

- › Con chi vivi?
- › Come consideri il rapporto con la tua famiglia?
- › Discuti con i tuoi genitori?
- › Ti senti sicuro/accolto nel tuo ambiente familiare?

Scuola/Lavoro

- › Ti senti sicuro a scuola?
- › Qual è il tuo profitto scolastico?
- › Hai un lavoro?
- › Hai mai ripetuto l'anno scolastico?
- › Sei stato mai sospeso?

Tempo libero

- › Cosa fai con i tuoi amici per divertimento?
- › Quali sono i tuoi hobby?
- › Pratichi uno sport?
- › Cosa vorresti fare dopo aver terminato la scuola?

Farmaci e alimentazione

- › Hai fumato o bevuto insieme ai tuoi amici? E da solo?
- › Sei mai stato in una macchina guidata da qualcuno sotto effetto di droga o alcool?
- › Hai mai assunto farmaci mescolati ad alcool?
- › Sei soddisfatto del tuo peso? Hai assunto farmaci per dimagrire?

Sessualità

- › Hai qualche preoccupazione per il tuo fisico?
- › Hai qualche preoccupazione riguardo alla sfera sessuale?
- › Esci con qualcuno? Da quanto tempo state insieme?
- › Hai rapporti sessuali? Sei attualmente sessualmente attivo?

Quanto spesso

fai sesso?

- › Qual era la tua età quando hai avuto il primo rapporto sessuale?
- › Fai sesso protetto?
- › Sei mai stato costretto a fare sesso?
- › Sei mai stata incinta?

Suicidio/Depressione

- › Durante la giornata ti senti giù o depresso?
- › Da quanto tempo ti senti in questo modo?



PEDIATRIA

- › Hai mai pensato di farti del male?
- › Hai mai provato a farti del male?

Violenza e abuso

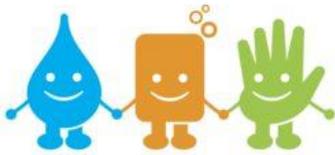
- › Sei mai stato vittima o testimone di violenza?
- › C'è qualcuno in casa tua che possiede un'arma?
- › Hai mai avuto problemi con la giustizia?
- › Guidi l'auto? Indossi le cinture di sicurezza?

Bibliografia

- Baldascini L. Legami terapeutici. F. Angeli Ed. 2002
- Baldascini L. Vita da adolescenti. F. Angeli Ed. 1996
- Gangemi M, S. Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. Utet Periodici Ed. 2000
- Sacks D, M. Weastwood M. An approach to interviewing adolescents, P. Child Health 2003;8(9) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794315/>

Teresa Tricarico





...e continuiamo con la

TRANSIZIONE DELL'ADOLESCENTE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE affetto da patologie croniche:

- **Anafilassi;**
- **Rinite;**
- **Asma;**
- **Diabete mellito;**
- **Obesità;**
- **Fibrosi cistica ;**
- **Maltrattamento ed abuso**

...Iniziamo con le prime tre dell'elenco

Anafilassi

L'anafilassi nell'adolescente può essere anafilassi da alimenti, da farmaci, da punture d'imenotteri, da lattice, l'anafilassi idiopatica e indotta da esercizio fisico, con e senza assunzione di alimento. Il medico di famiglia deve porre l'adolescente al centro di tutti i programmi di prevenzione perché è il ragazzo, in primis, che va educato, convinto, seguito e rasserenato per tutte le sue paure e i suoi dubbi. Il nucleo familiare, al completo, deve essere reso informato dei fattori di rischio che possono essere coinvolti nelle reazioni severe e sapere quali sono le principali strategie per evitarli.

L'adolescenza è caratterizzata da inquietudine, agitazione interiore e ribellione e questa particolare finestra della vita condiziona un senso e una necessità profonda di autonomia che, nel ragazzo con anafilassi, può determinare una scarsa aderenza ai programmi di prevenzione e cura della sua patologia. Durante questo periodo, i giovani stabiliscono un'identità individuale indipendente e anche per questo gli adolescenti sono più a rischio di reazioni severe di anafilassi, perché sottostimano il pericolo, dimenticano di portare con loro il kit con l'adrenalina, e possono aver vergogna nei confronti dei pari età per la loro situazione. Per la gravità e la frequente persistenza della reazione e per la molteplicità delle condizioni di rischio il follow-up del



PEDIATRIA

ragazzo con anafilassi deve prolungarsi anche nell'età adulta. Soprattutto, anche la sua educazione terapeutica, con i re-training periodici sull'uso dell'autoiniettore, non possono essere interrotti. La cadenza e il programma degli incontri, condivisi con il Centro allergologico degli adulti che subentrerà a quello pediatrico, saranno stabiliti nel programma terapeutico scritto, in base al tipo di allergia, alle raccomandazioni delle linee guida di riferimento e a quanto previsto nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) locale.

In linea generale:

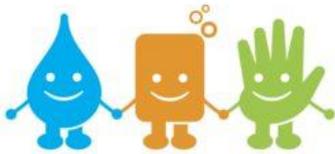
- nel ragazzo con anafilassi alimentare deve essere programmata una serie di incontri per parlare di prevenzione e di quelli che sono gli errori più frequentemente riscontrati nella gestione dell'anafilassi da parte degli adolescenti e delle famiglie. Bisogna aprire momenti di ascolto che possano anche coinvolgere, ove indicato, un supporto psicologico che dia risposte precise ai dubbi del giovane. Deve essere anche ripetuto un percorso pratico di educazione sanitaria che si estenda dal riconoscimento dell'allergene nei prodotti commerciali, all'evitamento di alimenti da strada non controllati. Utili controlli medici periodici in cui ripetere le caratteristiche cliniche del riconoscimento precoce dell'anafilassi e le modalità per le tecniche di autoiniezione. Nuove strategie devono essere realizzate per assicurare una migliore aderenza nei confronti dell'autoiniezione di adrenalina ed è utile trasmettere al medico anche i metodi che si sono dimostrati utili nel facilitarne l'uso, come le simulazioni controllate;

- almeno due volte all'anno va aggiornato e commentato il programma terapeutico che deve rappresentare una vera guida per i momenti di urgenza. Il programma terapeutico consta di 3 parti: cosa fare e come praticare l'adrenalina nel primo momento della reazione, come pianificare l'arrivo del mezzo di urgenza e come farsi trovare pronti per l'arrivo in ospedale. Ogni tappa deve essere spiegata e commentata non solo ai genitori, ma, se possibile, anche agli altri familiari che possono accudire il ragazzo e agli insegnanti della scuola. Utile anche un foglio riepilogativo, posto alla fine del programma terapeutico che possa ricordare





PEDIATRIA



semplicemente i vari passaggi, ogniqualvolta il ragazzo o i genitori vogliono ripassare il percorso operativo. Va ripresa in esame, in caso di precedente negazione, la possibilità di iniziare un percorso di desensibilizzazione orale per l'alimento allergizzante. Questa pratica, più nota al pediatra e meno conosciuta dal medico di famiglia, ha già ottenuto ampi consensi e numerosi risultati incoraggianti, anche se le allergie più rappresentate nell'età adulta sono relative al pesce e alla frutta secca. Nei confronti di queste allergie alimentari mancano purtroppo dati confermati per la desensibilizzazione orale con l'alimento;

- per il ragazzo con anafilassi da farmaco il problema forse è più contenuto perché il medico di famiglia ha grande dimestichezza con questa patologia, caratteristicamente più rappresentata nella fascia di età più avanzata. Dopo una verifica della correttezza della diagnosi bisogna sempre ricordarsi di aggiornare, con i nuovi preparati del commercio, la lista di farmaci da evitare e raccomandare e anche di segnalarli in caso di accessi in pronto soccorso e di valutazione mediche in altra sede;
- nel paziente con reazioni da puntura d'imenottero, ove indicata, va confermata, da parte del medico, la possibilità di iniziare e proseguire l'immunoterapia che si è dimostrata efficace sia nel prevenire le reazioni severe sia nel migliorare la qualità di vita.

Bibliografia

Johnson SF, Woodgate RL. Qualitative Research in Teen Experiences Living with Food-Induced Anaphylaxis: A Meta-Aggregation. J Adv Nurs 2017 Apr 25 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28440959/>

Ogg J, Wong J, Wan MW, Davis N, Arkwright PD. Factors that determine parents' perception of their child's risk of life-threatening food-induced anaphylaxis. Allergy Asthma Proc 2017;38:44-53 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28052801/>

Shemesh E, D'Urso C, Knight C et al. Food-Allergic Adolescents at Risk for Anaphylaxis: A Randomized Controlled Study of



PEDIATRIA

Supervised Injection to Improve Comfort with Epinephrine Self-Injection. J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5:391-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28117270/>

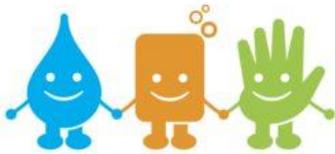
Dhami S, Zaman H, Varga EM et al. Allergen immunotherapy for insect venom allergy: a systematic review and meta-analysis. Allergy 2017;72:342-65 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28120424/>

Rinite

La rinite allergica è la manifestazione allergica più frequente in tutto il mondo, con una prevalenza in aumento dal 16,2 al 37,4% negli ultimi 25 anni. La sua insorgenza è in genere precoce, coinvolgendo l'età prescolare, spesso, ma non sempre, facendo parte di una delle tappe della cosiddetta marcia allergica. È noto che la rinite allergica ad esordio precoce si associa a un peggioramento della patologia allergica nell'adulto, ed è altrettanto noto che, molto spesso, la rinite allergica precede l'asma nelle età successive. Proprio nel contesto della rinite come "sentinella" dell'asma, l'aspetto della transizione dal pediatra al medico dell'adulto riveste particolare importanza. È pertanto essenziale che sia il paziente sia i medici conoscano questi aspetti.

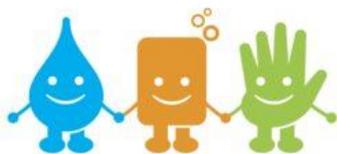
La rinite allergica è spesso una malattia sotto-diagnosticata e sottostimata dal punto di vista clinico; occorre pertanto che venga sospettata e diagnosticata ai primi sintomi. La clinica della rinite allergica da pollini è certamente più semplice, mentre quella per gli acari della polvere può essere più difficile, avendo come sintomo principale l'ostruzione piuttosto che la rinorrea o la starnutazione.

La diagnosi prevede i test cutanei per gli inalanti stagionali e perenni e consente di mirare l'intervento terapeutico sia farmacologico sia di profilassi ambientale. Le sensibilizzazioni permangono per tutta la vita e in età adolescenziale non sempre è necessario ripetere i test, a meno che non siano comparsi sintomi diversi rispetto alle precedenti sensibilizzazioni. In alcuni casi, per correlare i sintomi con la sensibilizzazione, può essere utile eseguire la citologia nasale, che consente di evidenziare





PEDIATRIA



l'eventuale flogosi presente. In ambito di diagnosi occorre considerare anche la presenza delle riniti non allergiche, che presentano spesso sintomi sovrapponibili alle allergiche, ma che possono avere evoluzione simile (asma non allergico) o diversa (poliposi nasale). Pertanto, nel contesto di una sintomatologia rinitica, il paziente deve eseguire una diagnosi completa che prevede i test allergologici, la fibroscopia nasale e la citologia nasale. Le tempistiche possono essere diverse: se già effettuate in età pediatrica i medici successivi ne prenderanno atto, considerando di ripeterne alcuni soprattutto quando la sintomatologia non fosse sotto controllo. Poiché, come sappiamo, la rinite allergica è un fattore di rischio per l'asma, è importante che il paziente esegua quanto prima una spirometria, in particolare in benessere, cioè prima di un'eventuale comparsa dell'asma: questo consentirà di avere, nelle età successive, un punto di partenza per la valutazione di un'eventuale evoluzione ostruttiva.

Trasmettere con chiarezza la terapia che il paziente esegue resta un punto critico e fondamentale, così come l'adolescenza rappresenta certamente il momento peggiore per farlo, considerata la naturale resistenza dell'adolescente alle regole e alle abitudini. Avere un piano terapeutico scritto e sintetico aiuta sia il paziente sia il medico, evitando vuoti gestionali. Se sta completando un ciclo di immunoterapia andrà seguito e controllato affinché concluda il percorso.

Il lavoro di consapevolezza della malattia allergica deve certamente essere impostato dal pediatra, ma deve essere continuato dal medico di medicina generale. La tendenza a usare i farmaci al bisogno e non in modo continuativo è tipico dell'adolescenza e dell'età adulta, mentre prima era sotto il controllo dei genitori. Il risultato sarà inevitabilmente il peggioramento dei sintomi e della qualità della vita. Questo rappresenta certamente la sfida e un punto cardine che il medico che seguirà quel paziente per tutta la vita dovrà tenere ben presente, e su cui dovrà insistere.



PEDIATRIA

Bibliografia

Maio S, Baldacci S, Carrozzi L et al. Respiratory symptoms/diseases prevalence is still increasing: a 25-yr population study. *Respir Med* 2016;110:58-65
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614595/>

Kurukulaaratchy RJ, Zhang H, Patil V et al. Identifying the heterogeneity of young adult rhinitis through cluster analysis in the Isle of Wight birth cohort. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:143-50
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25085342/>

Bousquet J, Schünemann HJ, Samolinski B et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:1049-62
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23040884/>

Baena-Cagnani CE, Canonica GW, Zaky Helal M et al. The international survey on the management of allergic rhinitis by physicians and patients (ISMAR). *World Allergy Organ J* 2015 20;8:10
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367873/>

Zicari AM, Indinnimeo L, De Castro G et al. A survey on features of allergic rhinitis in children. *Curr Med Res Opin* 2013;29:415-20
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23427821/>

Gelardi M, Iannuzzi L, Landi M et al. Nasal cytology: practical aspects and clinical relevance. *Clin Exp Allergy* 2016;46:785-92
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27009397/>

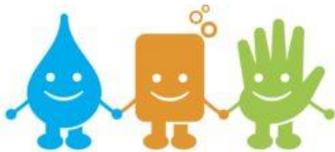
Hellings PW, Klimek L, Cingi C et al. Non-Allergic Rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2017 May 5
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28474799/>

Valls-Mateus M, Marino-Sanchez F, Ruiz-Echevarría K et al. Nasal obstructive disorders impair health-related quality of life in adolescents with persistent allergic rhinitis: a real-life study. *Pediatr Allergy Immunol* 2017 Apr 19
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28423474/>

Asma

L'asma è la malattia cronica pediatrica più comune nel mondo occidentale caratterizzata da infiammazione e iperreattività bronchiale. L'insorgenza è spesso precoce in epoca prescolare e continua poi durante le altre fasi della vita. La cronicità dell'asma la rende una delle patologie più utili per chiarire un processo di transizione che porti in maniera ottimale il paziente dal pediatra al medico di medicina generale.

La diagnosi è effettuata sulla base di sintomi e indagini diagnostiche che sono i test di sensibilizzazione cutanea a inalanti e la spirometria. Il medico di medicina generale dovrebbe conoscere quale sia il pannello di sensibilizzazioni per riconoscere i fattori di rischio più importanti e definire la stagionalità come fattore di rischio, e quali siano le misure di profilassi ambientale





PEDIATRIA



per ridurre l'esposizione ad allergeni e controllare i sintomi. Il medico di medicina generale dovrebbe indicare in cartella clinica quali allergeni siano clinicamente rilevanti per quel soggetto, se è stata eseguita un'immunoterapia specifica, se vi siano allergeni con rischio specifico, ad esempio alternaria o forfore animali. La spirometria costituisce il cardine della diagnosi con la definizione di funzionalità respiratoria "normale" per quel soggetto e la definizione di broncoreversibilità. La spirometria nell'asmatico va ripetuta periodicamente. Il patrimonio di spirometrie eseguite negli anni va descritto in maniera sintetica, ma chiara: dà un'idea della severità della malattia, della risposta ai farmaci e quindi del controllo dei sintomi. I valori spirometrici inoltre permettono al medico di famiglia di "vedere" il percorso della funzionalità polmonare nel corso degli anni. Infatti tanto più il paziente presenta un'asma moderata-severa tanto più i suoi livelli di funzionalità polmonare saranno condizionati nel corso dello sviluppo, mantenendosi in un binario di crescita deficitario nonostante la terapia. Questo è un punto essenziale perché permette di individuare il paziente con asma più problematica, non facendo mancare, nella fase della transizione, la debita attenzione. È anche importante pensare da subito a un piano di lavoro che, nel follow-up, comprenda una spirometria con test di broncodilatazione ogni 6-12 mesi.

La compliance costituisce il problema principale: l'adolescente infatti tende a sottovalutare la sua patologia di fondo, spesso a negarla, nel tentativo di essere uguale ai suoi coetanei. Ciò porta a uno scarso o scorretto uso dei farmaci, specie se questo si accompagna alla mancanza di una figura medica di riferimento. Nel tentativo di essere uguale ai coetanei, più spesso l'asmatico assume comportamenti a rischio, come abitudine al fumo di sigaretta e/o assunzione di droghe. Inoltre, nella fase di transizione, può aumentare la sedentarietà e la tendenza al sovrappeso/obesità, che peggiorano decisamente il controllo dell'asma. Da ultimo, nella fase adolescenziale, il paziente con patologia cronica può presentare anche un maggior rischio di



PEDIATRIA



sviluppare ansia e depressione, che lo porta ad avere difficoltà nel vivere e a una conseguente più difficile gestione dell'asma; tutti questi punti debbono essere valutati insieme nella fase di passaggio, per ottimizzare il controllo dei sintomi ed evitare problemi di gestione dell'asma che possono mettere il paziente in condizioni di alto rischio.

Bibliografia

Bitsko M, Everhart R, Rubin B. The Adolescent with Asthma. *Respir Rev* 2014; 15:146-53 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23972334/>

Blackman JA, Gurka MJ. Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *J Dev Behav Pediatr* 2007;28:92-9 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17435459/>

Lu Y Mak KK, van Bever HP. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012;23:707-15 <https://europepmc.org/article/med/22957535>

Bender BG. Depression symptoms and substance abuse in adolescents with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 99:319-24 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17941278/>

Wood L. Metabolic Dysregulation: Driving the Obese Asthma Phenotype in Adolescents? *Am J Respir Crit Care Med* 2015;191:121-2 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25590150/>

Henriksen JM. Adolescence asthma and transition. *Clin Respir J* 2009;3: 67-8 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20298380/>

Bergstrom S, Sundell K, Hedlin G. Adolescents with asthma: Consequences of transition from paediatric to adult healthcare. *Respir Med* 2010;104:180-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19889523/>

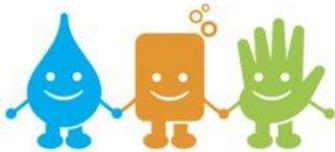
Teresa Tricarico



PEDIATRIA

Generazione z e il medico di medicina generale.

Una nuova sfida per il medico di medicina generale, sempre più orientato verso l'uso della tecnologia, è rappresentata dal confronto con la Generazione Z. Questa generazione è costituita da ragazzi nati tra il 1997 e il 2012, i nativi digitali, che non hanno mai conosciuto un mondo senza internet, pc e cellulari. La fascia d'età dei ragazzi della Generazione Z va da 8-23 anni e viene definito periodo dell'adolescenza (Società Americana di medicina dell'Adolescenza)



“Secondo l'attuale normativa ACN gli adolescenti rimangono con il pediatra di famiglia fino a 14 anni, la famiglia può fare richiesta formale che l'adolescente rimanga con il pediatra al massimo fino a 16 anni se ci sono patologie croniche, handicap, disagi psicologici o immaturità psicofisica, per poi passare al medico di medicina generale. La famiglia può anche decidere liberamente di iscrivere i figli con più di 6 anni dal proprio medico di famiglia” spiega il dottor Genchi Antonio Guido medico di medicina generale.

Gli adolescenti della Generazione Z, continua il dottor Genchi, sono pazienti poco inclini a recarsi presso lo studio medico per normali controlli di routine, al più vi si recano solo se “costretti” dai genitori per patologie croniche o presunte tali. Questo comportamento rende più difficile la diagnosi di eventuali patologie di nuova insorgenza (ad esempio cardiopatie congenite, varicocele, asma, intolleranza glucidica) a cui si aggiunge, come sottolinea il dottor Genchi, la mancanza delle visite mediche, un tempo previste, per il servizio di leva militare obbligatorio per i ragazzi adolescenti e la diffidenza delle ragazze adolescenti a rivolgersi a un medico di sesso maschile per i propri problemi di salute. Mentre gli adolescenti già iscritti al medico di famiglia all'età di 7-8 anni con l'intera famiglia sono più propensi a recarsi nello studio e ad instaurare un proficuo dialogo di fiducia duraturo.



PEDIATRIA



In questo contesto come si può interfacciare il medico di famiglia agli adolescenti della Generazione Z? Chi sono gli adolescenti della generazione Z?

L'adolescenza è la "fase di passaggio tra infanzia ed età adulta". È un periodo lungo e decisivo nella vita costituito da dinamiche complesse e specifiche con cambiamenti fisici e psicologici che possono essere alla base di patologie organiche e comportamentali.

Molte delle caratteristiche biologiche e neuropsicologiche degli adolescenti, così come le loro principali cause di morbilità e mortalità, hanno proprie specificità che le differenziano sia da quelle dell'infanzia sia da quelle dell'adulto.

I cambiamenti che si verificano durante l'adolescenza determinano un profondo rimaneggiamento dell'identità del ragazzo. Tali mutamenti sono rapidi e spesso radicali: il ragazzo si trova a transitare inconsapevolmente, da una fase di spensieratezza, qual è il periodo dell'infanzia, a una fase di preoccupazioni e incertezze.

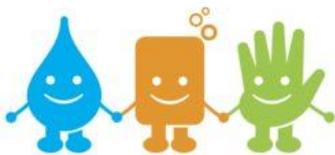
Secondo l'OMS, l'adolescenza è compresa tra i 10 ed i 19 anni, mentre la Società Americana di Medicina dell'Adolescenza identifica il limite superiore a 23 anni. Questa estensione del limite superiore è dovuta al fatto che i giovani d'oggi, per una serie di modificazioni sociali che si sono create nel tempo, necessitano di un tempo maggiore per formarsi, accedono al mondo del lavoro e raggiungono l'indipendenza economica più tardivamente, così come le responsabilità e i ruoli della vita adulta, come il matrimonio e la paternità.

L'età adolescenziale viene generalmente suddivisa in 3 fasi.

- Prima adolescenza (10-12 anni): È la fase caratterizzata da un rapido accrescimento somatico e dall'inizio dello sviluppo puberale. Comincia la vita di gruppo e la ricerca di una maggiore indipendenza in ambito familiare. Sul piano cognitivo aumentano la capacità di astrazione e la profondità del pensiero e, sul piano comportamentale, predomina la ricerca della propria identità.
- Seconda adolescenza (13-15 anni): In questa fase lo sviluppo



PEDIATRIA



somatico e puberale si completa. Si ha un consolidamento della vita di gruppo e iniziano i comportamenti a rischio (fumo, alcol, sesso precoce, disturbi della nutrizione). Si hanno i primi rapporti sessuali, spesso con partner non stabili. Sul piano cognitivo vi è una maggiore definizione dei propri obiettivi e iniziano i contrasti con il mondo degli adulti.

- Terza adolescenza (16-23 anni): In questa fase iniziano le preoccupazioni per l'inserimento sociale e l'indipendenza economica. Si riducono i comportamenti a rischio e i legami di coppia diventano più stabili. Il comportamento più maturo e responsabile si accompagna a una ripresa del dialogo con la famiglia.

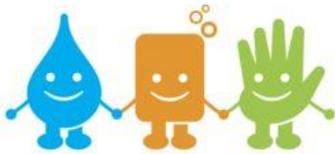
Durante l'adolescenza si ha un cambiamento sia fisico che mentale.

Il cambiamento fisico comincia a un'età variabile, in genere prima per le femmine (11-13 anni) e dopo per i maschi (12-14 anni), e continua fino al raggiungimento dell'età adulta, cioè fino a circa 20 anni. La completa maturazione del cervello è ancora più tardiva, completandosi a 24 anni.

Per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo, l'adolescente raggiunge lo stadio operativo-formale, quando organizza le conoscenze in modo sistematico e pensa in termini ipotetico-deduttivi acquisendo la capacità di formulare il pensiero astratto. Gli adolescenti non possono essere accomunati per diagnosi, terapia a nessuna delle altre età della vita e costituiscono, pertanto, una difficoltà specifica di gestione da parte del medico di medicina generale. Si desume, inoltre, proprio in seguito al completamento dello sviluppo puberale e, pertanto, del differenziamento sessuale, come l'approccio alla medicina di genere inizi a partire dall'adolescenza. A tutto ciò si associa il fenomeno della sperimentazione e identificazione con nuove figure, fenomeno che può complicare la gestione di una cura, ove sia presente una patologia cronica. Tutti questi aspetti sono ulteriormente complicati dal percorso di accettazione della propria immagine corporea e dall'esercizio della sessualità, con eventuali preoccupazioni riguardo la fertilità futura.



PEDIATRIA



L'adolescenza, quindi, porta in sé il germe del cambiamento fisico e psicologico, con la ricerca di nuovi stili di vita consoni alla propria identità. Se si considera che lo stile di vita è il cardine della salute futura e impatta sulle cure in presenza di patologie già accertate, si comprende come, anche in termini di prevenzione, questa fase della vita si associ a importanti problematiche di salute. Seppure vi sia l'idea che l'adolescente sia un individuo sano, alcuni studi hanno osservato come circa il 20-25% dei soggetti possa avere problematiche di carattere medico, suggerendo come questa età della vita necessiti di un percorso e/o di una conoscenza dedicata e specifica.

Il complesso mondo adolescenziale viene ancor più arricchito di sfaccettature con il subentrare della generazione Z. Numerose sono le etichette, che la contraddistinguono: Homeland Generation, iGen, Linksters.

Homeland Generation indica una generazione destinata a restare a casa. Gli appartenenti a questa generazione sono nati, in un contesto di sfiducia e crisi, tra gli anni Novanta e la prima decade dei Duemila, causato da eventi storici di terrorismo come l'attacco alle Torri Gemelle e da contingenze economiche, come la crisi finanziaria che dal 2007 ha colpito tutto il mondo.

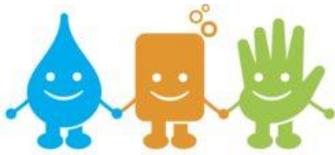
Il termine iGeneration (in breve iGen) sottolinea il fatto che siano Nativi Digitali, ovvero nati nell'era hi-tech e in ambienti 2.0. Sono stati definiti anche Linksters, per sottolineare che il loro mondo è sempre stato caratterizzato dall'esistenza di Internet.

Tante diverse definizioni dunque, tutte però complementari, ognuna infatti sottolinea la medesima caratteristica: la presenza e l'uso delle tecnologie. I giovani della Generazione Z utilizzano in media 5 dispositivi: desktop, smartphone, notebook, TV e tablet. Prediligono chiaramente la dimensione visuale rispetto a quella testuale e manifestano una soglia media di attenzione pari a 8 secondi.

La generazione Z comunica attraverso canali social di ultima generazione, prediligendo considera le immagini alle parole, o utilizzando canali social di autoeliminazione dei messaggi dopo alcuni secondi, per tutelare maggiormente la loro privacy. Questo



PEDIATRIA



ha portato allo sviluppo di fenomeni sociali, spesso patologici quali:

- Selfie mania (Un apparire quasi ossessivo che porta numerosi ragazzi a ritrarsi in tutte le posizioni, a modificare le proprie foto e la propria immagine per ottenere una maggiore approvazione social)
- Gara a like e follower (far dipendere l'autostima, l'umore, dal numero di like, dai commenti e dal numero di follower)
- Nomofobia (No-mobile-phone la nuova fobia che assale i ragazzi quando rimangono senza telefono).

Un'altra caratteristica della Z generation è la partecipazione alle community, reali e virtuali. E proprio i gruppi virtuali sono i più diffusi, perché fondati sulle passioni e sugli interessi condivisi, piuttosto che sull'estrazione economica o educativa. Molti adolescenti fanno parte di più gruppi e in misura maggiore rispetto alle vecchie generazioni. Proprio a sottolineare l'importanza del gruppo, va sottolineato come gli appartenenti alla generazione Z siano sostenitori del dialogo e delle differenze di opinione. La maggior parte di loro crede che attraverso il dialogo, anche con le istituzioni e con le generazioni più mature si possa costruire un mondo migliore. Infine l'ultimo topos di questa generazione è il pragmatismo. Per oltre il 65% degli z adolescenti è fondamentale informarsi e formarsi. Una generazione dunque di self-learner, a suo agio con la formazione online più che con le tradizionali modalità di apprendimento.

Per rispondere al primo quesito su come deve porsi il medico di famiglia nei confronti degli adolescenti della Generazione Z, va prima definito come avviene il fenomeno di transizione, il passaggio dell'adolescente, sia sano che affetto da malattie croniche, dal pediatra al medico di famiglia.

Per transizione si intende il "passaggio programmato di adolescenti da un sistema di cure centrato sul bambino a uno orientato sull'adulto". A questa definizione si può aggiungere che



PEDIATRIA



la transizione non corrisponde a un singolo momento, ma, piuttosto, è parte di un più ampio e dinamico passaggio dal bambino dipendente all'adulto indipendente, con profondi cambiamenti che interessano non solo l'aspetto clinico, ma anche quello culturale e sociale. Quello della transizione è un tema di assoluta importanza e attualità, per i suoi riflessi sul piano assistenziale. Per tale motivo deve essere oggetto di un'attenta riflessione da parte dei medici di medicina generale, che rappresentano una componente fondamentale del processo di transizione.

Il medico di medicina generale deve occuparsi di transizione in modo più consapevole ed efficace in quanto alcuni studi hanno messo in evidenza che un inadeguato processo di transizione di adolescenti sia sani sia affetti da malattie croniche è associato a un peggioramento del loro stato di salute. Si parla quindi di transizione dell'adolescente sano e dell'adolescente con malattie croniche o rare.

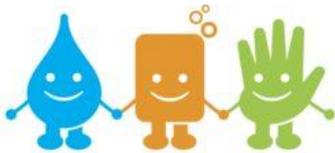
A fronte di questa evidenza dobbiamo osservare che, a oggi, la transizione rimane un processo frammentario e non pianificato; mantiene per lo più i caratteri della volontarietà di cui si fanno carico, tra mille difficoltà, gli operatori sanitari nelle singole realtà locali. Inoltre manca una cultura specifica a livello degli amministratori, per cui manca un'organizzazione specifica, mancano i luoghi stessi della transizione e mancano le risorse dedicate.

Il risultato è che, al momento, in assenza di un'adeguata procedura di transizione, la gestione di pazienti adolescenti presenta generalmente quattro alternative:

1. i pazienti vengono trasferiti direttamente, senza preparazione, ai servizi dell'adulto;
2. i pazienti rimangono in carico al pediatra per un tempo indefinito, che può andare ben oltre i limiti anagrafici che identificano il termine dell'adolescenza;
3. i pazienti vengono abbandonati volontariamente o per negligenza.
4. i pazienti adolescenti vengono intercettati da medici privati pagati dall'assicurazione dell'intera famiglia



PEDIATRIA



Sul terzo punto sono significativi i risultati di uno studio (Kapellen et al. 2015), effettuato su casistiche di differenti patologie endocrine (sindrome surreno-genitale, sindrome di Turner, ipogonadismo ipogonadotropo, deficit di GH, diabete) insorte in età pediatrica ed esaminate in età adulta, che ha evidenziato come vi fosse stato, nel follow-up, un drop out nel 30-40% dei casi.

Un altro motivo importante per il quale oggi il medico di medicina generale si deve occupare più concretamente di transizione è l'aumento del numero di adolescenti con malattia cronica, che rappresentano circa il 30% del totale delle malattie croniche. Questa aumentata prevalenza di malattie croniche in età adolescenziale è dovuta sia a un aumento di patologie riconducibili ad alterati stili di vita (obesità, DM2) e fattori ambientali (asma), sia alle migliorate possibilità di diagnosi e cura, con aumentata sopravvivenza di patologie in precedenza a esito infausto nelle prime due decadi di vita (fibrosi cistica, cardiopatie congenite, spina bifida). Oggi abbiamo una sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi del 78% per i tumori in età pediatrica e dell'82% per i tumori dell'adolescente; i pazienti con fibrosi cistica oggi superano i 50 anni di età e il 90% dei bambini con cardiopatie congenite raggiungono l'età adulta.

Tali cambiamenti non sono stati accompagnati, molto spesso, da un'implementazione dei modelli organizzativi assistenziali, soprattutto nella fase cruciale del passaggio dalle cure di tipo pediatrico a quelle di tipo adulto.

L'assistenza alle malattie croniche è, come è noto, piuttosto complessa e richiede un modello assistenziale integrato tra ospedale e territorio, tipo modello a "rete nodale". Nelle strutture ospedaliere la presa in carico del paziente cronico deve avvenire da parte di specialisti nel settore della patologia in causa. Le suddette strutture devono possedere una documentata esperienza clinico-assistenziale attestata da volumi di attività, indice di attrazione e accreditamento scientifico. Inoltre, è importante il ruolo del medico di famiglia nel follow-up domiciliare, nella riuscita della "autogestione" della malattia e nella gestione delle eventuali patologie acute intercorrenti.



PEDIATRIA



In questo contesto della transizione, le malattie rare presentano, per definizione, una prevalenza inferiore a 1:2000. A oggi conosciamo circa 8.000 malattie rare, di cui l'80% di natura genetica e, quindi, a espressione clinica precoce in età pediatrica; in Italia, abbiamo circa 2 milioni di pazienti "rari". Le malattie rare sono di difficile gestione assistenziale per le limitate conoscenze eziopatogenetiche e cliniche e, quindi, per le difficoltà nella diagnosi e nella terapia. Inoltre, deve essere considerato l'impatto emotivo a livello familiare e individuale, soprattutto nel caso di adolescenti e giovani adulti. Per questi motivi le malattie rare pongono problemi assistenziali rilevanti proprio al momento della transizione in quanto, mentre per certe malattie croniche come ad esempio diabete, artrite idiopatica giovanile, malattie croniche intestinali, non è difficile trovare lo specialista dell'adulto che prenda in carico tali pazienti in età giovane-adulta, lo stesso non si può dire per le malattie rare, come la sindrome di Prader-Willi o di Turner, per le quali è difficile trovare medici dell'adulto con le necessarie competenze.

Un altro aspetto da prendere in considerazione riguarda il particolare contesto della transizione dell'adolescente con malattia cronica. La consapevolezza per un adolescente di essere affetto da una malattia cronica può interferire con gli aspetti tipici di tale fase della vita: la comparsa delle caratteristiche sessuali secondarie, lo spurt di crescita, l'aumento delle capacità di astrazione del pensiero, la definizione dei propri obiettivi, la ricerca della propria identità, il forte desiderio di indipendenza, l'identificazione con il gruppo dei pari. Ne possono derivare note depressive con tendenza all'isolamento (assenteismo scolastico, mancanza di occasioni di socializzazione), rifiuto delle cure, difficile rapporto con i servizi sanitari e comportamenti a rischio (fumo, alcol, uso di sostanze, alterazioni della condotta sessuale) per la necessità di affermare la propria "normalità" e indipendenza.

Diventano difficili i rapporti con i servizi sanitari, a maggior ragione se non sono pensati per soggetti con un'identità in divenire, ma sono centrati essenzialmente, se non esclusivamente, sulla dimensione assistenziale. Ne consegue che



PEDIATRIA



l'adolescente è restio a lasciare la struttura pediatrica, dove è stato seguito per molti anni, per una sede nuova dove non ha più il sostegno dei familiari, che vengono coinvolti assai meno dai medici dell'adulto. È questa una delle motivazioni che rendono difficile la transizione. I genitori percepiscono la relazione con i medici di medicina generale come non più esclusiva. I medici appaiono meno attenti ai bisogni dei ragazzi e vi è una commistione con pazienti anziani pluri complicati. Inoltre, i tempi di attesa per le visite e gli esami sono maggiori e il tempo dedicato alle consultazioni è minore, per la numerosità dei pazienti. Si può arrivare a dei sentimenti di esclusione da parte dei genitori che, fino a poco prima, si sentivano, indispensabili.

Altre cause di un'inadeguata transizione sono la mancanza di comunicazione tra pediatri e medici di famiglia e la mancanza di linee-guida e/o protocolli di transizione condivisi.

Il medico di medicina generale infatti, dovrebbe ricevere dal pediatra tutte le informazioni cliniche dell'adolescente, tramite una cartella clinica. Il passaggio di informazioni attraverso una cartella clinica informatizzata dovrebbe avvenire sia nella transizione dell'adolescente con malattia cronica sia nella transizione di adolescente sano.

L'Età ideale per una transizione adeguata è, secondo la Dott.ssa Carella Chiara, pediatria di famiglia e referente provinciale FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) per maltrattamento e abuso sui minori, quella che va dai 14 ai 16 anni, al fine di realizzare un processo graduale, utile per preparare l'adolescente, i genitori e i medici coinvolti.

Per l'adolescente affetto da patologie croniche c'è bisogno di una preparazione alla transizione e un programma educativo, continua la Dott.ssa Carella. È, infatti, importante che l'adolescente acquisisca prima della transizione alcune competenze riguardo alla propria individualità e malattia. Tali competenze riguardano la conoscenza della propria patologia, la capacità di prendere decisioni autonome riguardo al suo trattamento, la conoscenza dei farmaci utilizzati, la capacità di prendere appuntamenti con la struttura, la capacità di



PEDIATRIA



comunicare le proprie preoccupazioni riguardo agli esami e ai trattamenti, sapere chi chiamare in caso di emergenza, avere conoscenze sulla condotta sessuale e altri aspetti come il fumo, l'alcol e l'uso di sostanze.

L'Accademia Americana di Pediatria sottolinea l'importanza delle "transition clinics", cioè ambulatori in cui si eseguono visite congiunte tra l'adolescente, i suoi genitori e il team dei medici dell'adulto che si occuperà poi dell'adolescente/giovane adulto. Queste visite preliminari devono avvenire necessariamente durante la fase di transizione, prima del definitivo passaggio dell'adolescente alla struttura ospedaliera dell'adulto/assistenza territoriale.

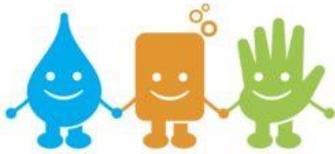
Attraverso il rapporto di fiducia costruito negli anni con il paziente e la sua famiglia, la dott.ssa Chiara Carella si auspica che il pediatra di famiglia possa svolgere un ruolo fondamentale di supporto nel percorso di consolidamento della transizione sia dell'adolescente con malattie croniche che dell'adolescente sano. Infatti, quando a 16 anni, l'adolescente con malattia cronica passa dal pediatra al medico di medicina generale, quest'ultimo dovrà ricevere tutte le informazioni cliniche necessarie attraverso un bilancio di salute e condividere, per un certo periodo, il programma terapeutico con il pediatra di famiglia.

Il pediatra esegue una visita filtro ossia una valutazione generale attraverso un bilancio di salute obbligatorio che prende in esame tutti i vari aspetti della vita di relazione dell'adolescente, compresa la presenza di eventuali comportamenti a rischio. Sono attentamente indagati anche possibili problemi organici di salute specifici degli adolescenti, come disturbi della pubertà, irsutismo, amenorrea, varicocele, fimosi, disfunzioni sessuali, malattie sessualmente trasmesse.

I risultati di queste valutazioni dovrebbero essere trasferiti al medico di medicina generale da parte del pediatra e sottolinea la dottoressa Carella Chiara, il medico di medicina generale dovrebbe, a sua volta, programmare successivamente un



PEDIATRIA



analogo bilancio di salute obbligatorio come adempimento dovuto di presa in carico dell'adolescente.

Inoltre il medico di medicina generale se ha tra i suoi iscritti preadolescenti (> 6 anni) ed adolescenti dovrebbe avere la possibilità di calendarizzare due visite filtro obbligatorie all'anno per i preadolescenti e una visita filtro obbligatoria per gli adolescenti all'anno per poter facilmente intercettare problematiche di salute e fare una efficace prevenzione.

Gli aspetti su cui concentrare maggiormente la valutazione di prevenzione, sottolinea la dott.ssa Carella Chiara, sono i disturbi alimentari (obesità, anoressia), dipendenze da uso di cannabis e alcool, maltrattamenti familiari/abusi sui minori e i nuovi fenomeni dovuti ad un uso malsano dei social media come il cattering e il sexting. Tutti fenomeni che colpiscono la Generazione Z, una fascia di età abbandonata in un cono d'ombra.

Un elemento che può permettere il superamento di questa sensazione di abbandono vissuta dagli adolescenti e di diffidenza nei confronti delle figure mediche, è sicuramente il dialogo. Gli adolescenti, infatti mantengono una innata curiosità e propensione al confronto soprattutto se incentivato dall'uso dei nuovi dispositivi tecnologici. L'invito, per il medico di medicina generale, è quello di sviluppare un approccio pragmatico, aperto allo scambio di informazioni attraverso l'uso di dispositivi mobili e social media per coinvolgere e stimolare la generazione Z per porre le basi per un rapporto medico paziente duraturo.

Teresa Tricarico



Edizione di febbraio 2021