



Bollettino

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI PROVINCIA DI PAVIA

N°2 - LUGLIO 2023

ANNO XXXIX • SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% PAVIA • TAXE PERÇUE ORDINARIO



IL CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE

Dott. Claudio LISI

VICE PRESIDENTE

Dott. Giovanni BELLONI

TESORIERE

Dott. Tommaso MASTROPIETRO

SEGRETARIO

Dott. Marco GIONCADA (Odontoiatra)

CONSIGLIERI

Dott. Domenico CAMASSA (Odontoiatra)

Dott. Pasquale Ciro DE CATA

Dott. Giuseppe DI GIULIO

Dott. Giuseppe GIUFFRÈ

Dott.ssa Laura LANZA

Dott. Luigi MAGNANI

Dott. Alberto Matteo MARANGON

Dott.ssa Francesca MELISSANO

Dott.ssa Federica MELONI

Dott.ssa Daniela MINO

Dott. Alessandro PANIGAZZI

Dott.ssa Maria Laura ROLANDI

Dott. Gianluca VIARENGO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE

Dott. Roberto BARBIERI

COMPONENTI

Dott.ssa Antonella GUANZIROLI

Dott.ssa Barbara SPADARO

Dott. Cesare LIBERALI (Supplente)

LA COMMISSIONE ALBO DEGLI ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Dott. Domenico Camassa

VICEPRESIDENTE

Dott. Marco Colombo

CONSIGLIERI

Dott. Marco Gioncada

Dott.ssa Cristina Segù

Dott. Carlo Alberto Rossi

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

*Periodico ufficiale di informazione,
di aggiornamento e di dibattito
dei Medici pavesi*

Direttore Responsabile:

Giuseppe Di Giulio

Responsabili di Redazione:

Claudio Testuzza, Gabriele Conta

Editrice: Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia
(Via F. Gaffurio, 15 - 27100 Pavia)
Tel: 0382/473994 - Fax: 0382/466254
Sito internet: www.ordinemedicipavia.it
Email: odm.bollettinodordinedeimedicipavia.it
Aut. Trib. Pavia n. 168 del 16/10/1970

Fotocomposizione e Stampa:

Tipolitografia Vigentina Srl
Via G.Brera 4/E - Zeccone (PV)
Tel. 0382 957135
tipovigentina@libero.it
www.tipografiavigentina.it



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

Il Bollettino è l'organo di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia. Saremo pertanto grati a quei Colleghi che desiderano collaborare con contributi di vario genere (culturale, informativo, sindacale) alla sua realizzazione. Per esigenze organizzative, le richieste di pubblicazione di testi o programmi di convegni devono pervenire entro il 15 del mese precedente a quello di pubblicazione.

Nel rispetto della libertà di opinione, la Direzione e la Redazione si riservano di adeguare il materiale inviato alle esigenze di spazio o di impaginazione e di non pubblicare articoli, espressioni denigratorie o polemiche non ritenute idonee al prestigio dell'Ordine.

Gli spazi della rivista, previo parere favorevole della Redazione, sono a disposizione dei Colleghi che intendano trattare temi di carattere professionale e scientifico.

IL DIRETTORE RESPONSABILE - Giuseppe Di Giulio

LE COMMISSIONI E I GRUPPI DI LAVORO

Commissione per le problematiche etico-deontologiche:

Coordinatore: Dott.ssa Francesca Melissano

Commissione Aggiornamento ed ECM

Coordinatore: Dott.ssa Federica Meloni

Comitato scientifico per l'accreditamento Provider:

Coordinatore: Dott.ssa Laura Lanza

Commissione per l'accertamento della lingua italiana

Componenti effettivi: Dott. Marco Gioncada

Dott. Tommaso Mastropietro

Componente supplente: Dott. Claudio Lisi

Commissione Integrazione ospedale - territorio

Coordinatore: Dott. Giuseppe Giuffrè

Dott. Alessandro Panigazzi

Commissione Medicine Complementari

Coordinatore: Dott. Maria Laura Rolandi

Commissione Salute/Ambiente

Coordinatore: Dott. Daniela Mino

Commissione per il sito internet

Coordinatore: Dott. Pasquale Ciro De Cata

GRUPPI DI LAVORO

Gruppo di lavoro problematiche socio-sanitarie

Coordinatore: Dott. Giovanni Belloni

Gruppo di lavoro Giovani Medici

Coordinatore: Dott. Alberto Matteo Marangon

Gruppo di lavoro per lo studio del Fondo medici ed odontoiatri ingiustamente accusati di malpractice

Coordinatore: Dott. Luigi Magnani

Gruppo di lavoro Specialistica Ambulatoriale

Coordinatore: Dott. Domenico Camassa.

Gruppo di lavoro Pubblicità Sanitaria Commissione Albo Odontoiatri

Coordinatore: Dott. Carlo Alberto Rossi

TAVOLI TECNICI e REFERENTI

Ambiente e Salute: Dott. Angelo Fortunato

Rapporti con la FEDERSPeV: Dott. Giovanni Belloni

Rappresentante dell'Ordine al CUP (Comitato Unitario Permanente degli Ordini e dei Collegi Professionali della Provincia di Pavia):

Dott. Marco Gioncada

Referente ENPAM: Dott. Marco Gioncada

Progetto prevenzione sostanze psicoattive nelle scuole: Dott. Giuseppe Di Giulio

Sicurezza dei Medici: Dott. Giovanni Belloni

Osservatorio violenza: Dott.ssa Francesca Melissano

Rappresentanti Esami di Laurea:
Dott. Giovanni Belloni - Dott. Giuseppe Di Giulio -
Dott. Giuseppe Giuffrè - Dott. Alessandro Panigazzi

Conteggio iscritti al 31/07/2023

Medici Chirurghi: 5278

Odontoiatri: 692

Doppie iscrizioni: 360

Persone fisiche: 5610

Albo società: 5

SOMMARIO

Pag. 3 **EDITORIALE**

Claudio Lisi

Qualità dell'aria, gli Ordini dei Medici dicono sì alla nuova Direttiva Europea

4 **Gabriele Conta**

Medicina e Intelligenza Artificiale: il futuro è adesso

6 **Michele Terzaghi**

La medicina del sonno: lo studio e la cura dei suoi disturbi

8 **Fulvio Mazzacane**

Sogni e incubi: una prospettiva psicoanalitica

10 **Francesco Fanfulla**

I disturbi respiratori durante il sonno: focus sull'apnea ostruttiva del sonno nell'adulto

12 **Marco Magri**

Ospedale e Territorio: non integrazione ma dialogo

14 **Rossella E. Nappi**

Chiara Cassani

Madri oltre la malattia: un progetto di vita

16 **Giovanni Meola**

Un faro puntato sulle miotonie

18 **Ciro Esposito**

La malattia renale cronica

20 **Ilaria Brambilla**

L'obesità in età pediatrica: il rischio endemico di una nuova pandemia

22 **Carlo Alessandro Locatelli**

Tossicologia clinica: storia, presente e futuro di un'eccellenza pavese per il nostro Paese

24 **Maria Mirando**

Giornata mondiale senza tabacco, l'impegno di ANDI per la salute dei pazienti

25 **Domenico Camassa**

L'odontoiatria post-Covid, tra etica, deontologia e scienza

26 **Alessandra Testuzza**

Depenalizzare gli errori medici?

28 **Danilo Miotti**

Le cure palliative

30 **Tommaso Mastropietro**

Il Fascicolo Sanitario Elettronico: una grande opportunità per ora incompiuta (ma auspichiamo migliorabile!)

31 *LE RECENSIONI DEL BOLLETTINO*

32 **L'ORDINE DI PAVIA INFORMA**

EDITORIALE

Qualità dell'aria, gli Ordini dei Medici dicono sì alla nuova Direttiva Europea



CLAUDIO LISI

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

La nuova Direttiva europea sulla qualità dell'aria – proposta dalla Commissione nell'ottobre 2022, ma ancora in discussione – che introduce soglie più restrittive per gli inquinanti è da alcune settimane oggetto di ampio dibattito a livello Europeo.

Nel Consiglio nazionale FNOMCeO del 14 luglio c.a., su iniziativa della Commissione Ambiente e Salute, è stata approvata all'unanimità una mozione che ne sostiene l'applicazione.

Oltre 50 mila ogni anno: tante sono, in Italia, secondo l'European Environmental Agency, le morti premature dovute all'inquinamento atmosferico. A partire da tale dato, la FNOMCeO ritiene indilazionabili gli interventi a tutela della sostenibilità ambientale proposti dalla Commissione europea e auspica che le scelte della politica sappiano svilupparsi in decisioni di ampio respiro, che consentano al nostro Paese una reale prospettiva di salute, benessere ed equità.

Secondo la FNOMCeO, infatti, l'accoglimento della nuova direttiva costituirebbe un importante progresso nella direzione voluta dall'OMS (2021) riguardo ai valori limite degli inquinanti atmosferici ritenuti dannosi per la salute umana.

«In Italia – si legge nella mozione proposta dalla Commissione Ambiente e Salute – l'area della Pianura Padana è quella che presenta le maggiori problematiche. Del fatto sono sicuramente responsabili le condizioni meteorologiche e geografiche, ma studi recenti condotti nell'ambito del progetto Life-PrepAIR individuano tra l'altro fattori responsabili dell'inquinamento da polveri sottili nell'area in questione: la combustione di combu-

stibili fossili per riscaldamento (soprattutto legna e pellet), il trasporto stradale (con emissioni di ossidi di Azoto, precursori di particolato) e gli impianti industriali alimentati con combustibili fossili».

Gli interventi in tali settori, secondo la FNOMCEO, risultano dunque imprescindibili. «E questi interventi – assicura la mozione – non sono una minaccia per l'economia e l'industria. Il risultato di un rinvio o di un'inazione è evidente, e purtroppo già verificato nelle sue drammatiche conseguenze. Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la flessibilità delle regole, condizionata solo da esigenze economiche del breve periodo, aggravi il danno per la salute dei cittadini in termini di malattia e di morte, acuisca la crisi del clima e gli eventi estremi che ne derivano, aumenti in modo insostenibile i costi sanitari (pandemie comprese) e i danni conseguenti agli eventi estremi (alluvioni, siccità, frane, ecc...), compromettendo alla fine le reali prospettive di sviluppo».

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO è concorde: la professione medica non può esimersi dall'intervenire nel dibattito sulla proposta della Commissione Europea nella prospettiva della tutela della salute globale, che rappresenta certamente la preconditione anche per garantire uno sviluppo economico e sociale di medio e lungo termine. E questo anche in ragione dell'articolo 5 del Codice di Deontologia Medica, che «richiama i professionisti alla promozione delle politiche ambientali quali elementi che sostanziano la tutela della salute individuale e collettiva, senza la quale non sono realizzabili obiettivi di benessere ed equità sociale». E in virtù anche degli articoli 9 e 41 della Costituzione dedicati alla tutela dell'Ambiente, delle Biodiversità e degli Ecosistemi. Articoli che gli Ordini, come Enti sussidiari dello Stato, sono tenuti a onorare impegnandosi nella tutela dell'ambiente, quale determinante di salute.

La nostra mozione sta a indicare che, come tutela della salute del cittadino, è importante aderire a quelle che sono le indicazioni della Commissione europea. Dobbiamo evitare che quelli che sono i danni da inquinamento e i danni ambientali possano essere sempre più fonte di preoccupazione per la salute del cittadino. Mi auguro che questa mozione venga fatta propria dalla comunità politica che possa attuare tutte le misure e aderire a quello che è il programma richiesto dalla Comunità europea.

Medicina e Intelligenza Artificiale: il futuro è adesso



GABRIELE CONTA

I medici non saranno rimpiazzati dai robot. Ma i sanitari che non utilizzano l'intelligenza artificiale saranno superati da quelli che la usano, anche se questi dovranno affrontare nuove questioni etiche e deontologiche. Delle ultime applicazioni dell'intelligenza artificiale in sanità si è parlato durante l'ultimo convegno organizzato dall'Ordine dei medici di Pavia.

Sempre più numerose, infatti, sono le applicazioni degli algoritmi in medicina: negli ultimi due anni le ricerche sono esplose, portando con sé novità dirimpenti e dubbi inimmaginabili fino a qualche tempo fa. E anche in campo medico l'intelligenza artificiale divide le opinioni: alcuni ne vedono tutte le potenzialità e benefici, altri invece i rischi e i pericoli. «Ci sono preoccupazioni e allarmi a livello mondiale», ha detto in apertura del convegno organizzato nell'Aula Magna del Collegio Ghislieri Claudio Lisi, Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pavia. «L'intelligenza artificiale, se non controllata, potrebbe infatti avere dei risvolti negativi in ambito medico: pensiamo alla privacy o ai dati sensibili, oppure ancora agli aspetti medico legali».

Nell'ultimo periodo di intelligenza artificiale si è parlato moltissimo, soprattutto dopo la diffusione dell'ormai famosissimo Chat GPT. Ma in realtà l'applicazione in ambito medico dell'IA non è affatto cosa recente: quello che è cambiato negli ultimi anni è la disponibilità di enormi moli di dati e l'accessibilità di computer in grado di elaborarli, insieme anche alla sempre maggiore diffusione di sistemi di machine learn-

ing grazie a cui il software "impara" da solo a partire dai dati a sua disposizione. Di tutto questo ha parlato il professor Riccardo Bellazzi, ordinario di bioingegneria dell'Università di Pavia, che ha aperto l'incontro organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia con una lectio magistralis. «Le macchine possono proporre soluzioni ai medici – ha detto il professor Bellazzi – ma queste vanno sempre interpretate». Non tutti però sanno che in questo campo Pavia è all'avanguardia. «Qui ha sede il primo corso universitario nato in Italia sull'intelligenza artificiale», ha ricordato invece Giampaolo Azzoni, professore di Teoria generale del diritto nel Corso di laurea in Giurisprudenza dell'Università di Pavia. «Questo corso è nato tre anni fa ed è organizzato insieme alla Statale e alla Bicocca».

Silvana Quaglini, professoressa di bioingegneria elettronica dell'ateneo pavese, ha portato due esempi di telemonitoraggio intelligente già attivi in ambito sanitario, mentre il ricercatore dello IUSS Domenico Salvatore ha parlato di diagnostica per immagini. Il campo nel quale si sono fatti più progressi in termini di utilizzo dell'intelligenza artificiale come supporto per i medici, infatti, è sicuramente quello diagnostico, su cui ci sono anche una serie di evidenze scientifiche ben presenti in letteratura. In particolare nell'area oncologica, respiratoria o cardiologica, grazie alla disponibilità di immagini fornite tramite radiografie, ecografie o TAC, è possibile identificare con un buon grado di affidabilità patologie, tumorali e non, allo stadio iniziale, prima ancora che diventino importanti. L'anno scorso sono state pubblicate da

parte del Ministero della salute proprio delle linee guida sull'uso dei sistemi di intelligenza artificiale in ambito diagnostico. Si tratta di uno strumento importante per chi sviluppa questi strumenti e per chi poi li andrà a utilizzare: non solo medici, ma anche gli stessi pazienti e familiari. Un'altra area sulla quale si sta lavorando molto è quella legata ai sistemi di predizione, in grado di identificare possibili patologie ancora prima che queste si manifestino, ad esempio in ambito cardiovascolare. Grazie all'analisi degli elettrocardiogrammi e alla storia clinica del paziente è possibile identificare se il soggetto sia o meno a rischio di sviluppare patologie come fibrillazione atriale o scompenso cardiaco.

Al convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Pavia per fare il punto sull'intelligenza artificiale in ambito sanitario ha partecipato anche Alberto Oliveti, Presidente nazionale dell'Enpam. «Abbiamo creato una piattaforma tecnologica dove si possono trovare tutti i contenuti formativi sull'intelligenza artificiale – ha detto Oliveti – È già disponibile gratuitamente per tutti i medici, e presto sarà affiancata da un'app». Il Presidente dell'Enpam aveva aperto il suo intervento con una citazione della canzone "Buffalo Bill" di Francesco De Gregori, dove la locomotiva e il grande ruminante americano diventano allegoria di cambiamento. «Fuor di metafora, stiamo vivendo un cambiamento epocale nella frontiera della conoscenza e della competenza, che influenzerà sia le pratiche sia le politiche sia le etiche – ha detto Alberto Oliveti – Nulla sarà come prima. La capacità di esaminare con approccio induttivo e in logica probabilistica, un'enorme mole di dati, trovando tra loro correlazioni e informazioni significative, cambieranno lo scenario della conoscenza, ad oggi riferita all'approccio logico deduttivo della causa-

lità deterministica. Ma dovremo sfruttare a nostro vantaggio l'apporto che può darci l'intelligenza artificiale, considerandola come uno strumento amplificatore e non un antagonista».

Tanti, infatti, sono i dubbi etici che l'intelligenza artificiale solleva, non soltanto in medicina ma in tutti gli ambiti dello scibile umano. «Il medico avrà la forza di discostarsi da un'ipotesi formulata dall'intelligenza artificiale? – si è chiesto Guido Giustetto, Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino – E in caso di errore, di chi sarà la responsabilità?». Dubbi che il nuovo codice di deontologia medica, già allo studio della Federazione nazionale dell'Ordine dei Medici, dovrà presto chiarire. «E' nostra intenzione organizzare ogni anno un aggiornamento ECM sugli ultimi sviluppi dell'intelligenza artificiale in medicina – dice ancora Claudio Lisi, Presidente dell'Ordine dei Medici di Pavia – per continuare a seguire da vicino e in tutti i suoi aspetti gli sviluppi in quest'ambito, non soltanto dal punto di vista scientifico ma anche sotto il profilo etico e deontologico».

Ad oggi, infatti, quasi tutte le applicazioni di intelligenza artificiale disponibili in Italia sono ancora in fase di sperimentazione. Non è così altrove: negli Stati Uniti, ad esempio, quelle già approvate sono oltre 500, e si continua a lavorare per svilupparne di nuove a livello di grandi industrie, università e centri di ricerca. Quello che è emerso dal convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Pavia è che occorre creare, anche a livello istituzionale, le condizioni affinché questi strumenti siano regolamentati in accordo alla nuova normativa europea sui dispositivi medici a cui questi strumenti in gran parte afferiscono.

Pur svolgendo compiti inimmaginabili fino a pochi anni fa, infatti, i sistemi di intelligenza artificiale in sanità hanno difficoltà a entrare nei percorsi assistenziali soprattutto per la carenza di prove di sicurezza, affidabilità ed efficacia, per l'assenza di regolamentazione che ne accompagni l'impiego negli ospedali da parte degli operatori sanitari e per la difficile attribuzione delle responsabilità in caso di errori e malfunzionamenti. Su questi dubbi la comunità scientifica deve continuare a riflettere, senza dimenticare le perplessità etiche, deontologiche e di privacy che essi sollevano e che continueranno a sollevare.



La medicina del sonno: lo studio e la cura dei suoi disturbi



MICHELE TERZAGHI

*Responsabile
del Centro di Medicina
del Sonno
di Fondazione Mondino IRCCS*

La medicina del sonno e i disturbi ad esso correlati rappresentano sempre più motivo di accesso dei cittadini alle cure.

Circa un 1/3 della popolazione mondiale soffre di disturbi del sonno di varia natura.

Sono state formulate diverse teorie rispetto alle funzioni del sonno: da quelle sull'omeostasi delle funzioni metaboliche, al consolidamento della memoria, alla stabilizzazione del tono dell'umore. Quelle più recenti puntano l'attenzione sulla ricalibrazione sinaptica e i suoi risvolti sulla sfera cognitiva e sul ruolo della regolazione glinfatica del sistema nervoso centrale, responsabile della rimozione di metaboliti generatesi nel corso della veglia per effetto dell'attività neuronale.

Il sonno è un fenomeno universale, descritto in ogni specie attualmente studiata, altamente conservato nel corso della evoluzione.

Si tratta quindi di una funzione biologica vitale, altamente integrata con altre funzioni del nostro organismo, durante la quale il cervello utilizza le sue risorse in maniera attiva integrandosi in primis con le funzioni ormonali e la regolazione della temperatura corporea.

Il sonno è regolato da fattori intrinseci ed estrinseci. I primi sono il fattore omeostatico, ovvero essenzialmente l'aumento del bisogno di dormire in base a quanto si è rimasti svegli durante le ore precedenti, e il fattore circadiano, responsabile del consolidamento del sonno e della veglia nella fase della giornata più appropriata. I secondi, invece, sono rappresentati principalmente dal ciclo luce-buio, attività-riposo e dalla temperatura ambientale e corporea. Dal punto di vista elettroencefalografico il sonno può essere macroscopicamente distinto in sonno NREM in cui l'attività è lenta, a sua volta suddiviso in sottostadi

N1-N2-N3, e sonno REM chiamato sonno paradosso per la presenza di movimenti oculari rapidi e di un'attività EEG paragonabile a quella della veglia. L'alternanza dei vari stadi non-REM e sonno REM rappresenta un ciclo di sonno completo. Durante la notte, soprattutto nel soggetto giovane, abbiamo fino a 5-6 cicli, mentre nel soggetto più anziano questo tipo di struttura si modifica riducendo i cicli e le fasi di sonno profondo (NREM).

Oggi, il problema più diffuso riguardo al sonno nella società è la privazione cronica di sonno. Si calcola, sulla base di studi oggettivi di durata del sonno, che oltre un terzo della popolazione adulta nei paesi occidentali sia cronicamente privato di sonno. L'incidenza e la prevalenza dei disturbi del sonno sono in costante aumento.

Il corretto inquadramento clinico ambulatoriale dei disturbi del sonno non può prescindere da una approfondita anamnesi mirata allo studio del profilo ipnologico, delle abitudini di vita, delle terapie farmacologiche in atto e un esame obiettivo neurologico.

Le patologie che riguardano il sonno sono un microcosmo: comprendono infatti insonnia (acuta o cronica), ipersonnie, disturbi del ritmo circadiano, parasonnie legate a sonno REM o NREM, disturbi respiratori e disturbi motori in sonno, nonché altri disturbi che trovano in casi particolari (ma tutt'altro che infrequenti) la loro massima espressione in relazione al sonno, come l'epilessia o alcune cefalee.

La diagnosi di insonnia cronica è clinica e viene definita da indicatori notturni (come la difficoltà ad iniziare e/o mantenere il sonno e/o risveglio precoce) e dalla contemporanea presenza di conseguenze sulla attività diurna (tra i più frequenti: sonnolenza, irritabilità, stanchezza, deficit

menisco e attentivo) per almeno tre volte a settimana per tre mesi.

I disturbi del pattern ipnico insorgono quando, per alterazione dell'orologio intrinseco o per influenze estrinseche (si pensi ai turni lavorativi o ai viaggi intercontinentali), si viene a creare una discrepanza tra il sistema circadiano proprio e i ritmi sonno-veglia desiderati e imposti dalla società.

In entrambi i casi la diagnosi è clinica, tuttavia è possibile, presso il Centro di Medicina del sonno della Fondazione Mondino, avvalersi di indagini strumentali, tra cui il monitoraggio actigrafico e il dosaggio della melatonina endogena salivare, fondamentali per lo studio del ritmo circadiano di ciascun paziente al fine di individuare strategie terapeutiche, farmacologiche e non, personalizzate.

Le parasonnie dell'arousal si dividono in quelle legate al sonno NREM e quelle del sonno REM. Le prime, più frequenti in età infantile ma riconosciute con sempre maggior frequenza avere esordio o persistere in età adulta, sono il pavor notturno, il sonnambulismo e i risvegli confusionali. Tratto comune di questi fenomeni è la dissociazione dell'attività cerebrale in realizzazione a fenomeni di risveglio parziale ("arousal"): si realizza nell'uomo la presenza simultanea in diverse aree cerebrali di condizioni di veglia e sonno, per cui vengono eseguiti comportamenti motori e comportamentali svincolati dal contesto cognitivo appropriato (si pensi per immediatezza al sonnambulismo, in cui il paziente si muove correttamente, sposta oggetti e compie azioni complesse ma in modo incongruo e senza serbare ricordo al mattino).

La comparsa di sogni caratterizzati da sensazioni di rabbia, difesa o aggressione, in associazione con la perdita dell'inibizione motoria durante sonno REM, in cui il paziente può cadere dal letto, ferirsi o ferire involontariamente il bed-partner, è il disturbo comportamentale del sonno REM (RBD).

L'eccessiva sonnolenza diurna, intesa come una sensazione di sonnolenza subcontinua o con episodi di sonno non resistibile in situazioni di relax e/o di attività, è un sintomo che può essere spia di una condizione di cronica privazione di sonno ma anche di varie patologie tra cui disturbi psichiatrici, in particolare alcune forme di depressione, la sindrome delle apnee notturne e la Narcolessia.

Le apnee ostruttive in sonno (OSA) rappresentano un fattore di rischio cardio-cerebrovascolare a lungo termine, hanno una frequenza di circa il 4% negli uomini e 2% nelle donne con un aumento nella popolazione anziana dove le forme medio-gravi raggiungono il 30%. I sintomi cui prestare attenzione sono negli uomini il russamento, la presenza di apnea riferita dal bed-partner, i risvegli con mancanza di fiato, il sonno non riposante, la nicturia e la cefalea mattutina, mentre nelle donne più tipica è l'insonnia, seguita da cefalea mattutina e faticabilità. I sintomi diurni sono caratterizzati da eccessiva sonnolenza diurna, irritabilità e depressione.

La diagnosi è resa possibile dalla polisonnografia notturna

ambulatoriale; la terapia consiste in interventi tramite device nelle forme posizionali, invio all'ortodontista, all'otorinolaringoiatra, fino all'applicazione di ventiloterapia domiciliare, la cui taratura eseguita presso il Centro viene fatta routinariamente con sistema domiciliare

Dal punto di vista terapeutico è importante raccomandare sempre al paziente di seguire le norme di igiene del sonno, che garantiscono un corretto approccio al sonno nel pre-dormitum: evitare sonnellini diurni, avere abitudini voluttuarie (uso di caffè, fumo, abitudini alimentari) adeguate, non svolgere attività fisica appena prima di coricarsi, non farsi la doccia o il bagno caldo appena prima di mettersi a dormire, evitare l'impiego di dispositivi interattivi (telefoni, computer, console di gioco) nel letto.

A seconda del tipo di disturbo diagnosticato l'iter diagnostico e terapeutico si avvale di approcci personalizzati. Tra questi la possibilità di indirizzare il paziente a esami polisonnografici ambulatoriali, con o senza registrazione video, o in laboratorio per la diagnosi e, per la terapia, la terapia cognitivo comportamentale. Inoltre, sono compresi approcci personalizzati nella cronoterapia per la regolazione dell'orologio circadiano (resetting circadiano con uso di melatonina esogena e luminoterapia).

Il sonno, dunque, rappresenta un fenomeno per cui il sistema nervoso si impegna attivamente, dialogando con tutto il resto dell'organismo, per circa 1/3 della nostra vita; i costumi della società moderna, come la possibilità di vari disturbi specifici del sonno, mettono a rischio la sua efficienza e espongono a conseguenze deleterie il nostro organismo. Liquidare, sottostimandone l'importanza, la privazione di sonno e i disturbi del sonno come fenomeni secondari che occorrono in un momento della vita sostanzialmente inutile e non degno dell'attenzione necessaria, è purtroppo destinato a causare problemi potenzialmente seri sul nostro stato di salute. La collaborazione tra medicina di base e specialista è fondamentale per l'individuazione delle patologie del sonno e il loro efficace trattamento domiciliare.

L'autore ringrazia il dott. Gaetano Malomo per la collaborazione.



Sogni e incubi: una prospettiva psicoanalitica



FULVIO MAZZACANE

Psichiatra,
psicoanalista con funzioni
di training della SPI,
Presidente del Centro
Psicoanalitico di Pavia

Il sogno è stato, nelle varie epoche, un fenomeno carico di significati magici come la premonizione e il contatto con il divino. Ogni epoca gli ha dato una sua particolare funzione, per rimanere solo agli sviluppi più vicini a noi il Romanticismo ne ha sottolineato il linguaggio poetico, fatto da immagini che possono portare a intuire eventi futuri o a dare voce ad aspetti in contrasto con la comune morale. Il Positivismo, al contrario, li ha considerati solo prodotti di scarto, senza alcun senso, dell'attività cerebrale.

Alla fine del XIX secolo Freud, nella sua opera di costruzione del metodo psicoanalitico, ha fatto dell'interpretazione dei sogni lo strumento cardine per la comprensione di messaggi inconsci. Interpretare il sogno per Freud significava identificare il conflitto e il desiderio che lo muovono, sfruttando l'allentamento della censura morale che tende a non fare emergere i nostri pensieri meno accettabili. Riuscire a leggere, al di là del discorso manifesto, il contenuto latente che cerca di emergere consente di ricollegare un filo dell'esperienza psichica che si è in qualche modo disconnesso.

La finalità terapeutica della lettura del sogno sta quindi nella possibilità di accedere alla dimensione inconscia del pensiero, alla messa in luce dei conflitti, alla possibilità di rielaborare i ricordi patogeni.

Negli sviluppi successivi del pensiero psicoanalitico Melanie Klein ha accostato i meccanismi del sogno a quelli del gioco. Nel gioco i bambini riproducono simbolicamente fantasie, desideri, esperienze e nel farlo si servono dello stesso linguaggio, della stessa forma di espressione arcaica e filogeneticamente acquisita dei sogni. Come nei giochi dei bambini, nei sogni vengono messe in scena situazioni esistenti nella realtà esterna e interna, compaiono personaggi che possono rappresentare parti della personalità del sognatore raccontando qualcosa del suo stato psichico.

Un ulteriore salto nel modo di intendere il sogno e il suo uso in seduta inizia con lo psicoanalista britannico Wilfred Bion. Per lui il sogno è un



caso particolare di un processo di pensiero sempre in corso, anche nella veglia (pensiero onirico della veglia) che accompagna la nostra vita quotidiana e consente l'espressione di un pensiero libero. In questo modo si riconosce la qualità "onirica" del pensiero creativo di ogni essere umano che cerca di andare al di là della concretezza anche durante le normali attività diurne.

Il confine tra realtà e sogno sfuma, per avere un'idea di come questo abbia pervaso la nostra cultura basterebbe pensare al romanzo di Schnitzler Doppio sogno e la sua magistrale trasposizione filmica di Kubrick: *Eyes wide shut*, in cui, fino alla conclusione, rimane il dubbio sulla reale consistenza di quello che i protagonisti sentono di avere vissuto.

Le funzioni del sogno, anche fuori dal contesto di una terapia analitica, si possono riassumere così:

- sospendendo la consapevolezza, il sogno rende possibili esperienze emotive che la personalità non si consentirebbe di avere durante la veglia. Le mette così a disposizione della nostra coscienza per un'ulteriore elaborazione da parte del pensiero.
- A volte il sogno è un processo evacuativo che la mente usa per disfarsi di qualcosa di sgradevole che ha incorporato durante il giorno. L'aspetto non elaborato di un evento viene digerito attraverso il lavoro del sogno.
- C'è un rapporto importante tra sogno e mito, entrambi portatori di domande e di tentativi di parziali risposte, entrambi con diverse possibili letture che non si escludono a vicenda, entrambi hanno al loro centro le emozioni più importanti della vita dell'individuo. Possiamo immaginare. Il sogno consente al pensiero di acquisire individualità e rimane nella mente come mito personale o familiare, ogni mito nasce da un sogno che diventa universale poiché

tratta di temi che riguardano l'umanità.

Uno degli aspetti che non va ignorato è la funzione relazionale del sogno che è in realtà "il racconto di un sogno", una rielaborazione di quello che si è sognato e viene "regalato" alla persona con cui decide di condividerlo. In analisi il racconto del sogno si pone come un atto di fiducia nei confronti dell'analista poiché il paziente dà per scontata una sua capacità di lettura dei contenuti del sogno più ampia che possa far emergere aspetti di cui non è consapevole. Il gioco dell'interpretazione del sogno diventa una sfida per la coppia analitica che deve affrontarlo rinunciando a codici interpretativi standardizzati, la lettura sarà frutto di intuizioni e della comprensione dei movimenti affettivi inconsci della coppia

Il modo che abbiamo sviluppato di lavorare con i sogni oggi parla di un'occasione di riscrittura "a quattro mani" che consente di creare un testo nuovo attraverso un'esperienza emotivamente significativa. Il sogno diventa un gioco per provare ad affrontare temi e situazioni emotive complesse e scomode. La coppia analitica si apre a nuovi pensieri, visti nel loro nascere (e questa è una delle specificità del sogno) e sviluppa la capacità stessa di pensare, attività che necessita sempre di una qualità dialogica.

Se immaginiamo che la funzione del sogno sia principalmente quella di digerire gli eventi della realtà e quelli psichici, a volte può succedere che ci siano livelli di angoscia correlati alle emozioni o ai conflitti che sono in gioco che rendono impossibile qualsiasi lavoro onirico, si producono incubi, che testimoniano che il lavoro di digestione è stato parziale, interrotto dal crescere dell'angoscia che impone il risveglio.

Per come le pensiamo oggi le terapie psicoanalitiche hanno la funzione di consentire al paziente di "diventare se stesso" attraverso lo sviluppo della parte poetica della personalità. In questo senso il sogno rappresenta tutto quello che nella vita esalta la parte originale e creativa del pensiero.

Allo stesso modo l'incubo rappresenta, nella realtà e nell'uso metaforico della parola, gli ostacoli che incontriamo quando l'attività di digestione e di creazione continua della nostra personalità è bloccata e porta alla produzione di sintomi psicologici e psicosomatici.



I disturbi respiratori durante il sonno: focus sull'apnea ostruttiva del sonno nell'adulto



FRANCESCO FANFULLA

Presidente
Associazione Italiana
Medicina del Sonno

I disturbi respiratori durante il sonno rappresentano una articolata famiglia di patologie respiratorie che si manifestano durante il sonno: Apnea ostruttiva del Sonno (OSA), il gruppo delle apnee centrali in sonno, il gruppo delle ipoventilazioni alveolari in sonno e l'ipossiemia notturna.

L'OSA è una patologia caratterizzata da ripetuti episodi di collasso dinamico delle prime vie aeree che si manifestano durante il sonno. Questi eventi di ostruzione inducono variazioni cicliche del livello di ventilazione polmonare che si associano riduzione del livello di ossigenazione ematica e tissutale (desaturazione), episodi di risvegli o micro-risvegli che determinano frammentazione del sonno. Essi determinano importanti effetti sistemici e rappresentano un fattore di rischio indipendente per diverse condizioni patologiche.

EPIDEMIOLOGIA E CLINICA

L'OSA è ora considerata una patologia ad alta prevalenza in tutto il mondo. I dati epidemiologici più recenti stimano una prevalenza globale mondiale compresa tra 700 e 960 milioni di persone (in relazione ai criteri diagnostici utilizzati), mentre il numero di soggetti affetti da forme moderate-severe varia tra 270 e 450 milioni (1). I dati di prevalenza sono relativamente uniformi nei vari continenti: in Europa sembra evidenziarsi una maggiore prevalenza nei paesi dell'Europa centrale o orientale. Questi tassi sono decisamente superiori a quelli di altre patologie respiratorie croniche, quali la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e l'Asma Bronchiale.

I fattori di rischio comunemente associati all'OSA sono:

- presenza di obesità (fattore di rischio principale). Tuttavia, circa il 40% dei pazienti sono normopeso o con lieve sovrappeso;
- Circonferenza del collo maggiore di 43 cm nei maschi e 38-40 cm nelle donne;

- Sesso maschile. Le donne presentano dopo la menopausa dati di prevalenza quasi equiparabili a quelli del sesso maschile;
- Età superiore a 50 anni;
- Struttura anatomica cranio-facciale;
- Storia familiare;
- Abitudine al fumo di sigaretta;
- Congestione nasale cronica.

I sintomi clinici possono essere molto variabili ed in varie combinazioni: russamento, episodi di pause respiratorie osservate dal partner di letto, risvegli notturni con sensazione di bocca asciutta o con sensazione di soffocamento o difficoltà respiratoria (che si risolve con il risveglio), sudorazione notturna, sonno frammentato, frequenti movimenti corporei durante il sonno, nicturia frequente (anche nelle donne), sonno riferito come non ristoratore, eccessiva sonnolenza diurna. Altri pazienti riportano una sintomatologia molto simile all'insonnia con difficoltà di mantenimento del sonno o precoce risveglio. Tuttavia, un terzo dei pazienti può essere pauci- o asintomatico.

L'impatto clinico di questa patologia è generalmente molto importante, talvolta devastante. L'OSA si associa ad un progressivo peggioramento del quadro respiratorio durante il sonno con successivo decadimento della funzione respiratoria in veglia e sviluppo di insufficienza respiratoria, ipertensione polmonare e cuore polmonare cronico. Inoltre, l'OSA rappresenta un fattore di rischio indipendente per insorgenza di ipertensione arteriosa, specie quella farmaco-resistente, cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca congestizia, aritmie, patologie cerebro-vascolari, disfunzioni sessuali nei maschi (deficit erettile) e nella donna (anche in età fertile), alterazioni dell'umore e, come recentemente dimostrato, malattie metaboliche e sviluppo di alterazioni neuro-cognitive di gravità crescente.

Oggetto di ripetuti studi è stato l'impatto

sulla qualità della vita, significativamente ridotta rispetto alla popolazione di riferimento, ed a una ridotta performance lavorativa e sociale. Infine, l'eccessiva sonnolenza diurna, sintomo comune in questi pazienti (sino al 50% dei soggetti), si associa ad un aumentato rischio di incidenti sul lavoro ed incidenti stradali.

Gli studi condotti nelle ultime 2-3 decadi in diverse aeree mondiali, incluse l'Europa, hanno dimostrato curve di mortalità nettamente peggiori nei pazienti affetti da apnea del sonno rispetto alla popolazione generale di controllo: fortunatamente il trattamento terapeutico dimostra una notevole efficacia riportando i tassi di mortalità a quelli della popolazione di controllo.

DIAGNOSI E TERAPIA

La diagnosi dell'OSA richiede sempre una valutazione clinica e strumentale. I criteri diagnostici sono riassunti nella Tabella 2. L'indagine strumentale di riferimento è sempre la Polisonnografia notturna completa (Figura 1) che consente nella stessa valutazione di studiare il profilo ipnico del paziente, le alterazioni respiratorie e la presenza eventuale di fenomeni motori associati (i.e. movimenti degli arti). La diagnosi strumentale dell'OSA può avvalersi anche del monitoraggio cardio respiratorio che permette il monitoraggio dei soli segnali respiratori: russamento, flusso aereo, respirogrammi toraco-addominali, SpO2, frequenza di polso e posizione corporea. Il monitoraggio cardio-respiratorio consente in una buona percentuale di pazienti di ottenere soddisfacenti prestazioni diagnostiche: il ricorso alla polisonnografia è comunque necessaria in specifiche condizioni cliniche.

Il sospetto diagnostico può essere facilmente posto in presenza dei sintomi sopra ricordati o in presenza di comorbidità fortemente associate all'OSA. Sono stati introdotti nella pratica clinica questionari di screening che sono stati sviluppati per l'impiego in specifiche condizioni: ad esempio il questionario di Berlino è stato pensato per l'utilizzo negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale,

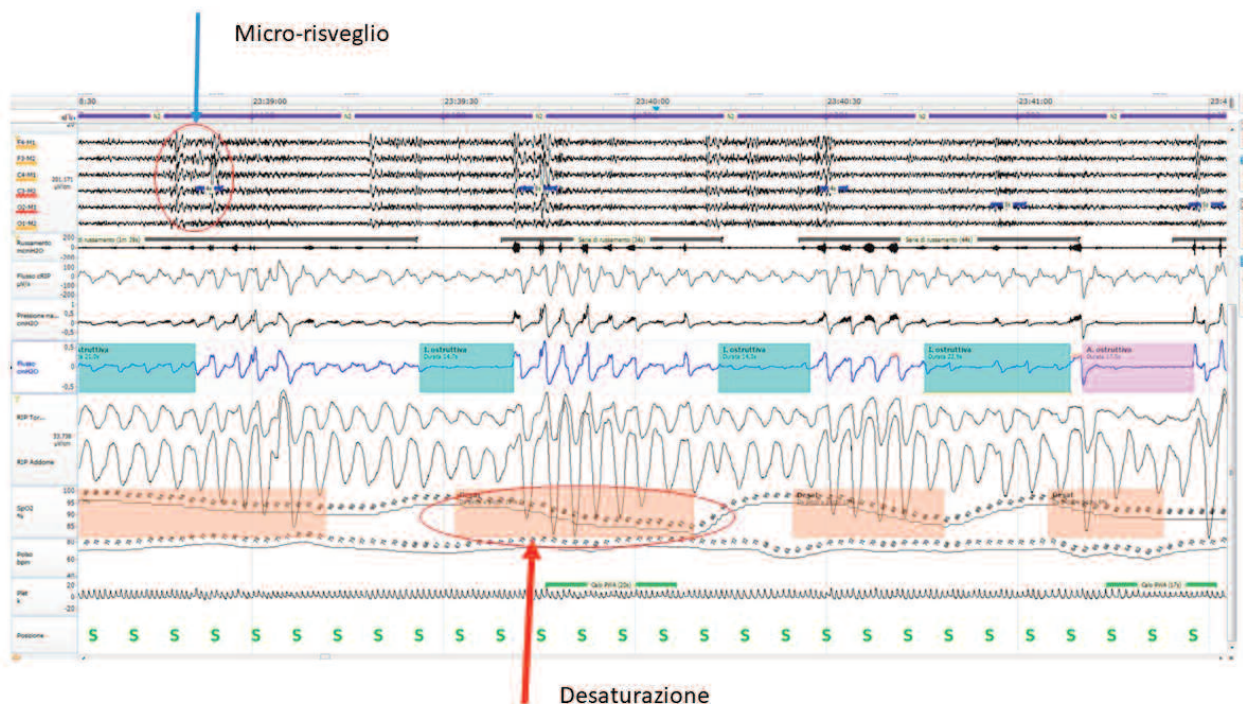
mentre il questionario STOP-Bang per lo screening dei pazienti candidati ad interventi chirurgici.

La definizione della strategia terapeutica è sempre individuale, basata sulle caratteristiche cliniche (sintomi, comorbidità, trattamenti concomitanti), strumentali (indici polisomnografici, funzionalità respiratoria in veglia, endoscopia prime vie aeree, dati di laboratorio, etc), socio-sanitarie, lavorative e familiari del paziente.

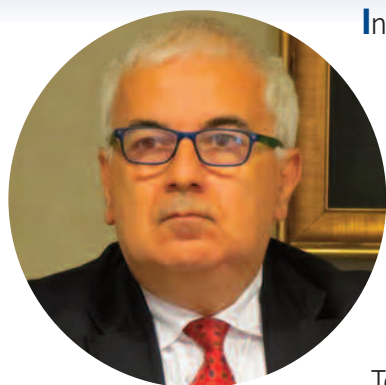
Le opzioni terapeutiche sono riportate nella Tabella 3, separate per opzioni primarie (impatto sulla pervietà delle vie aeree superiori) e trattamenti di supporto. L'OSA è una patologia cronica, per cui la maggior parte dei pazienti richiede una terapia costante. Questo comporta la necessità di un follow-up regolare dei pazienti con lo scopo di monitorare l'andamento dei sintomi, l'efficacia del trattamento sugli eventi respiratori patologici, il livello di aderenza alla strategia terapeutica ed il controllo dei fattori di rischio. Questa attività di monitoraggio è ora possibile anche con metodiche di tele-medicina, al momento disponibile solo per i pazienti in terapia ventilatoria domiciliare.

È in corso di svolgimento un importante studio europeo, denominato "Sleep Revolution", che ha lo scopo di valutare l'efficacia e la sostenibilità di un nuovo modello gestionale dei pazienti affetti da apnea ostruttiva del sonno. Lo studio coinvolge diversi Centri di Medicina del Sonno distribuiti nella maggior parte dei paesi Europei, inclusi tre Centri Italiani (Pavia, Milano e Palermo), e ridefinisce completamente tutte le fasi del percorso dei pazienti OSA (dalla diagnosi al monitoraggio): la novità di questo progetto è quello di prevedere ed incentivare la compartecipazione del paziente attraverso tecniche diagnostiche auto-somministrate dal paziente, l'estensivo impiego di applicazioni su dispositivi mobili per l'interazione tra Centro Clinico e paziente, per il monitoraggio degli obiettivi definitivi

(www.sleeprevolution.eu).



Ospedale e Territorio: non integrazione ma dialogo



MARCO MAGRI
*Medico Chirurgo
specialista in Neurologia*

In Regione Lombardia diverse sono state le "architetture organizzative" adottate per il Sistema Sanitario Regionale. Ognuna faceva seguito, di solito, ad una "Riforma" che ridisegnava ruoli e competenze.

Da diversi anni abbiamo due sigle: ATS (Agenzia Territoriale della Salute) e ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale). In queste sigle sono state concentrate, la parte programmatoria (Agenzia) e quella prestazionale (Azienda). Su questa impalcatura più recentemente si sono costruite e stratificate anche le attività derivate dalla attuazione del PNRR (DM77, Legge regionale 22, Case della Comunità, etc.).

La Pandemia COVID ha messo a nudo i problemi, per anni sottaciuti, della Sanità Territoriale, quella che vede come primo presidio il Medico di Medicina Generale. L'aspettativa per il post pandemia era che questo settore doveva essere rinforzato, in quanto solo una forte presenza sanitaria sul Territorio è in grado di fare da barriera all'affollamento dei pronti soccorsi ospedalieri e alla creazione di lunghe liste di attesa.

Purtroppo, tutto questo non sta succedendo.

Al netto del ricambio generazionale non gestito della Medicina Generale, e

di una rappresentanza sindacale sempre più in difficoltà a stare al passo con i tempi, da più parti si sta additando il Medico di Famiglia come uno degli ostacoli alla realizzazione di qualsiasi Riforma che possa migliorare l'attuale stato della Sanità.

In tutto questo scenario, prima dello stato giuridico dei Medici di Famiglia o di nuove strutture fisiche su territorio, forse sarebbe utile risolvere un problema centrale e prioritario: quello della "governance" della sanità territoriale.

Le normative in Lombardia avevano dato alle ASST, con la "T" finale, una competenza anche sul territorio. Ruolo che però ha fatto sempre fatica a realizzarsi, anche con la costituzione nelle ASST di un polo ospedaliero e un polo territoriale.

La "mission" delle ASST era, ed è tuttora, strettamente legata al suo ruolo di presidio ospedaliero delle acuzie e delle prestazioni specialistiche. Lo stesso Direttore Socio-Sanitario, deputato a guidare il polo territoriale, scelto in maniera fiduciaria dal Direttore Generale, salvo rare eccezioni, ha avuto difficoltà a conoscere il territorio e ad intessere con esso relazioni efficaci. Per non parlare poi delle scarse risorse economiche riservate nei budget delle ASST al territorio.

Per questo motivo appare urgente e

prioritario che si inizi da questo problema per mettere in moto quella operatività che al momento sembra mancare.

In generale e non solo in Lombardia, c'è la necessità di una organizzazione sanitaria territoriale con maggiore autonomia e capacità propositiva rispetto alla struttura ospedaliera. Al di là di alcuni aspetti, che in queste poche righe è difficile sintetizzare, si potrebbe prevedere la figura di un Direttore della Sanità Territoriale con un forte radicamento con il Territorio, con qualche forma di partecipazione alla sua scelta anche da parte dei Sindaci. A questo, con una competenza a livello provinciale, potrebbero fare riferimento sia i Medici di Famiglia che altre strutture sanitarie e sociali presenti sul territorio, inclusi i distretti. Il territorio potrebbe avere quindi una sua dinamica propria, fatta di obiettivi, programmazione, budget, costruiti vicino ai bisogni e con chi dei bisogni di cittadini è la prima interfaccia: vale a dire gli enti locali.

Solo un'organizzazione sanitaria territoriale forte, oltre ad essere in grado di dialogare con la parte ospedaliera da una posizione paritaria, potrebbe fungere da barriera al ricorso inappropriato ai servizi ospedalieri favorendo così anche lo stesso lavoro dell'ospedale.

Quindi in questa ottica appare corretto parlare non di integrazione tra Ospedale e Territorio, ma di dialogo e anche, nel caso, di confronto, essendo servizi sinergici ma su versanti differenti: l'Ospedale quello della "malattia" e il Territorio quello della "salute".

Su tutto questo sistema le ATS (o la Regione stessa) potrebbero svolgere, un lavoro di controllo, dove l'equilibrio tra Ospedale e Territorio potrebbe dare una spinta virtuosa al sistema.

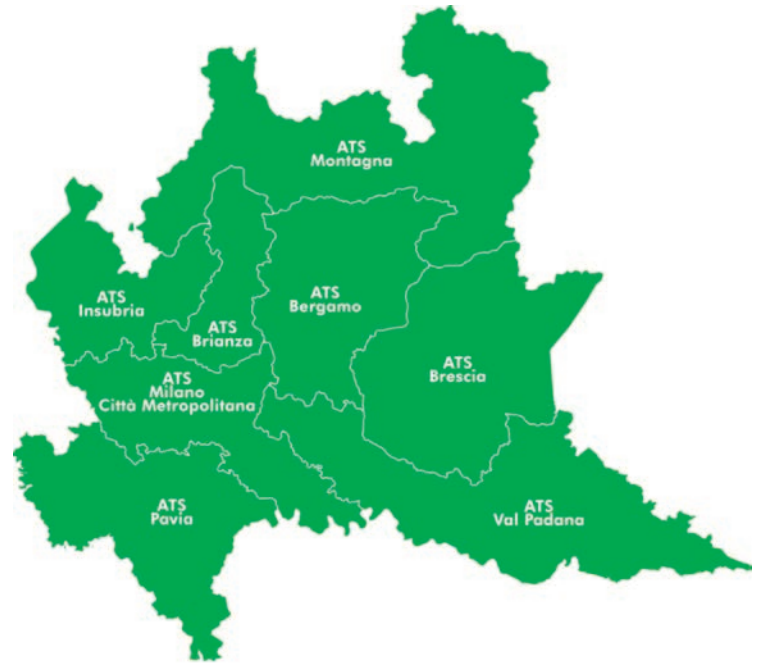
Non si tratterebbe di duplicare le organizzazioni, né elaborare una nuova Riforma o tantomeno ritornare a modelli del passato. Si tratterebbe solo, facendo esperienza di quanto abbiamo vissuto con la pandemia, di un riposizionamento logico di ruoli e competenze, a tutto beneficio degli utenti. Potremmo avere uno strumento forte per mettere a terra le Riforme.

Il miglioramento della "governance" del sistema è solo il primo passo per sbrogliare quell'intreccio di problematiche insolite che sembra essere diventata la Sanità territoriale.

La definizione del "chi decide e su cosa" viene prima di altre decisioni pur importanti che però, senza una "governance" forte, corrono il rischio di disperdere le poche risorse che sono oggi a disposizione della Sanità pubblica.

Le Agenzie di Tutela della Salute

Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), istituite nel 2015 in sostituzione delle precedenti Aziende Sanita-



Mapa delle otto agenzie di tutela della salute lombarde

rie Locali (ASL), sono otto e sono distribuite su tutto il territorio della Lombardia e delle sue undici province e della Città metropolitana di Milano.

Tali strutture si occupano dell'attuazione del programma sociosanitario regionale e dell'erogazione dei servizi sanitari tramite soggetti pubblici e privati, nonché del controllo della salute e prevenzione negli ambienti pubblici e lavorativi. Ogni ATS è poi suddivisa in diversi dipartimenti specializzati nelle singole funzioni della struttura: dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria, dipartimento delle cure primarie, dipartimento per la programmazione - accreditamento - acquisto delle prestazioni sanitarie, dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale, dipartimento amministrativo - di controllo e degli affari generali e legali, dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali.

Le ASST, che sostituiscono le precedenti aziende ospedaliere (AO), afferiscono alle ATS territorialmente competenti.

Madri oltre la malattia: un progetto di vita



ROSSELLA E. NAPPI

Università degli Studi di Pavia
IRCCS Policlinico San Matteo

La diagnosi di cancro ha sempre conseguenze dirompenti nella vita di una persona. Ma quando questa diagnosi colpisce una giovane donna che potrebbe dover rinunciare al proprio progetto riproduttivo l'impatto è ancora più devastante. È una traiettoria di vita che si frattura e che va ricomposta con un aiuto empatico multi-specialistico.

Sappiamo che dagli anni '70 ad oggi l'incidenza di neoplasia tra gli adolescenti e i giovani adulti è aumentata di quasi il 30% e le sedi principali sono rappresentate da mammella, testicolo, tiroide, cervice ed endometrio, ma anche rene, linfomi non-Hodgkin e colon-retto.

La neoplasia mammaria è in assoluto quella più diagnosticata nella popolazione femminile a livello mondiale: circa il 25% delle diagnosi riguarda donne in premenopausa e circa il 4% delle neoplasie mammarie riguarda donne che hanno meno di 40 anni, con numeri che sono in continua e costante crescita. Sappiamo che le donne con pregressa neoplasia mammaria hanno il 60% di probabilità in meno di andare incontro ad una gravidanza rispetto a una popolazione di pari età per una serie di cause, prima fra tutte la concreta possibilità di un esaurimento prematuro della funzione ovarica (menopausa precoce). A questo si aggiunge il continuo aumento dell'età materna al primo figlio che in Italia oggi supera i 31 anni, tra le più alte in Europa.



CHIARA CASSANI

Università degli Studi di Pavia
IRCCS Policlinico San Matteo

È evidente quindi che in questa popolazione di pazienti il tema della fertilità, sia sul versante del poterla preservare che della possibilità di concepire dopo la malattia, sia un aspetto fondamentale del percorso di cura, che deve essere affrontato già al momento della diagnosi. Raggiungere questo obiettivo non è sempre facile a causa di una serie di ostacoli intrinseci al quadro clinico della malattia, ma anche al convincimento che il liberarsi prima possibile dalla malattia sia l'unica cosa che conta.

È un fatto che la chemioterapia e le terapie endocrine prolungate, spesso necessarie per il trattamento di questi tumori, possono compromettere la fertilità interferendo con la funzionalità ovarica delle giovani pazienti che fino ad oggi hanno troppo spesso dovuto rinunciare all'idea di avere un figlio. D'altra parte, però, è importante sottolineare come i progressi della ricerca scientifica in questo ambito abbiano dimostrato che nella maggior parte dei casi non è vero che sempre le pazienti si ritrovano a dover rinunciare ad un progetto di maternità.

Le linee guida attuali raccomandano una valutazione con uno Specialista della Riproduzione per tutte/i le/i giovani pazienti oncologici prima dell'avvio dei percorsi di terapia. In ambito maschile si può procedere alla crioconservazione del liquido seminale, una procedura di facile esecuzione. In ambito femminile, è possibile procedere



alla criopreservazione ovocitaria mediante Tecniche di Procreazione medicalmente assistita (PMA) in soli 10-15 giorni, indipendentemente dalla fase del ciclo mestruale nel quale la donna si trova, senza alcun impatto sulla prognosi oncologica delle pazienti.

Chemioterapia, radioterapia e terapia ormonale pregressa, se viene rispettato un adeguato periodo di wash-out prima del concepimento, non aumentano il rischio di patologie malformative fetali nel caso di una gravidanza successiva alla malattia. Inoltre, oggi sappiamo che la gravidanza dopo una diagnosi di neoplasia mammaria non esercita un impatto negativo sulla prognosi oncologica; al contrario, le donne che concepiscono dopo la malattia dimostrano di avere minor rischio di recidiva (HR, 0.66; 95% CI, 0.49-0.89) e una sopravvivenza migliore (HR, 0.56; 95% CI, 0.45-0.68), indipendentemente dal tipo di neoplasia (ormonale o non ormonale), dai trattamenti pregressi e dalla presenza di mutazione genetica BRCA.

In casi selezionati (neoplasie mammarie ormono-responsive in stadio I-III), è addirittura possibile sospendere temporaneamente la terapia endocrina, dopo almeno 18-30 mesi di trattamento, per soddisfare il desiderio riproduttivo senza che questo aumenti il rischio di recidiva locale o a distanza della malattia (8.9%; 95% CI, 6.3-11.6 vs 9.2%; 95% CI, 7.6-10.8) come è emerso dai dati dello studio POSITIVE recentemente pubblicato.

Rilanciare la maternità oltre l'ostacolo di malattie che un tempo avrebbero spezzato ogni sogno di genitorialità è l'ambizioso progetto ideato e realizzato

presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia da Universitiamo, la piattaforma di crowdfunding dell'Università degli Studi di Pavia, presentato recentemente durante un momento di confronto promosso da Università di Pavia, IRCCS San Matteo e Agenzia per il lavoro Risorse spa.

Grazie a questa iniziativa, nella nostra realtà assistenziale pavese, un buon numero di giovani donne e uomini, colpiti da diverse tipologie di tumori capaci di compromettere la capacità riproduttiva futura, hanno potuto criopreservare i gameti (cellule

uovo nella donna e spermatozoi nell'uomo), che sono i preziosi depositari del potenziale di fertilità di ciascun essere umano, ed alcuni di loro sono riusciti a diventare genitori.

Si tratta di un importante traguardo, frutto di un lavoro di squadra tra gli specialisti coinvolti, se si pensa che per molto tempo i pazienti affetti da malattie ematologiche, tumori della mammella o degli organi genitali maschili erano costretti a migrare in altri ospedali, anche molto distanti, per poter preservare il loro potenziale riproduttivo. Riuscire, infatti, a passare da una diagnosi di una malattia oncologica alla possibilità concreta di una genitorialità in salute rappresenta un modello di cura globale per un'assistenza di qualità che tenga conto dell'impatto multidimensionale dell'evento "malattia".



Un faro puntato sulle miotonie



GIOVANNI MEOLA

*Presidente Fondazione
Malattie Miotoniche*

Le distrofie miotoniche sono patologie rare ereditarie, a trasmissione autosomica dominante, caratterizzate da una progressiva perdita di massa e forza muscolare associata alla presenza del cosiddetto fenomeno miotonico.

Spesso chi ne soffre sottovaluta i sintomi. Sintomi, peraltro, progressivamente invalidanti perché colpiscono funzioni essenziali nella vita di tutti i giorni, come la difficoltà nel muovere mani e gambe, avere difficoltà cognitive, soffrire di disturbi cardiaci, incontrare problemi nella sfera sessuale o in quella ginecologica, senza dimenticare rischi di diabete e la presenza di calcoli delle vie biliari fin dalla giovane età. La miotonia è definita da una difficoltà nel rilasciamento del muscolo scheletrico in seguito a una contrazione volontaria. Dal punto di vista fisiopatologico essa costituisce un'anomalia dei fenomeni di depolarizzazione o ripolarizzazione della membrana muscolare per disregolazione delle correnti ioniche che attraversano il sarcolemma.

Dal punto di vista genetico, sono note due differenti forme di distrofia miotonica: la distrofia miotonica di tipo 1 (DM1), nota anche come malattia di Steinert, dal medico tedesco che per

primo la descrisse nel 1909, e la distrofia miotonica di tipo 2 (DM2), altrimenti identificata con l'acronimo PROMM (Miopatia Miotonica Proximale), di più recente identificazione clinica (1994-96) da parte di ricercatori clinici tedeschi (K Ricker), americani (RT Moxley) e italiani (G Meola).

Sul piano clinico DM1 e DM2 si distinguono per età d'esordio (più frequentemente nella giovane età adulta per la DM1, più tardivo nella DM2), ma soprattutto per la distribuzione del coinvolgimento muscolare agli arti, tipicamente distale nella prima e prossimale nella seconda (da cui l'acronimo PROMM).

Ove possibile, la diagnosi di distrofia miotonica (DM1 o DM2) dovrebbe essere sempre corroborata sul piano molecolare attraverso il riscontro dell'espansione patologica (tripletta CTG nella DM1 e tetrapletta CCTG nella DM2) su un campione ematico o tissutale prelevato direttamente dal paziente. Infatti, oltre a confermare formalmente la diagnosi, i dati molecolari sono un elemento fondamentale di un adeguato counseling genetico.

I vari aspetti clinici di queste patologie impongono la necessità di una presa in

carico multidisciplinare di ciascun paziente. In tale contesto il Medico di Medicina Generale e Pediatra di libera scelta rivestono un ruolo centrale di coordinamento e sintesi delle varie competenze specialistiche coinvolte.

Con il termine distrofia muscolare si indica un processo di degenerazione del muscolo scheletrico che viene sostituito da tessuto fibroadiposo. Tale processo anatomicopatologico si traduce clinicamente in una progressiva perdita di forza e nell'atrofia dei muscoli interessati.

La miotonia è una manifestazione spesso clinicamente eclatante nei soggetti affetti da DM1, in particolare nelle fasi precoci della malattia. I soggetti affetti da DM1, spesso già in adolescenza, sperimentano una transitoria difficoltà a aprire le mani dopo aver stretto il pugno, quale primo sintomo identificabile della malattia.

Nel caso della DM2 la miotonia è meno evidente sul piano clinico e colpisce soprattutto la muscolatura più prossimale degli arti, traducendosi eventualmente in una sensazione di rigidità muscolare di cosce e cintura pelvica.

Il dolore cronico, tipicamente a carattere muscoloscheletrico e generalizzato, riveste un ruolo estremamente rilevante nelle distrofie miotoniche e rappresenta un sintomo da rilevare precocemente.

DM1 e DM2 sono entrambe interessate dallo sviluppo precoce di cataratta sin dalla 4,5 decade. Il disturbo visivo che ne consegue può diventare invalidante. La patologia cardiaca è un aspetto cruciale rispetto alla prognosi vitale dei soggetti affetti da DM1 e DM2. A differenza della maggior parte delle altre distrofie muscolari, il riscontro di cardiomiopatia strutturale è infrequente nelle distrofie miotoniche, dove la patologia cardiaca comporta soprattutto turbe di conduzione e ritmo.

Il coinvolgimento respiratorio nelle distrofie miotoniche è, insieme alla patologia cardiocircolatoria, un fattore cruciale per la sopravvivenza dei soggetti affetti da DM1 e DM2, nonché per loro qualità di vita.

Tanto il diaframma quanto la muscolatura respiratoria accessoria sono interessati dal processo distrofico, in maniera particolare nel caso della DM1, dove tale complicazione si sviluppa relativamente precocemente nella storia naturale della malattia. I soggetti affetti da DM1 e DM2 sono particolarmente esposti a sviluppare una

sindrome delle apnee durante il sonno, alla quale partecipano tanto componenti ostruttive a livello delle alte vie aeree quanto l'ipoventilazione centrale.

Il coinvolgimento di intestino e vie biliari nelle distrofie miotoniche è fonte di una parte importante dei sintomi che più inficiano la qualità di vita dei soggetti affetti. I disturbi della motilità intestinale sono assai prevalenti nella popolazione affetta da distrofia miotonica, in particolar modo nel caso della DM1. Questi pazienti presentano frequentemente dolori addominali e alterazioni croniche del transito intestinale quali stipsi o diarrea, spesso alternanti e di difficile gestione. In certi casi tali disturbi arrivano a configurare veri e propri quadri pseudo-ostruttivi.

Una riduzione dei livelli ematici degli ormoni tiroidei è comune nella popolazione affetta da DM1 o DM2. Anche l'insulinoresistenza è un aspetto noto sia della DM1 che della DM2 e comporta assai frequentemente lo sviluppo di diabete tipo 2 in questi soggetti. I pazienti affetti da DM1 o DM2 tendono a presentare un quadro di ipogonadismo ipergonadotropo. Ne conseguono anomalie del ciclo mestruale nella popolazione femminile e ipoandrogenismo in quella maschile. Disturbi neuropsicologici, comportamentali e psichiatrici accompagnano spesso le diverse manifestazioni delle distrofie miotoniche. In maniera analoga al coinvolgimento degli altri organi e apparati, anche l'interessamento del sistema nervoso centrale è usualmente più evidente nella DM1 rispetto alla DM2 e tanto più l'esordio dei sintomi è precoce. Ricordiamo che La mexiletina rappresenta il principale presidio farmacologico efficace nel ridurre la miotonia nei soggetti affetti da distrofia miotonica. Si tratta di un farmaco antiaritmico di classe 1B e il suo utilizzo è raccomandato unicamente nei pazienti che non presentano comorbidità cardiaca.

Le malattie miotoniche devono essere gestite al meglio con una politica strutturata di prevenzione e maggior consapevolezza, visto che permettono fino a 7-9 anni di latenza diagnostica nel caso della distrofia miotonica di tipo 1 (Dm1) e addirittura fino a 12-13 anni per la Dm2 (o Promm-Miopia miotonica prossimale). Sono tutti anni che rappresentano un importante e potenziale vantaggio temporale per seguire prima, e quindi meglio, i pazienti. Con una diagnosi precoce, si allungano la prospettiva e la qualità di vita, laddove in passato l'insorgere di problemi cardiaci causava molti decessi.

La malattia renale cronica



CIRO ESPOSITO

Responsabile UOC
di Nefrologia e Dialisi
ICS Maugeri

Malattia renale cronica è un termine generale che comprende una serie eterogenea di disordini caratterizzati da alterazioni croniche della funzione e/o della struttura del rene.

La malattia renale cronica viene divisa in 5 stadi a seconda della funzione renale misurata come filtrato glomerulare stimato con la formula CKD-EPI (Chronic kidney disease- epidemiology collaboration). Alla riduzione progressiva della funzione renale corrisponde un incremento della mortalità per tutte le cause e degli eventi cardiovascolari. Il rischio è ulteriormente aumentato dalla presenza e dal grado di albuminuria. Lo stadio G5 è caratterizzato da un filtrato glomerulare stimato inferiore a 15 ml/min. Questo stadio è definito anche stadio terminale o ESKD (end stage kidney disease): il rene non è più in grado di mantenere l'omeostasi di fluidi ed elettroliti e quindi è necessario programmare l'inizio della terapia sostitutiva con la dialisi o il trapianto renale.

Secondo stime del WHO nel 2012 più di 800000 morti nel mondo erano secondarie alla malattia renale cronica, un numero che aumenterà nei prossimi 10 anni. La prevalenza e l'incidenza della malattia renale cronica variano ampiamente

Le cause della malattia renale cronica sono innumerevoli. Il diabete mellito è la causa più comune con percentuali che variano dal 30 al 50% dei casi a seconda degli studi. Per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa il suo ruolo non è chiaro. Se da un lato, infatti, l'ipertensione è tra le cause di malattia renale cronica, la stessa malattia renale può indurre un incremento dei valori pressori. E' certo però che in un soggetto con malattia renale

cronica l'ipertensione non ben controllata può accelerare la progressione verso gli stadi terminali. Le glomerulopatie sono una importante causa di malattia renale cronica anche se sono in diminuzione rispetto a qualche decennio fa. Hanno invece un ruolo sempre più importante le sostanze nefrotossiche e la contaminazione ambientale. In alcune aree geografiche sono ancora rilevanti le infezioni e soprattutto quelle virali come epatiti e HIV. Ci sono anche molte cause genetiche di malattia renale cronica. Alcune sono già evidenti con alterazioni strutturali o funzionali alla nascita. Altre si manifestano nell'adulto come il rene policistico, causato da mutazione della policistina 1 o 2 (PKD 1 e 2), che è la causa più comune di malattia renale cronica su base genetica.

Le lesioni caratteristiche della malattia renale cronica sono glomerulosclerosi e fibrosi e atrofia tubulointerstiziale.

In molti casi la malattia renale cronica è asintomatica e viene scoperta effettuando degli esami di screening. In altri casi sono presenti i sintomi della malattia di base come edemi, ipertensione arteriosa, ematuria.

Tuttavia, considerata la sua tendenza alla progressione, con la riduzione della funzione renale compaiono i sintomi della sindrome uremica: anemia, astenia, prurito, insomnia, nicturia, inappetenza, vomito, dispnea, difficoltà a concentrarsi, crampi, alito uremico. Tutti questi sintomi sono causati dal venir meno delle funzioni dei reni e dall'accumulo delle cosiddette tossine uremiche, come urea, paratormone, indoli, β_2 microglobulina, AGEs che contribuiscono al processo infiammatorio, alle alterazioni immunitarie e alla malattia vascolare caratteristiche della malattia renale cronica.

La malattia renale cronica può essere accertata utilizzando semplici test di la-

boratorio. E' senz'altro importante determinare la velocità di filtrazione glomerulare. L'esame urina e del sedimento urinario sono un altro semplice test per lo screening della malattia renale cronica.

La presenza persistente di proteine indica una alterazione del filtro glomerulare o una malattia tubulointerstiziale. Un sedimento con emazie alterate nella forma (dismorfiche) e/o leucociti può indicare l'esistenza di glomerulonefrite o di nefrite tubulointerstiziale. Un esame che è entrato nella pratica clinica comune ed è utile nella diagnosi della malattia renale cronica è l'ecografia renale. In generale la malattia renale cronica presente per un periodo lungo si associa a reni di volume ridotto con aumento dell'ecogenicità. L'ecografia può essere utile nella diagnosi differenziale tra malattia renale cronica e danno renale acuto e nella diagnosi della causa della malattia renale cronica in caso di malattie renale ostruttive e cistiche.

La malattia renale cronica è una condizione caratterizzata dalla progressione verso lo stadio terminale. Scopo del trattamento della malattia renale cronica è rallentare la progressione e trattare le complicanze. L'anemia è una delle complicanze più comuni della malattia renale cronica con una prevalenza che aumenta con l'aumentare dello stadio di MRC. La prevalenza può raggiungere l'80% dei soggetti con MRC. Si tratta di una anemia normocromica e normocitica. È necessario escludere altre cause di anemia come deficienza marziale e di folati, perdite occulte o malattie ematologiche e neoplastiche. L'anemia da malattia renale cronica è legata a insufficiente produzione di eritropoietina da parte dei fibroblasti interstiziali e a ridotta emivita dei globuli rossi nell'ambiente uremico.

Altra comune complicanza della malattia renale cronica è la malattia dell'osso e del metabolismo minerale o CKD-MBD (Chronic Kidney Disease-Mineral Bone Disorder). Il rene sano è infatti in grado di regolare i livelli sierici di calcio e fosforo regolandone l'assorbimento intestinale e la escrezione tubulare. La malattia dell'osso e del metabolismo minerale è caratterizzata da una tendenza alla ipocalcemia per una carenza di vitamina D attiva e di conseguenza una riduzione dell'assorbimento di calcio a livello intestinale e da un aumento della fosforemia per una ridotta escrezione renale.

Queste alterazioni sono seguite da un incremento del PTH che porta a un maggior riassorbimento di calcio dall'osso. L'iperparatiroidismo secondario si traduce in anomalie di turnover, composizione, crescita e forza dell'osso che si manifestano con dolore osseo, fragilità, e calcificazioni extrascheletriche soprattutto dell'apparato cardiovascolare e della cute. Il trattamento della malattia dell'osso e del metabolismo minerale prevede la dieta a ridotto contenuto di fosforo e l'uso di chelanti del fosforo con o senza calcio.

L'acidosi metabolica è una alterazione degli stadi avanzati della malattia renale cronica ed è legata alla incapacità del rene di eliminare i protoni sotto forma di ioni ammonio. L'acidosi metabolica può determinare nausea, inappetenza e aggravare la malattia dell'osso. Per questo motivo in genere viene trattata con supplementi di sodio bicarbonato prestando attenzione all'espansione del volume extracellulare soprattutto nei pazienti cardiopatici

L'ipertensione arteriosa è comune alla maggior parte dei pazienti con malattia renale cronica ed è legata alla espansione del volume extracellulare per la riduzione del numero dei nefroni funzionanti. Il sodio trattenuto aumenta il volume extracellulare e induce un aumento della pressione arteriosa sistemica. La maggiore pressione arteriosa però nel lungo termine accelera la glomerulosclerosi e la progressione della malattia renale cronica, e aumenta il rischio di eventi cardiovascolari e di morte.

È imperativo quindi ottenere un buon controllo della pressione arteriosa nel paziente con malattia renale cronica. In generale i farmaci di prima linea sono quelli che agiscono sul sistema renina angiotensina aldosterone (RAASi). I RAASi, infatti, da un lato riducono i valori pressori e dall'altro riducono l'effetto dell'angiotensina II sui glomeruli riducendo la pressione intraglomerulare, proteinuria e progressione della malattia. Uno degli effetti collaterali dei RAASi associato alla riduzione del filtrato è la tendenza alla iperpotassiemia. La riduzione della dose o la sospensione dei RAASi per l'iperpotassiemia sono seguiti da outcome peggiori. È necessario quindi continuare la terapia con questi farmaci e trattare l'iperpotassiemia con i chelanti del potassio come sodio zirconio ciclosilicato e patiomer che hanno mostrato di essere efficaci e privi di effetti collaterali.

Recentemente numerosi trial clinici hanno dimostrato che gli inibitori del canale SGLT-2 (sodium-glucose cotransporter-2) rallentano la progressione della malattia renale cronica. Questi farmaci sono infatti in grado di ridurre l'ipertensione intraglomerulare agendo sul feedback tubuloglomerulare. Infine, si sono dimostrati efficaci nel ritardare la progressione della malattia renale cronica anche i farmaci antialdosteronici. L'aldosterone infatti possiede una azione profibrotica e proinfiammatoria.

Quando il paziente raggiunge lo stadio terminale della malattia renale cronica con un filtrato glomerulare stimato inferiore a 15 ml/min/1.73 m² è necessario programmare la terapia sostitutiva e per la maggioranza dei pazienti è necessario iniziare la dialisi extracorporea o peritoneale che comportano una marcata riduzione della qualità di vita ma anche un incremento della spesa per il sistema sanitario. Il trapianto di rene, che risulta la migliore opzione per i soggetti uremici sia per la migliore qualità di vita sia per la ridotta mortalità e morbilità, è limitato dal ridotto numero di donatori sia viventi che deceduti.

L'obesità in età pediatrica: il rischio endemico di una nuova pandemia



ILARIA BRAMBILLA

Dirigente medico
Fondazione IRCCS
San Matteo di Pavia

Definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "una delle più impegnative sfide per la salute pubblica del 21° secolo (WHO, Childhood overweight and obesity)", l'obesità deve essere a tutti gli effetti considerata una malattia infiammatoria cronica non trasmissibile, a eziopatogenesi multifattoriale, derivante dall'embricata integrazione di aspetti genetici, ambientali e comportamentali (Valerio G, et al). In età pediatrica, la prevalenza è aumentata di circa tre volte dal 1975 al 2016, con drammatico contestuale incremento della spesa sanitaria: 41 milioni di bambini sotto i 5 anni di età e 340 milioni di bambini e adolescenti tra i 5 e i 19 anni risultano sovrappeso od obesi (Collaboration NCDRF). Sulla base dell'ultimo rapporto OMS Europa 2022, relativo al quinto round della Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) e condotto su quasi 411.000 bambini di età compresa tra i 6 e i 9 anni di 33 Paesi d'Europa, 1 bambino su 3 oggi soffre di sovrappeso e obesità, con tassi peraltro in aumento in molti Paesi e una prevalenza più alta tra i ragazzi rispetto alle ragazze; l'Italia, insieme ad altre Regioni del Mediterraneo, risulta tra le Nazioni d'Europa più colpite e impegna circa il 9% della spesa sanitaria complessiva nella gestione dell'obesità e delle relative complicanze. In merito ai dati italiani, secondo il più recente sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE", promosso dal Ministero della Salute nell'anno 2019, circa il 20.4% dei bambini della scuola primaria (campione di 2735 classi III) presenta sovrappeso e il 9.4% obesità, con una trend di graduale seppur lentissima diminuzione rispetto alle rilevazioni del biennio 2008/9 e con maggior prevalenza nel sesso maschile e nelle regioni dell'Italia meridionale.

La diagnosi di sovrappeso e obesità in età pediatrica si basa sul rapporto peso/lunghezza (tabelle di riferimento

OMS 2006) fino ai 24 mesi, secondo precisi cut-off dei percentili, che definiscono la condizione di rischio sovrappeso (>85° percentile), sovrappeso (>97° percentile) e obesità (>99° percentile), e sull'indice di massa corporea (BMI) dai 2 ai 19 anni (tabelle di riferimento OMS 2006-2007), secondo precisi cut-off dei percentili, che configurano quadri di sovrappeso (>85° percentile), obesità (>97° percentile) e obesità grave (>99° percentile). Nell'ambito di un opportuno iter diagnostico, all'attenta valutazione antropometrica devono doverosamente far seguito una raccolta anamnestica scrupolosa, un esame obiettivo completo, la rilevazione degli stadi di sviluppo puberale secondo Tanner e l'esecuzione eventuale di esami di laboratorio e strumentali, al fine soprattutto di riconoscere tempestivamente cause secondarie di obesità (monogeniche, sindromiche, endocrinologiche, cromosomiche, da patologia organica del SNC) presenti nel 2-3% dei casi di bambini obesi e che richiedono precoce trattamento della patologia primitiva, tramite presa in carico specialistica, per ottenere un auspicabile miglioramento del BMI.

I fattori di rischio primariamente associati a sovrappeso e obesità sono rappresentati dalle cattive abitudini alimentari (colazione "saltata" o inadeguata, merenda abbondante, consumo abituale di bevande zuccherate/gassate e di snack dolci e salati, assunzione non quotidiana di frutta e verdura, scarso apporto di legumi), dallo stile di vita sedentario (scarsa attività fisica, più tempo trascorso davanti a TV e/o videogiochi, tablet, cellulare), dal basso status socio-economico (minor accesso alle strutture sanitarie, consumo privilegiato di alimenti e bevande a basso costo, ad alta densità energetica e a basso potere nutrizionale) e dal ridotto numero di ore di riposo notturno.

La chiusura delle scuole e l'isolamento domiciliare forzato in corso di lockdown per Covid-19 hanno significativamente aumentato i casi di sovrappeso e obesità in bambini e adolescenti, favorendo la diffusione di comportamenti obesogeni, quali il più frequente ricorso a comfort-food, la sospensione delle attività sportive e il maggior uso

di device elettronici.

Inoltre, va considerato che obesità e Covid-19 sono legati da una relazione bidirezionale ("doppia pandemia"), poiché gli adolescenti obesi con Covid-19, rispetto ai coetanei normopeso, tendono a esprimere quadri clinici di maggior gravità che possono richiedere trattamenti di terapia intensiva, dal momento che il tessuto adiposo costituisce un autentico reservoir di citochine pro-infiammatorie in grado di perpetuare la proliferazione virale e i meccanismi immuno-infiammatori dell'infezione da Sars-Cov-2 (Brambilla I, et al).

Dal punto di vista fisiopatologico, lo squilibrio cronico tra apporto e dispendio calorico è il meccanismo principale dell'aumento di peso, cui correla, in maniera proporzionale all'entità di rappresentazione del tessuto adiposo stesso, un quadro di "meta-infiammazione", di infiammazione cronica di matrice squisitamente metabolica, che orienta in senso pro-infiammatorio l'equilibrio delle popolazioni cellulari residenti (cellule dell'immunità innata e adattativa, macrofagi, fibroblasti, etc), sovverte l'architettura morfo-funzionale del tessuto adiposo ("adiposopatia") ed esalta il fenomeno dell'insulino-resistenza, potenzialmente responsabile delle complicanze a medio e lungo termine associate all'obesità, soprattutto addomino-viscerale.

Nonostante gli sforzi scientifici e clinici, le terapie attualmente disponibili (comportamentale, farmacologica, chirurgica bariatrica) non forniscono risultati efficaci a lungo termine (Grandone A, et al): la compliance al trattamento è, infatti, direttamente proporzionale alla frequenza degli incontri medico-paziente, spesso non ottimamente garantita per la scarsità delle risorse sanitarie, e il successo terapeutico è condizionato da un alto tasso di abbandono, addirittura superiore ai 70% in alcune serie di casi (Reinehr T, et al).

A tal proposito, in età evolutiva, si rende particolarmente urgente la necessità di attuare mirate campagne di prevenzione primaria e secondaria, rispettivamente volte a ridurre la comparsa di sovrappeso e obesità tramite

l'identificazione di predittori precoci di rischio (es. obesità genitoriale, introduzione anzitempo delle proteine in corso di divezzamento, early adiposity rebound etc), e a ridimensionare il rischio di insorgenza di temibili complicanze endocrino-metaboliche e cardiovascolari a medio e lungo termine. Studi longitudinali hanno, infatti, dimostrato una forte associazione tra precoce incremento ponderale infantile e successivo BMI: nel dettaglio, è stato stimato che quasi il 90% dei bambini obesi a 3 anni di età presenta sovrappeso od obesità in adolescenza (Ward ZJ, et al) e che l'anticipazione dell'adiposity rebound tra i 2 e i 6 anni di età correla con un rischio di sovrappeso od obesità in adolescenza 1,4 volte superiore allo stesso rischio in bambini con fisiologico aumento del BMI a partire dai 6 anni di età. In considerazione della centralità genitoriale sul controllo e sull'influenza delle abitudini alimentari, dell'attività fisica e del sonno dei bambini, i programmi di prevenzione che coinvolgono l'intero nucleo familiare costituiscono strumento promettente per arginare la diffusione epidemica dell'obesità.

Al di là delle strategie di prevenzione primaria e secondaria, va incoraggiato in prima linea l'impiego della terapia comportamentale, cucita sulle personali esigenze del bambino e dell'adolescente con sovrappeso e obesità, da parte di un team multidisciplinare di esperti (pediatra di famiglia, endocrinologo pediatra, nutrizionista, psicologo, etc).

Possono essere fornite le raccomandazioni dell'OMS e della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) circa il calo di peso nel bambino o nell'adolescente sovrappeso od obeso, che prevedono la pratica quotidiana di 45-60 minuti di attività fisica continuativa aerobica a media intensità per prevenire il rischio secondario di insorgenza di complicanze e l'adesione a condotta alimentare costituita da 5 pasti al giorno, con bilanciato apporto di tutti i principi nutritivi necessari all'età evolutiva. Inoltre, alla luce del non infrequente riscontro di contestuale disturbo ansioso-depressivo e di altre turbe psicologiche, inclusi i fenomeni di bullismo che spesso hanno luogo ai danni del soggetto obeso, sarebbe utile poter attuare un programma specialistico di counselling psicologico e comportamentale.



Tossicologia clinica: storia, presente e futuro di un'eccellenza pavese per il nostro Paese



**CARLO
ALESSANDRO
LOCATELLI**

*Responsabile
Centro Antiveneni
IRCCS Maugeri*

Dopo la Seconda guerra mondiale e specie negli anni '60-'70 è apparsa evidente la necessità di ottimizzare il trattamento del crescente numero di pazienti intossicati per aumento della frequenza di esposizione a sostanze chimiche e a farmaci: ciò ha portato allo sviluppo della tossicologia clinica e dei Centri Antiveneni nel mondo, e anche in ambito accademico è nata la moderna tossicologia.

Il 1967 è stato di fatto l'anno chiave per la tossicologia clinica in Italia, poiché a Pavia il Prof. Mascherpa, direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Università, Facoltà di Medicina, fondò sia la prima scuola italiana di specializzazione in tossicologia sia la Società Italiana di Tossicologia (oggi SITOX). Dietro questa spinta, nello stesso anno sono nati nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) i primi Centri Antiveneni italiani (CAV).

Oggi i CAV si configurano nel mondo come le principali strutture sanitarie dedicate alla tossicologia clinica in cui medici specialisti forniscono anche consulenza per via telefonica (la prima attività di telemedicina nel mondo), assicurano diagnosi e cure specialistiche all'intero Paese. Si tratta pertanto di unità cliniche che svolgono un'attività specialistica di sanità pubblica unica e "funzioni specifiche, essenziali e non riconducibili ad altre strutture operative".

I riferimenti normativi europei e internazionali per le attività clinico-tossicologiche sono molti: in Italia queste attività, a basso costo e ad alta resa per il SSN (Accordo Stato-Regioni 56/CSR/2008), sono incluse nei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA, 2017).

Le strutture sanitarie e accademiche pavese che, anche per tradizione, hanno investito sempre di più in questa attività hanno portato Pavia a poter essere definita la "capitale" (in ambito medico) per la tossicologia clinica in Italia. Dagli anni '70, infatti, un altro importante sviluppo fu l'istituzione da parte della Prof. Montagna presso la tossicologia forense/medicina legale di Pavia del primo servizio di laboratorio clinico 24/24 ore per le emergenze clinico-tossicologiche: oggi questo laboratorio opera nella Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e rimane il riferimento nazionale per le analisi tossicologiche più urgenti. Nello stesso periodo, un altro laboratorio fu strutturato per le analisi tossicologiche di xenobiotici in matrici ambientali e biologiche anche in pazienti intossicati e professionalmente esposti presso la Fondazione Maugeri (oggi Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Ospedale IRCCS di Pavia).

Dal 1992, inoltre, presso l'Ospedale di Pavia di ICS Maugeri è operativo il Centro Antiveneni di Pavia, ad oggi il CAV più strutturato e organizzato nel Paese, tanto da essere stato identificato come riferimento unico in Italia dalle Amministrazioni dello Stato per la gestione sia

delle problematiche di difesa e della gestione Scorta Strategica Nazionale degli Antidoti, sia delle emergenze chimico-tossicologiche da incidenti chimici e anche del Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le nuove droghe.

Nell'attività di routine, il CAV di Pavia assicura tutte le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni (56/CSR/2008) per tutto il territorio nazionale. Qui, per esigenze di spazio, sono elencate soltanto le principali (l'elenco completo è molto più lungo):

1. consulenza specialistica, 24/24 ore 7/7 giorni, ai professionisti della salute per la gestione di pazienti con qualsiasi problema tossicologico e farmacologico e alla popolazione per la gestione di problematiche tossicologiche e informazione sul farmaco;
2. monitoraggio, valutazione e migliore disponibilità e impiego degli antidoti nel SSN: il CAV di Pavia è l'unico in Italia a disporre di tutti gli antidoti e di alcuni farmaci non facilmente disponibili anche per patologie diverse (es. immunoglobuline antirabbiche, antitossina difterica): mobilitazioni in urgenza vengono effettuate giorno e notte agli ospedali italiani che ne hanno necessità (talvolta anche all'estero);
3. attività di sorveglianza/vigilanza e allerta per il Ministero della Salute, i governi regionali e le Istituzioni nazionali/internazionali, specie per l'identificazione e immediata segnalazione alle autorità competenti di nuove urgenze/emergenze legate a sostanze chimiche;
4. implementazione e aggiornamento dei dati clinico-tossicologici e dei database tossicologici necessari al Paese e alla UE;
5. collaborazione per le competenze tossicologiche nelle urgenze-emergenze chimiche al Servizio Sanitario Nazionale, specie in ambito di Protezione Civile e di Difesa Civile per la sicurezza del Paese (in questi mesi stiamo, ad esempio, realizzando la distribuzione e le specifiche procedure per la disponibilità di ioduro di potassio in tutto il Paese);
6. collaborazione alla preparazione dei piani di emergenza per rischi chimici, specie in ambito di Protezione Civile e Difesa (il sistema di allerta per problematiche di terrorismo chimico è stato sperimentato per la prima volta durante le Olimpiadi invernali di Torino 2006, primo evento olimpico soggetto a sorveglianza clinico-tossicologica)

7. miglioramento dell'istruzione e la formazione in tossicologia clinica per gli operatori sanitari del SSN (centinaia di corsi sono stati fatti negli ultimi 25 anni in tutta Italia, e ogni anno a settembre una "tre giorni" di tossicologia clinica si svolge a Pavia).

Dotato di degenza (l'unica specialistica oggi possibile in Italia), di attività ambulatoriale, di laboratori per analisi tossicologiche (propri e in collaborazione con quelli del Policlinico San Matteo) e di ricerca sperimentale, grazie all'importante sostegno dall'amministrazione di ICS Maugeri, il CAV di Pavia: fornisce collaborazione unica a tutto il SSN e SSR, con più di 98.000 consulenze specialistiche per tutti i tipi di veleni effettuate (giorno e notte) nel 2022: il 90% di queste consulenze è richiesto in urgenza (con risposta immediata) da medici di tutto il territorio nazionale. Inoltre il CAV incrementa le conoscenze scientifiche su nuove problematiche clinico-tossicologiche attraverso progetti di ricerca e pubblicazioni scientifiche (attività in IRCCS): studi e progetti spaziano dagli effetti molecolari (studi in vitro) a quelli clinici (dalle intossicazioni da farmaci a quelle da monossido di carbonio, dalle nuove droghe agli alimenti, dalla tossina difterica al botulismo, ecc.).

Le nuove sfide e i problemi da affrontare sono tuttavia sempre numerosi e su più piani. Un grande impegno riguarda il corretto accreditamento dei CAV quali servizi autonomi altamente specialistici che necessitano di organizzazione e strutturazione specifiche. Un'altra sfida riguarda l'attività che il CAV di Pavia svolge, unico al mondo, anche al di fuori del proprio Paese: su richiesta della principale realtà industriale italiana (Eni), il CAV di Pavia opera per urgenze/emergenze tossicologiche molto diversificate anche in Paesi di altri continenti. Non meno impegnativo il progetto sperimentale proposto a regione Lombardia di una degenza specifica per giovani con problematiche comportamentali da uso di nuove droghe (il CAV di Pavia è l'unico riferimento nazionale per queste nuove problematiche di salute pubblica).

Le eccellenze della sanità pavese sono tante e sono riconosciute in tutto il Paese. L'auspicio è quello di consolidare una sempre maggiore collaborazione e condivisione fra le strutture sanitarie e accademiche della nostra città al fine di consentire di mantenere leadership in molte discipline: fra queste vi è anche la tossicologia clinica/CAV, componente fondamentale della sanità pubblica e fra i servizi più efficienti del SSN.

Giornata mondiale senza tabacco, l'impegno di ANDI per la salute dei pazienti



MARIA MIRANDO
Segretario Culturale
ANDI Pavia

Cala il numero complessivo di fumatori in Italia, ma aumenta il numero di sigarette fumate. Questo dato paradossale emerge dal rapporto 2023 sul tabagismo in Italia, diffuso in occasione della Giornata mondiale senza tabacco. Un'occasione per ribadire l'importanza della prevenzione, un tema da sempre caro all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani. ANDI, infatti, è estremamente attiva nel campo della prevenzione, consapevole che una prassi di salute parta prima di tutto con l'attenzione agli stili di vita che ciascuno segue. E il consumo di tabacco è uno degli aspetti più deleteri per il benessere dei nostri pazienti.

Sono numerosi e ben consolidati nella letteratura medica, infatti, gli studi scientifici che dimostrano l'influenza negativa del fumo sulla salute orale del paziente: si va dalle complicazioni puntuali (riguardanti bocca e mucose) fino alle complicazioni sistemiche, relative al sistema immunitario in generale. Per l'odontoiatra, insomma, l'azione nociva del fumo su gengive e denti è ben nota. E l'azione cancerogena del tabacco è al-

trettanto risaputa: ogni sigaretta contiene oltre 70 diversi elementi nocivi, molti dei quali cancerogeni in combustione. Da qui l'impegno dei dentisti in tema di prevenzione. ANDI, anche quest'anno, è capofila di questa richiesta di salute, fondamentale per il paziente. Anche perché si stanno diffondendo nuovi metodi e pratiche di fumo poco studiate clinicamente e socialmente.

Sempre più diffuso, infatti, è il cosiddetto "e-smoking", che va dal tabacco riscaldato alle sigarette elettroniche. Un fenomeno in crescita soprattutto tra i giovanissimi: secondo l'ultimo rapporto dell'Istituto superiore di sanità, infatti, il 36,6% degli studenti nella fascia 14-17 anni e il 9,6% tra 11 e 13 consuma almeno un prodotto tra sigaretta tradizionale, sigaretta elettronica o tabacco riscaldato. E, contrariamente a quanto avviene negli adulti, tra i giovani il consumo è più diffuso tra le ragazze. Motivo in più per agire con forza sul tema della prevenzione. A questo proposito vorrei ricordare ancora l'Oral Cancer Day, la campagna organizzata da Fondazione ANDI onlus contro il tumore del cavo orale:

l'edizione di quest'anno si è conclusa da poco, e ha permesso anche a molti pavesi di eseguire una visita di controllo allo scopo di rilevare la presenza di eventuali lesioni che possono preannunciare neoplasie al cavo orale.



NOTIZIARIO ODONTOSTOMATOLOGICO

L'odontoiatria post-Covid, tra etica, deontologia e scienza

Sabato 17 giugno 2023, presso la sala conferenze del nostro Ordine provinciale, si è tenuto il consueto corso di aggiornamento e di educazione continua per Odontoiatri. Il titolo dell'evento è stato "Odontoiatria post-Covid tra Etica, Deontologia e Scienza".

Come tradizione, l'evento è stato organizzato in collaborazione tra l'Ordine ed il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria della nostra Università. La sinergia, che dura da sempre, ha permesso la presentazione di diversi contenuti culturali, etici, e scientifici degni di nota a proposito del recente passato, ma con spunti di riflessione per il prossimo futuro.

Il Corso è stato introdotto dai saluti del Presidente dell'Ordine Dr. Claudio Lisi, e la moderazione è stata affidata al Dr. Domenico Camassa, Presidente CAO provinciale. Responsabile Scientifico dell'evento è stato il Prof. Giuseppe Merlati che, come l'anno scorso, ha presentato una squadra di relatori decisamente preparati e competenti.

Ha iniziato la giornata di lavoro il Dr. Spiro Jatagani con la relazione: "I numeri della Pandemia a Pavia". A seguire il Prof. Merlati e la Dott.ssa Letizia Valceschini hanno esaminato a fondo gli aspetti Etici e Deontologici emersi durante la pandemia, grazie anche al

contributo di una videointervista del Dr. Cosma Capobianco, Odontoiatra della ASST Lariana, in servizio in diversi Ospedali della provincia di Como e Varese.

La Dott.ssa Valceschini ha poi illustrato la merceologia e la cultura odontoiatrica nel periodo post-Covid. A seguire una serie di relazioni concernenti lo stato dell'arte nelle diverse specialità odontoiatriche, con il Dr. Umberto Marchesi per la Chirurgia, La Dott.ssa Flavia Tomasoni per la Prevenzione, Giorgia Minghini e Federica Gariboldi per l'Ortognatodonzia, Cecilia Mela per la Gnatologia.

La giornata è stata particolarmente utile per chiarire l'influenza che il periodo Covid ha avuto sull'attività odontoiatrica.



DOMENICO CAMASSA

Presidente CAO Pavia



Depenalizzare gli errori medici?



ALESSANDRA TESTUZZA
Avvocato

Su Google, digitando "colpa medica", le prime dieci voci che compaiono sono sponsorizzate e recitano, più o meno: «Denunciare un medico, richiedi il tuo risarcimento», oppure «Vittima di un danno medico? Risposta in tempi rapidi». Un grande business.

Come ha ricordato l'associazione dei medici ospedalieri, Anaa, ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche. Oltre la metà di queste sono in corso tra Lombardia e Lazio. Ma nel 97% dei casi (nell'ambito penale) si traducono in un nulla di fatto e con il proscioglimento, però con costi giganteschi per le casse dello Stato, cioè di tutti noi.

Detto questo, il problema degli errori esiste, e non solo in Italia. Si tratta soprattutto di infezioni correlate all'assistenza sanitaria (6-700 mila casi) che si trasformano in decessi nell'1% (parliamo comunque di 6-7 mila persone). Si tratta di stime, in Italia non ci sono statistiche attendibili. Ma tutto questo si trasforma comunque in costi, questi sì, facili da individuare. Quelli della cosiddetta 'medicina difensiva' che finiscono non solo a carico di medici, di pazienti, ma soprattutto della sanità pubblica, oltre

10 miliardi ogni anno, andando ad incrementare ulteriormente anche le già lunghe liste di attesa.

Nei decenni scorsi si era consolidata l'idea di poter trattare la colpa medica alla stregua delle altre, senza però tenere conto dell'unicità del ruolo del medico stesso, la cui opera insiste, per forza di cose, sull'incolumità del corpo e della persona. Per questo è meritevole di valutazioni differenti rispetto ad altre professioni.

Una Commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica è stata istituita con un decreto del ministro della Giustizia Carlo Nordio del 28 marzo scorso e si è insediata formalmente lo scorso 13 aprile. L'obiettivo non è certo l'impunità, ma quello di individuare un perfetto punto di equilibrio tra la piena tutela del paziente e la serenità del medico, perché un professionista sereno è di interesse della collettività.

La Commissione sta valutando la possibilità di estendere l'operatività di un così detto "scudo penale" per i sanitari, cioè la depenalizzazione dei reati colposi commessi nell'esercizio della loro attività professionale.

L'ipotesi al vaglio, in altri termini, consentirebbe ai pazienti il ristoro econo-

mico delle loro pretese dinanzi al giudice civile senza però condurre il sanitario dinanzi al giudice penale, dove rischierebbe una pena più grave e afflittiva.

Questa proposta normativa è stata accolta positivamente dal comparto dei medici e del personale sanitario e quindi in questa sede è opportuno porsi alcuni interrogativi per evidenziare gli aspetti più implicanti che dovrebbero essere considerati nel dibattito in essere sul tema.

In primo luogo, è davvero escluso che il sanitario possa essere coinvolto in un procedimento penale alla luce della norma in parola?

Occorre soffermarci sul fatto che la responsabilità medica sarebbe esclusa solo nel caso di colpa giudicata non grave. È evidente che le ipotesi di dolo e colpa grave non possono essere coinvolte dalla norma.

Proprio il riferimento alla colpa grave, però, non esclude automaticamente il fatto che il sanitario possa comunque ritrovarsi imputato e dover difendere il proprio operato e giustificare le scelte mediche fatte, al fine di includere l'evento nella sfera della mera colpa.

Difatti, nel nostro ordinamento la colpa grave non trova luogo in norme penali ma è trattata dal codice civile e oggetto di interpretazione giurisprudenziale. Quindi, non essendo la colpa grave normata, ogni singolo fatto dovrà essere analizzato dal PM e dal Giudice per valutare se si versi in una situazione psicologica di colpa generica o di colpa grave.

In questa situazione, allora, è certo che un evento oggetto di denuncia che coinvolga il sanitario sarà sempre sottoposto al vaglio delle indagini, quantomeno per verificare i termini del rimprovero che si possa muovere al medico e giungere ad escludere la procedibilità in caso di colpa non diversamente qualificata.

In secondo luogo, l'esclusione dal processo penale della vicenda che coinvolge paziente e sanitario è effettivamente una garanzia per il sanitario?

È indubbio che il paziente che si ritenga lesa dalla condotta colposa del medico potrà continuare ad adire il giudice civile per ottenere il dovuto ristoro alle sue pretese e in ciò sta la pericolosità di un accertamento che prescinde dalla giurisdizione penale. Infatti, il processo penale per sua natura consente una ponderazione ed un accertamento dei fatti molto approfondito, che

anche sotto il profilo dei tempi ha una minore durata. Pertanto, il sanitario rischia ugualmente di affrontare un giudizio, sebbene in sede civile, molto lungo e con possibilità di approfondimento probatorio minore. Tale situazione potrebbe determinare l'accesso a procedure transattive ritenute meno defatiganti e incerte, anche a fini deflativi del giudizio.

In terzo luogo, la norma in esame quali fini concreti si prefigge e che conseguenze può avere nel rapporto medico/paziente? Avere bisogno di una norma del genere, per la categoria interessata, può portare a far credere che l'incidenza ed il rischio di errore sia davvero alto e del tutto avulso dal normale rischio medico, cioè che sia connesso molto di più all'incapacità e alla mancanza di aggiornamento del medico di quanto invece lo sia al rischio ineliminabile proprio di ogni atto medico.

Questo, non può che nuocere al rapporto fra paziente e sanitario e, si può pensare, che possa del pari nuocere anche al rapporto fra i medici delle varie strutture del Paese.

Inoltre, ammettere che tale previsione normativa è introdotta per far fronte alla carenza di personale dimostra che si cerca una soluzione ad un problema organizzativo senza minimamente risolverlo, incidendo soltanto sugli effetti finali eventuali e non sul buon funzionamento del sistema sanitario in generale.

Anche in questo caso, il messaggio che potrebbe passare è che l'attuale condizione di sottorganico determina per i pazienti rischi che prescindono dalle reali capacità professionali dei sanitari, impegnati eccessivamente proprio per la carenza di personale, creando una sorta di livellamento professionale verso il basso dell'intera categoria, generalizzando il giudizio negativo a prescindere dalle effettive capacità del singolo.

Sotto questo profilo, la tutela giudiziaria per i medici da un lato costituisce certamente un giusto contrappeso alle attuali condizioni lavorative ma rischia di trasformarsi in un intervento palliativo perché non incide sulla soluzione dei problemi concreti né sulla comunicazione fra sanitari e platea dei pazienti

È plausibile infatti che la norma in esame possa essere percepita piuttosto come una strategia preventivo-difensiva della categoria, disgiunta com'è da altre e collaterali politiche professionalizzanti e di controllo interno.

Le cure palliative



DANILO MIOTTI

*Responsabile SC
Cure Palliative
e Terapia del Dolore
ICS Maugeri*

COSA SONO

Con il Decreto Ministeriale del 28 settembre 2021 è stata istituita la Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative (CP) per cui oggi le CP sono una branca specialistica della Medicina che si occupa delle fasi avanzate delle malattie croniche attraverso un insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (Legge 38/2010 art. 2) Le Cure Palliative si occupano quindi in maniera totale ed attiva delle persone affette da malattie inguaribili, croniche progressive la cui conseguenza è la morte.

Le cure palliative hanno, quindi, lo scopo di controllare i sintomi della malattia, senza accelerare o differire la morte, rispettando la dignità del malato e i suoi desideri e supportando il suo nucleo familiare nel percorso clinico, assistenziale ed esistenziale in osservanza del principio di autodeterminazione del malato.

Lo scopo è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti, per le loro famiglie e per i loro caregiver. Sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico e sostegno spirituale.

CHI HA BISOGNO DI CURE PALLIATIVE?

Le CP sono una importante risorsa per chi è affetto da malattie croniche in fase avanzata come il cancro, lo scompenso cardiaco,

le malattie croniche polmonari e renali, le malattie neurologiche ed altre. Secondo una ricerca di Cergas Bocconi (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) ogni anno in Italia oltre 543.000 persone adulte necessitano di cure palliative, ma il tasso di copertura del bisogno si ferma solamente a circa il 23 per cento. Per quanto concerne l'ambito pediatrico, la situazione è ancora più complessa. Si stima infatti che, su oltre 35.000 minorenni bisognosi di cure palliative, solo il 5 per cento riesca ad accedervi. All'interno dei numeri sopra esposti il 40% riguarda i pazienti oncologici mentre il 60% comprende persone affette da altre malattie croniche. In ambito pediatrico molti dei bambini con bisogni di Cure Palliative, pur essendo affetti da patologie inguaribili, possono avere una buona qualità della vita per lungo tempo e continuano a crescere e confrontarsi con le diverse fasi di sviluppo fisico, psicologico, relazionale e sociale che l'età pediatrica comporta. Si differenziano per molti ambiti dalle CP rivolte al paziente adulto non solo per patologie tipiche dell'infanzia ma anche perché devono modularsi alle peculiarità biologiche, psico-relazionali, cliniche, sociali, etiche e spirituali del paziente pediatrico e rispondere ad una tipologia e quantità dei bisogni del tutto peculiari che condizionano scelte e azioni dedicate e specifiche.

QUANDO INIZIARE LE CP

Le CP intervengono soprattutto quando i trattamenti curativi non hanno la capacità di incidere in maniera sostanziale sul decorso della malattia. È opportuno attivare un percorso di CP anche in concomitanza con le terapie curative in atto. Un esempio sono le "simultaneous care" per i pazienti oncologici dove lo

specialista oncologo e lo specialista in medicina palliativa condividono, ognuno per la propria competenza, il percorso di cura del paziente. Diversi studi hanno dimostrato come i pazienti inseriti in un percorso precoce di CP ottengano una migliore qualità di vita e vivano anche più a lungo. Oltre ad un vantaggio per i pazienti e le famiglie questa tipologia di approccio porta ad ottimizzare l'impiego delle risorse sanitarie con conseguente risparmio economico. Un metodo che aiuta identificare la fase di malattia e quindi a stabilire i bisogni del paziente e della famiglia è la Misura della Fase della malattia in Cure Palliative (M. Masso e I. Higginson 2015). Le fasi della malattia descrivono lo stadio della patologia. Le fasi sono classificate secondo i bisogni del paziente e delle famiglie e forniscono informazioni sulla efficacia del piano assistenziale attivato.

IL FINE VITA

Le cure di fine vita sono parte integrante delle CP e riguardano l'ultima fase della vita, caratterizzata da segni e sintomi specifici, il cui pronto riconoscimento permette di impostare quei cambiamenti necessari per garantire ai malati una buona qualità di vita fino all'ultimo giorno ed un valido sostegno ai familiari che li assistono. Le cure di fine vita si caratterizzano per una rapidità di cambiamenti dello stato psicofisico del paziente con conseguente necessità di immediata rimodulazione dei trattamenti e degli interventi assistenziali in atto in rapporto ai nuovi obiettivi di cura. Un approccio specifico che suggerisce come migliorare la qualità delle cure e delle scelte intraprese nella fase end stage delle patologie cronico-degenerative è quello che viene definito della cosiddetta surprise question: "quando visiti un malato, domandati se saresti sorpreso se morisse entro pochi mesi. Se la risposta è 'no' dai la precedenza alle sue preoccupazioni, al controllo dei sintomi, all'aiuto alla famiglia, alla continuità delle cure, al supporto spirituale. L'insieme di uno o più criteri clinici specifici, un punteggio PPS < 50% sommati ad uno o più criteri clinici generali, la risposta positiva alla surprise question demarcano una soglia in cui il malato può intraprendere il percorso di CP nel fine vita avviando una discussione con lui quando possibile e/o con la sua famiglia.

UN'ORGANIZZAZIONE CAPILLARE: LE RETI DI CURE PALLIATIVE

Con la legge del 15 marzo 2010 n. 38 è stato dato il via libera alle Reti Regionali e le Reti Locali di cure palliative quali strumenti fondamentali per garantire l'accesso a

cure palliative di qualità attraverso meccanismi di governance e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura.

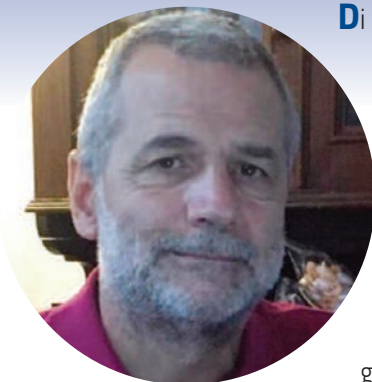
La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali su base territoriale (Ospedale, Hospice, Day Hospital, Ambulatoriale, Domicilio) che coincide normalmente con il territorio dell'azienda sanitaria o agenzia per la tutela della salute. Per l'ATS di Pavia la RLCP coincide con la Provincia stessa. A loro volta le RLCP sono coordinate dalla Rete Regionale di Cure Palliative che ha il compito di promuovere lo sviluppo delle RLCP e definisce gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza e gli indicatori quali-quantitativi. La RLCP della provincia di Pavia è costituita da diversi soggetti erogatori (si veda www.ats-pavia.it) che sono coordinati tra loro nel cercare di garantire la copertura assistenziale su tutto il territorio provinciale.

Le equipe di CP rappresentano l'elemento cardine dell'organizzazione, costituite da diverse figure professionali che attraverso un lavoro multidisciplinare sostenuto da una buona comunicazione interna ed esterna cercano di garantire la migliore qualità di vita possibile ai pazienti ed alla famiglia. Esse forniscono assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Il Medico di Medicina Generale (MMG) per la fascia adulta e del Pediatra (PLS) per la fascia pediatrica rivestono un ruolo chiave nell'identificare precocemente il bisogno di cure palliative per i pazienti oncologici e non oncologici promuovendone la presa in carico e nel collaborare con l'Equipe di CP nella cura del paziente in ogni setting ed in particolare al domicilio. La RLCP costituisce ancora oggi l'unico esempio in ambito sanitario e socio-sanitario di continuità di cura che permette al paziente di essere seguito in tutto il suo percorso di cura fino alla fine.

QUALE FUTURO

Con il decreto n.909 del 27 maggio 2022 il MUR ha pubblicato il primo bando per l'ammissione alla Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative. Questo è il risultato di un lungo ed intenso lavoro che riconosce la necessità di avere degli operatori sanitari ben preparati ad affrontare la complessità delle CP. Allo stesso tempo vengono poste le basi per consolidare lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative ad oggi ancora deboli e non ben distribuite sul territorio nazionale.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico: una grande opportunità per ora incompiuta (ma auspichiamo migliorabile!)



**TOMMASO
MASTROPIETRO**

*Medico di Medicina Generale
Consigliere dell'Ordine*

Di sicuro il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che accompagna ciascun cittadino italiano è uno strumento che, se utilizzato al meglio delle sue potenzialità, può rivelarsi molto utile per la quantità di informazioni che contiene o, meglio, che potrebbe contenere, ovvero la storia sanitaria di ognuno di noi!

Già, potrebbe contenere! Ma chi e come si inserisce sul FSE per esempio il Gruppo sanguigno, chi inserisce le eventuali allergie, la volontà del cittadino di donare gli organi? Al momento sono presenti le prescrizioni farmaceutiche, le esenzioni, i referti di accertamenti eseguiti, le vaccinazioni cui si è stati sottoposti (sempre che siano state registrate al momento della vaccinazione su apposite piattaforme!).

A proposito dei referti di accertamenti eseguiti, purtroppo nella realtà Pavese, ovviamente quella che più da vicino ci interessa e ci tocca, bisogna constatare che alcune strutture convenzionate col SSN non caricano per esempio gli esami ematochimici, fra queste una in particolare non carica le lettere di dimissione! Eppure, pubblicare sul FSE le informazioni da parte di queste strutture, ripeto accreditate, dovrebbe essere uno dei requisiti per l'accreditamento!

Con rammarico constatiamo che degli accessi in PS del Policlinico San Matteo quello che viene pubblicato sul FSE è solo la prima pagina al momento delle dimissioni, vengono menzionati esami ematochimici, indagini radiologiche e/o consulenze specialistiche ma del loro esito sul Fascicolo non c'è traccia!

Quando un paziente effettua una visita specialistica spesso succede che, a fronte della buona volontà del collega specialista di prescrivere ulteriori accertamenti, il MMG deve ritrascrivere gli esami in quanto le esenzioni non sono state inserite o sono errate. Questo perché lo specialista ha a disposizione un solo lettore della carta SISS e le informazioni relative alle esenzioni gli

vengono fornite dal paziente stesso con ovviamente ampi margini di errore.

Per ultimo la grande concessione fatta a noi MMG ma soprattutto ai nostri assistiti: l'utilizzo VERO della ricetta dematerializzata, cosa resa possibile in era Covid per evitare un inutile nonché pericoloso afflusso negli ambulatori. Già da qualche anno negli ambulatori di Medicina Generale si è passati alla ricetta dematerializzata (in realtà decolorata come diceva un compianto collega), solo perché i farmaci o gli esami non venivano più prescritti sul ricettario Rosso del SSR (costo di ogni foglio filigranato circa 20 centesimi di euro, 200 euro per ogni ricettario, ogni MMG massimalista ne consumava almeno 1 al giorno! Un bel risparmio per RL). Grazie all'avvento del Covid si è finalmente superato questo impasse!

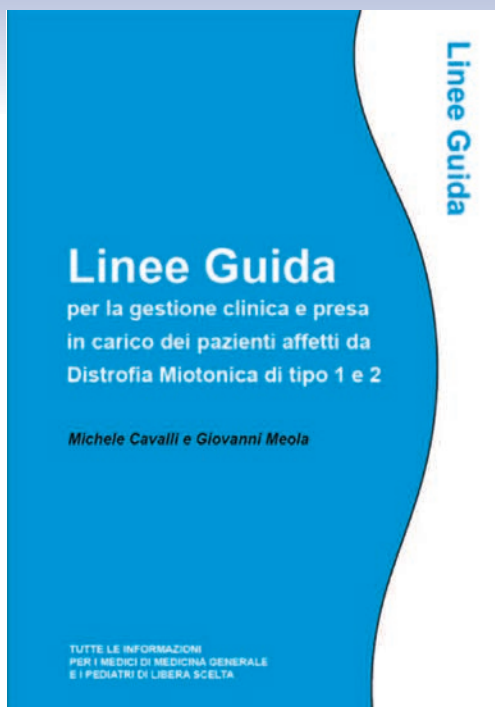
Ma si vuole essere positivi e propositivi: lo strumento del FSE va sicuramente implementato, migliorato, e allora d'accordo il ruolo tecnico degli informatici, ma forse bisognerebbe dare anche ascolto a chi ogni giorno, più volte al giorno (30-40-50?) questo strumento lo utilizza, lo vive e rileva delle incompletezze.

Permettetemi una ultima considerazione sul sistema SISS che almeno 1 o 2 volte a settimana si blocca e fa andare noi MMG su tutte le furie, per non parlare del fatto che, mentre si stanno stampando o inviando su FSE 5-6 farmaci ecco che improvvisamente, senza alcun preavviso, una prescrizione pesca ancora la faticosa ricetta rossa (nostalgia?). Questione di ARIA!!!!!!



Le recensioni del Bollettino

Linee guida per la gestione clinica e presa in carico dei pazienti affetti da Distrofia Miotonica di tipo 1 e 2
(di Michele Cavalli e Giovanni Meola)



Con questo particolareggiato testo vengono esplicitate tutte le informazioni su questa grave patologia in ausilio per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. Gli Autori illustrano in modo esaustivo gli aspetti generali delle malattie, la diagnosi molecolare, la compromissione multisistemica sia nelle forme adulte che in quelle pediatriche.

Vengono inoltre presentate le raccomandazioni per la presa in carico e la gestione delle due forme di distrofia miotonica. Ne emerge un approccio omnicomprensivo di tipo olistico, che prevede la partecipazione di diverse figure sanitarie sia sicuramente di grande giovamento per un miglioramento dell'assistenza e della qualità di vita dei pazienti affetti da queste patologie.

Storia avventurosa della Medicina
(di Paolo Mazzarello)



Paolo Mazzarello, storico della medicina riconosciuto a livello internazionale, risale, con un registro narrativo, i tanti rivoli che hanno portato allo stato attuale delle nostre conoscenze sul funzionamento e soprattutto sul malfunzionamento del nostro organismo. L'idea che ispira questo libro, infatti, è quella di un corso d'acqua dai molti af-

fluenti, ognuno rappresentato da un tema fondamentale seguito nel suo divenire dal momento in cui ha origine.

Le molteplici sorgenti della disciplina si sono progressivamente ingrossate, talvolta deviando o scomparendo nel tessuto della storia per riapparire a valle, come i tanti immissari di un fiume principale. L'autore raggruppa questi filoni in dodici capitoli che comprendono la dissezione anatomica, l'evoluzione del concetto di normalità e – per contrasto – di patologia, la circolazione del sangue, la teoria microbiologica delle malattie infettive, le vaccinazioni e l'immunologia, l'igiene e l'antisepsi, la chemioterapia, l'anestesia, la radiologia, le neuroscienze, l'arte del nascere e, infine, la scoperta dell'insulina.

L'insieme delinea un cammino non convenzionale della medicina, una lunga catena di vicende epiche, di grandezza e miseria, di coraggio e vigliaccheria, di trionfi e fallimenti, di generosa abnegazione e meschinità.

L'ordine di Pavia informa

Pubblichiamo l'elenco delle nuove iscrizioni, delle cancellazioni e delle iscrizioni deliberate nelle sedute di Consiglio. Pubblichiamo altresì le iscrizioni nell'elenco psicoterapeuti.

ISCRIZIONI ALBO MEDICI EX NOVO

Berselli Valentina, Maga Delta, Abate Alberto, Albrizio Alessandra, Biale Carlo Alberto, Caprara Enrico Lupo Maria, Cassarino Matej, Corica Giacomo, Denti Pietro, Dusi Simone, Fornaroli Valentina, Genta Mauro, Leggiero Eleonora, Madonia Niccolò, Moisello Paolo, Nascimbene Alessandro, Nehme Rami, Neri Giovanni, Ricchiuto Marta, Ruggiero Antonio, Salbego Colletti Arianna, Satchie Satchie Loic Landry, Siviero Jacopo, Sola Alessandro, Veneziano Giulia, Vojoudzadeh Hesam, Zobel Angelica, Arangio Alessandro, Bassil David, Bochicchio Cristina, Brizzi Luigi Filippo, Burini Giulia, Calabrese Benedetto, Carlin Giorgia, Cevolani Sara, Del Bello Beatrice, D'Onghia Valentina, Dos Santos Draghi Isabella, Falvo Paola, Fantini Simona Maria, Feruglio Chiara, Filios Rebecca, Franco Ilaria, Ghanem Yousef, Guglielmi Pietro, Loche Pouzanov Anna, Marti Alessandro, Massetti Giulio, Mastromarino Paolo, Naddeo Erika, Pallavezzati Aurora, Perinati Letizia, Pozzi Alba Chiara, Principi Celeste, Rispoli Edoardo, Rovescala Alessandra, Savini Lorenzo, Scorbati Davide, Serra Federico, Sutti Irene, Tinterri Benedetta.

ISCRIZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

Barbier Paolo, Beltrametti Maria Chiara, Dedato Andrea Simone, Odone Anna, Perna Ludovica, Valentini Marco, Bonfoco Emanuela Maria.

ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI EX NOVO

De Paoli Simone.

ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Enascut Violeta Vasilica, Valente Marta Giuditta Luciana Sara.

CANCELLAZIONI ALBO MEDICI

Avantaggiato Fulvio, Del Bo' Siro, Ossola Marco, Ranieri Maria Gabriella, Sylla Abraham, Bejor Maurizio, Braschi Antonio, De Paoli Giancarlo, Stronati Maria Rosaria, Gaeta Elio, Molinari Ermete, Viggiano Ubaldo, Volpi Ferdinando.

CANCELLAZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

Boldrini Michele, Lanzarini Luca Franco, Barbieri Massimo, Borroni Giuseppe, Bovio Giacomo, Castelli Paola, Malfatto Anna, Mottadelli Agnese, Parrulli Salvatore, Pavlyshyn Martana, Polledri Barbara, Quaranta Paola, Tintinelli Roberto, Marchetti Monia, Teggia Droghi Maddalena.

CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI

De Paoli Giancarlo, Stronati Maria Rosaria, Gaeta Elio, Viggiano Ubaldo.

CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Tintinelli Roberto, Simonelli Alberto.

DECESSI – *Il Presidente ed il Consiglio dell'Ordine esprimono il loro cordoglio per la scomparsa dei colleghi*

Avantaggiato Fulvio, Del Bo' Siro, Ossola Marco, Ranieri Maria Gabriella, Sylla Abraham, Bejor Maurizio, Braschi Antonio, De Paoli Giancarlo, Stronati Maria Rosaria, De Paoli Giancarlo, Gaeta Elio, Molinari Ermete, Volpi Ferdinando.

L'ORDINE DI PAVIA

INFORMA

Elenco medici disponibili per sostituzioni

Pubblichiamo l'elenco aggiornato (consultabile anche presso gli Uffici dell'Ordine) dei medici disponibili per sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta, allo scopo di favorire l'incontro tra "domanda" e "offerta" di lavoro.

Coloro che fossero interessati ad essere inseriti nell'elenco possono comunicare per iscritto alla Segreteria dell'Ordine i loro dati secondo un modulo prestampato disponibile sia presso gli Uffici dell'Ordine che nel sito internet dell'Ordine stesso. Il modulo prevede, tra l'altro, **il rinnovo per iscritto ogni sei mesi dalla richiesta, pena il decadimento della stessa** e la possibilità di inserimento nel sito

internet dell'Ordine in un'area accessibile agli iscritti a Pavia tramite username e password. L'elenco presente nel sito è aggiornato periodicamente, come quello disponibile presso gli Uffici dell'Ordine. La decisione del rinnovo ogni sei mesi è stata presa dal Consiglio dell'Ordine in seguito alle numerose segnalazioni di medici relativamente alla difficoltà di reperire un sostituto tra coloro che hanno comunicato la loro disponibilità all'Ordine. Comunque, anche una volta decaduta la domanda, anche se non rinnovata, sarà sempre possibile iscriversi all'elenco nel momento in cui vi fosse ancora la disponibilità alle sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta.

COGNOME E NOME	ORDINE	QUALIFICA	ZONE	TELEFONO	SCADENZA
BALDI Gabriele	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina	3355462689	24/08/2023
CODORI Francesco	VARESE	MMG	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	3468579228	13/10/2023
FERRAIUOLO Martina	CATANZARO	MMG - PLS	Pavia e Pavese	3281541470	02/11/2023
NADDEO Erika	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese	3314377112	14/01/2024
CAVAZZA Gabriele	MODENA	MMG	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina	349/2895067	20/01/2024

NEL RICORDO E NELLA MEMORIA DI TUTTI, SEMPRE



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Pavia



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

20 FEBBRAIO 2023
**GIORNATA NAZIONALE DEI
“CAMICI BIANCHI”**

Un momento per onorare il lavoro, l'impegno,
la professionalità e il sacrificio del personale sanitario,
socio-sanitario, socio-assistenziale e del volontariato nel
corso della pandemia da coronavirus dell'anno 2020.