

Progetto “Occhio ai giovani” dell’Associazione Coast to Coast

Presidente dell’Associazione: Prof. Carlo Di Mario

*Direttore del Dipartimento di Interventistica Cardiologica Strutturale presso
l’Ospedale Careggi di Firenze*

Senior Investigator presso il National Institute for Health Research (2010)

Già Research and Clinical Director di Cardiologia Interventistica presso l’Università Vita-Salute
dell’Ospedale S. Raffaele di Milano

Già Consulente Cardiologo presso il Royal Brompton Hospital di Londra (2003-2016)

cell. 3486522399 mail: carlo.dimario@unifi.it

Coordinatori del Progetto

Dr. Francesco Lunghi, per la Regione Toscana

già Direttore Dipartimento Chirurgico e Primario Urologo della ASL di Empoli e

Professore a Contratto Scuola di Specializzazione in Urologia Università di Firenze

Idoneità Nazionale a Primario di Urologia e di Urologia Pediatrica

Specialista in Urologia e in Chirurgia d’Urgenza, Diploma n° 0193 dell’European Board of Urology

Iscritto all’Albo dei CTU del Tribunale di Firenze

cell. 349 5520454 mail: lunghi.f@libero.it

Dr.ssa Angela Vita, per la Regione Basilicata

già Direttore f.f. della UOC Urologia dell’Ospedale S. Carlo, Direttore del Centro

Interdipartimentale di Andrologia dell’Ospedale S. Carlo di Potenza e membro del

la Società Italiana di Andrologia - Specialista in Urologia e in Andrologia

cell.366 428 0887 mail: avita9@icloud.com

Premesse al progetto : “Occhio ai giovani”

(Valutazione uro-andrologica dei giovani in età adolescenziale)

Negli ultimi anni, in Italia, la diagnosi precoce in ambito andrologico si è molto ridotta. Ciò è accaduto, in particolare, dopo la scomparsa della “visita di leva” nel 2005 che, di fatto, ha eliminato l’unica forma di screening su vasta scala delle maggiori patologie andrologiche della popolazione giovanile.

I dati seguenti sono molto indicativi e, solo in riferimento ad alcune problematiche, citiamo:

la Fertilità: i dati ISTAT evidenziano che nell’anno 2022 le nascite hanno registrato un calo dell’1,7% sull’anno precedente e la denatalità prosegue anche nel 2023 con un calo di 3500 nascite nel primo semestre del 2023 rispetto al 2022.

La stima provvisoria elaborata sui primi 6 mesi del 2023 evidenzia una fecondità pari a 1,22 figli per donna mentre nel 2010 il numero medio di figli per donna era di 1,44.

la Prevenzione: i quaderni del Ministero della Salute n° 28 del maggio 2017, ci

dicono che oggi, tra i giovani maschi italiani, meno del 5% si sottopone ad una visita andrologica prima dei venti anni. Diversamente, le ragazze della stessa età, eseguono controlli ginecologici con adesione anche dieci volte superiore. Siamo, insomma, di fronte ad una oggettiva “discriminazione di genere” sulla prevenzione nei giovani. Ciò comporta un aumento delle malattie andrologiche non diagnosticate, che rimangono tali fino all’età adulta, quando possono diventare incurabili o la cui cura diventa complessa per il paziente e costosa per il SSN. Queste malattie sarebbero facili da prevenire e da curare se venissero diagnosticate precocemente. Parliamo di vere patologie sociali: infatti i numeri ci dicono che un uomo su tre, in età adulta, sarà affetto da un disturbo di natura andrologica (in particolare riduzione della fertilità e disturbi della sfera sessuale); molte di queste malattie derivano da patologie che sono presenti già in età pediatrica e/o adolescenziale (criptorchidismo, varicocele, ipogonadismo, anomalie congenite del tratto genito-urinario e malattie sessualmente trasmesse).

3

Un importante e valido mezzo di screening, come accennato, era costituito dalla visita di leva. Si ricorda che il secondo governo Amato, con il DL 215/2001, aveva sospeso la leva militare obbligatoria, introdotta nel 1861 con la nascita del Regno d'Italia e confermata con la nascita della Repubblica Italiana, che era stata operativa per 143 anni; tale sospensione, prevista per dicembre 2006, era stata anticipata di due anni dalla L. 226/2004, dal secondo governo Berlusconi. Di conseguenza dal 1° luglio 2005 era cessata completamente l’obbligatorietà della leva e quindi l’ultima classe chiamata a prestare servizio militare e sottoposta a visita di leva era stata quella dei nati nel 1985.

La visita di leva prevedeva che nel trimestre di compimento del 18° anno di età, e comunque al raggiungimento della maggiore età, ogni cittadino maschio ricevesse la famosa "cartolina-precetto" inviata dal Comune di residenza; l’organo militare preposto, il Consiglio di Leva competente per territorio, accertava il grado di idoneità somatico-funzionale e psico-attitudinale dei giovani al servizio militare. La visita di leva prevedeva: accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, una visita medica generale, alcune visite specialistiche, la somministrazione di tests

vari e un colloquio attitudinale.

E' fuori dubbio che la visita di leva svolgesse una importantissima opera per la collettività attraverso una valida azione di medicina preventiva, che spesso metteva in luce infermità latenti che, senza tale visita, sarebbero state scoperte dopo molti anni, proprio come accade ora, quando cominciano i primi sintomi o nel peggiore delle ipotesi quando la situazione è compromessa o difficilmente recuperabile.

In ultima analisi il progetto mira a colmare un vuoto sulla prevenzione dei giovani.

Principali patologie dell'adolescente valutabili con il progetto

Il criptorchidismo colpisce il 3-5% dei bambini nati a termine ed il 9-30% dei pretermine: in Italia, dove si contano ogni anno circa 300.000 bambini nati a termine e 200.000 nati pretermine, si stimano in media 10.000-60.000 casi/anno. Ad un anno di vita la prevalenza di criptorchidismo è dell'1,5% nei nati a termine e del 7,1% nei nati pretermine. La discesa testicolare spontanea si verifica, in genere, entro il sesto mese di vita ed è molto rara dopo 12 mesi dalla nascita. L'incidenza del criptorchidismo è in aumento, probabilmente a causa dell'esposizione a fattori ambientali con attività simil-ormonale (endocrine disruptors) di tipo estrogenico o anti-androgenico. Il criptorchidismo può causare ipogonadismo, aumenta il rischio di infertilità e di tumore del testicolo. La maggior parte dei bimbi criptorchidi viene oggi operata nei primi anni di vita, ma possono evidenziarsi conseguenze nel tempo.

Altri difetti di discesa testicolare sono il testicolo mobile, retrattile o in ascensore, condizioni che predispongono alla torsione testicolare che costituisce una vera e propria emergenza urologica per il pericolo di danno irreversibile del testicolo.

Il varicocele è la dilatazione delle vene del plesso pampiniforme; è presente in circa il 15% dei soggetti di sesso maschile e nel 40% degli uomini infertili. Il varicocele interessa generalmente l'emiscroto sinistro (78-93% dei casi). La prevalenza del varicocele aumenta con l'avanzamento dello stadio di maturazione puberale: nei ragazzi di età inferiore ai 10 anni la prevalenza del varicocele non supera il 3%; tra 11 e 14 anni risultano affetti il 3-7% dei ragazzi mentre in età superiore ai 15 anni la prevalenza del varicocele si attesta al 15%, percentuale simile a quella dell'adulto.

Tumefazione scrotale: le cause di tumefazione scrotale possono essere molteplici: tumori testicolari, torsione testicolare, torsione dell'idatide di Morgagni, epididimite, orchite, vasculiti, cisti testicolari, ernie inguino-scrotali, malformazioni e alcune condizioni come l'asimmetria idiopatica benigna testicolare, l'ipertrofia testicolare compensatoria e il macrorchidismo monolaterale benigno adolescenziale.

Le orchi-epididimiti riscontrate nei giovani sono conseguenti a infezioni virali, come il virus della parotite, o batteriche quest'ultime per lo più conseguenti ad attività sessuale non protetta. L'orchite può determinare danno al tessuto "nobile" del testicolo che produce gli spermatozoi, le epididimiti causare stenosi delle vie seminali che impediscono la corretta progressione del liquido seminale determinando ipofertilità.

La sindrome di Klinefelter è una sindrome che viene diagnosticata raramente in età prepubere; si stima che nel 70% dei casi non venga mai diagnosticata e nel 25% dei casi la diagnosi sia effettuata tardi. Si manifesta con ipogonadismo ipergonadotropo, ginecomastia, ipotrofia testicolare, azoospermia con infertilità, aumentato rischio di malattie sistemiche (neoplasie, osteoporosi, tromboembolismi venosi, insulino-resistenza, diabete, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari), spesso associata a

ritardo del linguaggio, problemi dell'apprendimento e della attenzione, difficoltà nel verbalizzare; può essere ipotizzata in caso di giovinetti con micropene e volume testicolare ridotto.

Sovrappeso e obesità costituiscono un serio problema sociale dal momento che il 20,7% dei maschi adolescenti è in sovrappeso e il 10,3% è obeso; queste patologie in età adolescenziale hanno ripercussioni sulla crescita e lo sviluppo puberale, possono determinare ipogonadismo e ipofertilità e tendono a persistere anche in età adulta causando diabete, ipertensione, sindrome metabolica e malattie cardiovascolari.

Malformazioni congenite del pene: tralasciando le patologie più eclatanti, di solito individuate e trattate alla nascita, esiste un ventaglio di patologie minori che spesso sfuggono sia ai genitori che al pediatra e si evidenziano proprio in età adolescenziale causando riflessi negativi anche in relazione agli aspetti psicologici e alle relazioni comportamentali con l'altro sesso. Si tratta di malformazioni, quasi tutte individuabili alla semplice osservazione di un esperto, come anomalie più o meno gravi dello sbocco uretrale, gli incurvamenti congeniti del pene, la fimosi, la brevità del frenulo.

Infezioni sessualmente trasmissibili (IST) sono patologie di origine virale o batterica che si possono trasmettere, seppure in maniera non esclusiva, attraverso l'attività sessuale. L'incidenza delle IST è in continuo aumento al punto che viene considerata una vera e propria "piaga sociale"; si calcola che 1 giovane ogni 20 ne sia affetto e la fascia d'età più colpita è dai 19 ai 24 anni. Le cause: la maggiore mobilità e tendenza ad avere rapporti sessuali non protetti, partner multipli, la scarsa conoscenza di se stessi, la tendenza a non usare i contraccettivi meccanici, la precocità del primo rapporto sessuale, la scarsa igiene intima, la frequentazione di ambienti non adeguatamente igienizzati, la promiscuità degli asciugamani utilizzati per l'igiene intima, l'uso di droga, il fumo e l'abuso di alcol. Le infezioni più comuni comprendono infezioni da Candida, Trichomonas, Chlamydia, Mycoplasma e Ureaplasma, l'herpes genitale, la gonorrea, la scabbia, la pediculosi, il mollusco contagioso, le uretriti aspecifiche, l'epatite virale, le infezioni da Papillomavirus, l'HIV, rare la sifilide e il linfogranuloma venereo.

Disfunzioni sessuali e disforia di genere: durante il periodo puberale si verifica una fase di cambiamento fisico e psichico legato alle variazioni ormonali tipiche di tale età che induce le pulsioni sessuali; fattori di tipo biologico e influenze di tipo ambientale (esperienze precedenti, educazione ricevuta, ambiente familiare, caratteristiche parentali, grado di informazione sulla sessualità ricevuta e fonti delle notizie acquisite) possono condizionare l'approccio alla vita sessuale da parte del giovane. In questa fase di vita possono manifestarsi disfunzioni sessuali oppure può verificarsi una incongruenza, di grado variabile, fra il sesso assegnato e la percezione di sé: in questo caso si parla di disforia di genere. Le disfunzioni sessuali più comuni sono l'eiaculazione precoce e i disturbi dell'erezione; la disforia di genere è una patologia subdola, di entità variabile, da un senso di disagio del proprio genere e

con varia difficoltà nelle relazioni con l'altro sesso ai casi più gravi che possono sfociare nella volontà di cambiamento di sesso o nel suicidio. Quindi per questa problematica il riconoscimento precoce e le cure adeguate sono fondamentali; è molto importante non confondere la disforia di genere con l'orientamento sessuale.

Bibliografia essenziale

Prevenzione, diagnosi e cura delle patologie andrologiche dall'età pediatrica al giovane adulto. Quaderni del Ministero della Salute, n° 28, maggio 2017, pagg.1-156.

Principali risultati del Progetto Studio Nazionale Fertilità. Opuscolo del Ministero della Salute in coll. con Istituto Superiore di Sanità e Centro di prevenzione e controllo delle malattie, febbraio 2019, pagg. 1-34.

Sexual and reproductive health, Linee Guida dell'Associazione Europea di Urologia, marzo 2021, pagg. 1-282.

Attuazione del progetto "OCCHIO AI GIOVANI"

A) PROGETTO SEMPLIFICATO (screening di base o di primo livello):

1. in ogni provincia della Toscana e della Basilicata vengono individuati uno o più **centri di "screening di primo livello"** riservato ai giovani maschi dai 16 ai 18 anni. Il centro di primo livello potrà essere un normale ambulatorio per attività non invasive con la possibilità di effettuare una ecografia di base (con disponibilità di sonde standard e lineare e dotato di ecodoppler) a completamento della visita clinica. L'obiettivo dei centri di primo livello è di fare uno screening di base delle patologie uroandrologiche più frequenti nei giovani, eventualmente dando indicazioni per accedere ai centri di secondo livello, se necessario. Le visite di primo livello saranno effettuate da specialisti in Urologia, in Andrologia, in Endocrinologia, anche in formazione, che disporranno di un "format" identico per i vari centri.
2. L'arruolamento dei giovani può essere effettuato dall'ufficio anagrafe dei comuni facenti parte della provincia interessata o dagli uffici scolastici.
3. Saranno visitati solo ragazzi maggiorenni che potranno esprimere liberamente il loro consenso.
4. Al termine della visita verrà rilasciato un referto descrittivo degli aspetti generali di salute e in particolare dello stato dell'apparato urogenitale; nel caso si riscontri una patologia a carico di quest'ultimo dovranno essere riportati i suggerimenti per completare gli accertamenti, per le eventuali visite di controllo, nonché le specifiche indicazioni terapeutiche.

B) PROGETTO COMPLETO: (screening di base, diagnosi e cura delle malattie urogenitali del giovane maschio in centri di secondo e terzo livello)

1. In ogni regione sono costituiti i centri provinciali "di primo livello", con i requisiti indicati al punto 1 del progetto semplificato, che svolgono l'attività come nei punti 1-4 del progetto semplificato.
2. Vengono individuati **centri di "secondo livello"** che possono essere anche "interprovinciali", in relazione al numero di strutture presenti; questi hanno l'obiettivo di completare il percorso clinico-diagnostico, ove non sia stato già completato nel centro di primo livello, e attuare il successivo iter terapeutico. Nella fattispecie i centri di secondo livello devono poter disporre anche, qualora sia necessario, di una consulenza endocrinologica, ginecologica, psicosessuologica e la possibilità di effettuare esami del liquido seminale, ematochimici e microbiologici, nonché l'effettuazione dei principali interventi routinari (per varicocele, idrocele, testicolo mobile, asportazione di cisti e/o di masse scrotali compresa l'orchietomia radicale, l'inserimento di protesi testicolare, malformazioni genitali non complesse come circoncisioni, frenuloplastiche, ipospadie lievi, raddrizzamento penieno). Oltre ai compiti suddetti i centri di secondo livello daranno, in casi selezionati, l'indicazione per accedere ai centri di terzo livello per gli interventi ad elevata specializzazione.
3. Vengono individuati **centri "di terzo livello"**, solitamente nel capoluogo e/o nei Centri Ospedalieri Universitari della Regione; in questi centri dovrà essere possibile effettuare percorsi diagnostico terapeutici a elevata specializzazione quali: analisi morfofunzionali e genetiche degli spermatozoi, agoaspirato testicolare, crioconservazione dei gameti, selezione degli spermatozoi, tecniche di prelievo e crioconservazione degli spermatozoi da testicolo ed epididimo, trattamento dell'infertilità di coppia mediante tecniche di procreazione medicalmente assistita, microchirurgia dell'azoospermia ostruttiva.

ASPETTI DA VALUTARE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- contatti politico-organizzativi;
- individuazione congiunta con i reponsabili della sanità regionale e dei Responsabili dei vari centri Urologici e Andrologici di ogni Regione delle sedi di attuazione dei livelli indicati;
- essendo il servizio pubblico ormai sovraccarico utilizzo anche di centri privati per il primo e il secondo livello;
- risorse, tempistica per la valutazione del progetto a 1 e 2 anni e scelta degli indicatori.