

La rivista Multitasking per la donna dalla tua Ginecologa - dal tuo Ginecologo



Sommario

EDITORIALE

BenEssere tutto al femminile	1
La medicina di genere	2
L'importanza del folato in gravidanza	4
L'immunizzazione materna una questione di incompatibilità per il fattore Rh	6
Menopausa. 10 cose da sapere per viverla meglio	10
La violenza sulle donne è possibile fermarla?	14
Obesità in aumento in età fertile i consigli alimentari per contrastarla e favorire il concepimento	16

DIRETTORE SCIENTIFICO

Elsa Viora

DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

CONSIGLIO DIRETTIVO AOGOI

Presidente, Elsa Viora
Past President, Vito Trojano
Vice Presidenti (cooptati), Ezio Bergamini,
Maria Giovanna Salerno

Segretario nazionale, Antonio Chiàntera Vice Segretario, Claudio Crescini

Tesoriere, Carlo Maria Stigliano

Consiglieri, Luigi Alio, Gianfranco Jorizzo, Maurizio Silvestri **Presidente Ufficio legale**, Pasquale Pirillo

Segreteria di Redazione

info@editeam.it

Area commerciale e pubblicità editoria@editeam.it

Copyright © 2019

EDITEAM Gruppo Editoriale

Via del Curato 19/11, 44042 Cento (FE)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368

Progetto grafico

EDITEAM Gruppo Editoriale

Responsabile di Redazione

Piercarlo Salari

Art Director

Dario Battaglia

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore. L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Autorizzazione Tribunale Bologna (in attesa). Finito di stampare nel mese di Aprile 2019.

Periodico in distribuzione gratuita e raccomandata dai ginecologi. La rivista è disponibile anche nei siti web: www.aogoi.it/pianeta-donna-aogoi/ - www.editeam.it



Editoriale

BenEssere tutto al femminile

In una società in cui le fonti di informazione sono molteplici e di immediato accesso una nuova rivista dedicata alla salute delle donne potrebbe apparire superflua: basterebbe fare un salto in edicola o in libreria o più semplicemente connettersi a internet per recuperare notizie, articoli, opinioni e qualsiasi altro spunto. Ma non è così. E per dimostrarlo è sufficiente qualche riferimento ad alcune delle numerose problematiche sotto gli occhi di tutti.

Quando una mamma si sente chiedere il consenso alla vaccinazione contro il papillomavirus della propria figlia, a meno di una propria convinzione già consolidata, avverte la necessità di confrontarsi, chiedere pareri e soprattutto, se possibile, di poter fare affidamento su un'informazione scientificamente autorevole: ha infatti bisogno di decidere in maniera documentata e consapevole.

Esaminiamo un'altra realtà, quella delle adolescenti di oggi, la "generazione Z" delle millennials: si vantano di non avere nulla da imparare in tema di sesso, eppure sono vulnerabili nei confronti delle insidie dei social network e risultano quanto mai esposte al rischio di gravidanze indesiderate, avvio a tossicodipendenze molto più subdole di quelle di un tempo e infezioni genitali in grado di compromettere il loro futuro potenziale riproduttivo.

Lo scenario della violenza sulle donne, che sta sempre più emergendo in tutta la sua drammaticità, l'abnorme ricorso al taglio cesareo, le raccomandazioni utili per affrontare serenamente la menopausa e prevenire gravi malattie quali osteoporosi e tumori sono altri esempi che inducono a riflettere su quanto sia importante mantenere sempre desta l'attenzione e la sensibilità collettiva sulla salute femminile.

"BenEssere Donna" non ha l'ambizione né tantomeno la pretesa di soddisfare questa necessità, ma si propone come una rivista agile, chiara, qualificata e, perché no, gradevole per promuovere conoscenza nella donna attuale, avvezza alle nuove tecnologie, abituata al "multitasking" imposto dalla società odierna, ma bisognosa di notizie rigorose e fonti di informazione autorevoli.

È stata infatti concepita con un'impostazione pratica, diretta, con una veste grafica che semplifica la lettura di articoli mirati, sintetici e di impatto immediato. Ogni nuova iniziativa, malgrado i buoni propositi, è sempre una sfida soprattutto di questi tempi.

L'auspicio di AOGOI e di tutta la Redazione Editeam è di aver creato uno strumento originale, ben accetto e soprattutto utile, destinato, come tutte le cose, a evolversi nel tempo e a diventare un riferimento credibile e affidabile per le donne che potranno consultarla anche nei siti:

www.aogoi.it/pianeta-donna-aogoi/ - www.editeam.it

Toccherà ora a loro il giudizio ma anche il compito, se lo vorranno, di contribuire, attraverso proposte, osservazioni, consigli e suggerimenti, a migliorare e adattare questa rivista alle loro esigenze e aspettative.

Elsa Viora, Presidente AOGOI

la MEDICINA di GENERE

La medicina di genere nasce dalla necessità di un approccio clinico focalizzato sul genere e di una conseguente riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, al fine di garantire equità e appropriatezza delle cure

> Piercarlo Salari Medico e divulgatore scientifico, Milano

È intuitivo pensare che uomo e donna non si distinguano soltanto per l'aspetto fisico ma anche per il "comportamento" delle cellule e dei tessuti: non sorprende perciò che nell'uno rispetto all'altra alcune malattie possano mostrare non soltanto una frequenza, ma anche una sintomatologia e un andamento del tutto diversi.

In Italia la medicina di genere ha cominciato a diffondersi nel 1998 con il progetto dei Ministeri delle Pari opportunità e della Salute "Una salute a misura di donna", che ha dimostrato una sottovalutazione dei problemi della salute delle donne.

Prima di illustrare in sintesi cos'è e di cosa si occupa la medicina di genere è opportuna una premessa: non è la medicina della donna, anche se di fatto nasce dalla necessità di rivedere, o meglio rifondare, la scienza e la pratica medica alla luce delle diversità di genere a livello biologico, fisiopatologico e clinico.

Pensiamo, per esempio, alla ricerca, sia essa di laboratorio o clinica:

in molti casi i protocolli applicati impongono criteri rigidi, che non tengono conto di come maschio e femmina reagiscano "a modo proprio" a particolari stimoli, condizioni ambientali o farmaci oppure si attengono deliberatamente a criteri estremamente selettivi e perciò limitanti.

Eppure è intuitivo pensare che uomo e donna non si distinguano soltanto per l'aspetto fisico ma anche per il "comportamento" delle cellule e dei tessuti: non sorprende perciò che nell'uno rispetto all'altra alcune malattie possano mostrare non soltanto una frequenza ma anche una sintoma-



e appropriatezza

delle cure.

tologia e un andamento del tutto diversi. sistenza sanitaria, al fine di garantire equità

Genere e malattie

L'esempio più eclatante è forse quello dell'infarto miocardico, che è stato a lungo erroneamente considerato una patologia prettamente dell'uomo, nel quale esordisce con un dolore toracico improvviso che si irradia al braccio sinistro: nella donna, invece, si manifesta con difficoltà a respirare, stanchezza, dolore alla schiena, al collo o alle spalle, nausea, sudorazione fredda e capogiri. Sintomi, questi, che possono trarre in inganno e possono spiegare perché l'accesso al pronto soccorso delle donne è di solito più tardivo e con un quadro clinico più serio.



L'importanza della comunicazione

Tra l'altro va precisato che, sulla

donne risultano prescritti più

farmaci a eccezione di quelli

cardiovascolari e che spesso

non vengono correttamente

stimati i fattori di rischio cui

possono essere esposte, a

partire dal fumo di sigaret-

ta. Ci sono poi malattie che nel

sesso femminile registrano una

maggiore incidenza, come quelle

autoimmuni (artrite reumatoide,

lupus), oppure sono in aumento,

come il tumore del polmone (a

seguito dell'aumento dell'abitu-

Ci sono malattie, come l'o-

donne dopo la menopausa,

negli uomini determinano

conseguenze più gravi, op-

pure malattie, come quelle

da infezione virale, che, al

maggiore negli uomini ma

una prognosi peggiore nelle

contrario, hanno un'intensità

steoporosi, che, a dispetto di

una maggiore frequenza nelle

dine al fumo).

donne.

base dei dati statistici, alle

A complicare ulteriormente la realtà concorrono poi i numerosi e variegati fattori legati al rapporto tra medico, uomo o donna, e

paziente, di sesso identico o opposto. Alcuni dati dimostrano che i medici donna tendono a introdurre nella conversazione con il/la paziente molte più informazioni su se stesse, lo stimolano a parlare più liberamente e in modo più intimo e sono più accurate nel recepire e considerare sentimenti e tratti personologici altrui. In compenso per loro è più difficile riconoscere uno stato depressivo, in particolare nei pazienti maschi. I medici uomini tendono invece a prescrivere più farmaci (per esempio i sedativi sono prescritti più spesso da medici maschi a pazienti femmine, mentre si osserva il contrario per gli antidolorifici). Le pazienti donna parlano di più con i medici dello stesso sesso e sono più esigenti per quanto riguarda il tempo dedicato alla visita.

A che punto siamo in

In Italia la medicina di genere ha cominciato a diffondersi nel 1998 con il progetto dei Ministeri delle Pari Opportunità e della Salute "Una salute a misura di donna", che ha dimostrato una sottovalutazione dei problemi della salute delle donne. In tempi più recenti, nel **2017**, a seguito di un riordino strutturale dell'Istituto Superiore

di Sanità (ISS), sono stati creati nuovi Dipartimenti e Centri, tra cui il Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere, con l'obiettivo di promuovere, condurre e coordinare attività in ambito sanitario che tengano conto dei differenti bisogni di salute della popolazione dovuti a differenze di sesso e di genere. Sempre lo scorso anno, il 22 dicembre per l'esattezza, è stata determinante l'approvazione del Decreto Lorenzin, che per la prima volta ha apportato modifiche relative alla sperimentazione clinica e alla comunicazione in considerazione delle differenze di genere. Per quanto riguarda gli strumenti di informazione sono da segnalare una rivista scientifica dedicata, I'"Italian Journal of Gender-Specific Medicine", e la newsletter trimestrale a cura del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, del Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG) e del citato Centro di riferimento ISS; è stata anche aperta una pagina Facebook "sesso, genere e salute", che propone informazioni in maniera semplice e ironica anche attraverso video e vignette, funzionali a un pubblico giovane, che è il target tipico dei social.





La gravidanza è uno stato fisiologico caratterizzato da un accresciuto fabbisogno energetico e vitaminico proprio in riferimento alle richieste del feto, il cui sviluppo impone l'apporto di tutti i macro e micronutrienti. Il ruolo di una corretta, varia ed equilibrata alimentazione in gravidanza è fondamentale, in particolare dal terzo mese, quando, concludendosi il periodo della formazione degli organi interni, il feto va incontro a una fase di sviluppo a dir poco

di sviluppo a dir vertiginosa: basti pensare che nel secondo trimestre la sua lunghezza raddoppia, raggiungendo i 23-24 centimetri, e il suo peso aumenta fino a raggiungere i 700-850 grammi. Se questo è importante affinché la dieta della futura mamma sia adeguata ai fabbisogni imposti dalla gravidanza, un'altra strategia di prevenzione nutrizionale dovrebbe essere attuata possibilmente ancor prima del concepimento.

Si tratta dell'assunzione di **folato**, denominato anche vitamina B9,

Molteplici funzioni essenziali

A prescindere dal suo ruolo in gravidanza, il folato è fondamentale per la corretta sintesi del DNA, ossia per la costituzione del materiale genetico delle cellule, e per la formazione dell'emoglobina, la proteina contenuta nei globuli rossi che trasporta l'ossigeno. In gravidanza, una carenza di folato, spesso associata a quella di altri nutrienti, come per esempio la vitamina B12 e lo zinco, implica una maggiore probabilità non soltanto di malformazioni, ma anche di complicazioni quali ritardo di crescita intrauterina, parto prematuro e alterazioni placentari. La supplementazione con folato possibilmente nella sua forma attiva è quindi fondamentale anche nel secondo

e terzo trimestre.

indispensabile per la corretta formazione del tubo neurale, la componente dell'embrione che darà origine al cervello, alla scatola cranica e alla spina dorsale. "Si tratta quindi di un componente naturale, che deve il suo nome alla presenza nelle verdure a foglia verde e larga (spinaci, broccoli, asparagi, lattuga) e si ritrova anche nei legumi (fagioli, piselli) e in alcuni frutti (arance, fragole e frutta secca)", precisa Enrico Ferrazzi,

Professore Ordinario della Mangiagalli di Milano e

Membro del Comitato
Scientifico della ASM
(Associazione per lo
Studio delle Malfor-

(Associazione per lo Studio delle Malformazioni).

co, Riuscire a coprire il fabbisogno di folato proprio nell'arco del primo mese di gravidanza (quando cioè avviene la formazione e

la chiusura del tubo neurale) non è tuttavia semplice, in quanto spesso la donna in questa fase non è ancora al corrente dell'avvenuto concepimento. Tra l'altro, essendo suscettibile al calore (termolabile), alla luce e all'ossidazione, il folato viene spesso degradato con la cottura e durante la conservazione dei cibi. "Diventa quindi fondamentale la prevenzione primaria, intesa come assunzione orale di folato prima della pianificazione di una gravidanza, possibilmente nella sua forma attiva (quella naturalmente riscontrabile negli alimenti), ossia il metiltetraidrofolato (5-MTHF)".

UNA FASE CRITICA DELLO SVILUPPO FETALE

La mancata chiusura del tubo neurale nel feto comporta gravi malformazioni come la spina bifida e l'anencefalia. La spina bifida è dovuta a una chiusura incompleta della parte inferiore del tubo neurale e può dare luogo a varie possibili conseguenze, di cui le più gravi sono accompagnate da paralisi degli arti inferiori, difficoltà di controllo degli organi interni (intestino e vescica), difficoltà di apprendimento e ritardo mentale.

L'assunzione del folato in gravidanza riduce del 70% il rischio di difetti del tubo neurale e del 20-30% quello di altre malformazioni.

Oggi un numero in costante aumento di evidenze sta dimostrando l'importanza dell'assunzione del folato non solo per la struttura embrionale, ma anche per il ruolo fondamentale nella liberazione di ossido nitrico



(NO) e, di conseguenza, nella creazione delle condizioni ottimali per la vasodilatazione e un'adeguata "sufficienza" placentare.

Il folato, come tutte le vitamine, deve essere necessariamente introdotto con la dieta, in quanto l'organismo non è in grado di fabbricarlo, a parte una minima quantità prodotta dalla flora batterica intestinale. "Un dato di particolare interesse è il fatto che il folato dà luogo alla produzione di piccole molecole, denominate gruppi metilici, che sono fondamentali per spegnere i geni che non servono nelle cellule che via via si differenziano nei vari organi e tessuti" aggiunge Ferrazzi. "Una carenza di folato porta ad una conseguente carenza di gruppi metilici e questo porta l'embrione a faticare per disattivare progressivamente i geni che in ogni contesto non devono essere espressi".

DAL BISOGNO ALL'INTEGRAZIONE

Il fabbisogno di folato nelle prime 4 settimane di gravidanza è circa doppio rispetto a quello abituale (600 microgrammi al giorno contro i 400 microgrammi al giorno per le altre donne in età fertile; 500 microgrammi al giorno nelle nutrici) e spesso non viene soddisfatto dall'alimentazione della donna.

Diventa pertanto fondamentale integrare l'apporto alimentare attraverso la supplementazione con opportuni preparati.

Tra questi va sottolineato che solo il metiltetraidrofolato (5-MTHF) è già immediatamente utilizzabile dall'organismo a differenza dell'acido folico che deve essere trasformato e "attivato": questo rallenta il raggiungimento dei livelli ideali di folatemia.

4

l'immunizzazione MATERNA

una questione di incompatibilità per il **fattore Rh**

Maurizio Silvestri Ginecologo, Spoleto

termine "alloimmunizzazione materna" può sembrare difficile, ma si può spiegare in maniera molto pratica e immediata. Se una madre Rh-negativa concepisce un figlio Rh-positivo ha elevata probabilità di produrre anticorpi contro il fattore Rh i quali, in occasione di una nuova futura gravidanza sempre con un feto Rh-positivo, potrebbero distruggere i globuli rossi di quest'ultimo. La ragione di tutto ciò risiede nel fatto che il nostro sistema difensivo è molto sensibile ed efficiente ma talvolta non è in grado di "valutare" se colpire o no un determinato bersaglio: in questo caso, dunque, il fattore Rh per le nostre cellule immunitarie è un potenziale nemico, alla stregua di un agente patogeno, e stimola la produzione di anticorpi, proprio come avviene in una classica infezione. Alla prima gravidanza, però, non avviene nulla in quanto non c'è il tempo materiale perché tali anticorpi possano agire: le prime immu-

noglobuline prodotte, infatti,

sono IgM che, per la loro dimensione, non riescono a oltrepassare la placenta e raggiungere il feto. Dopo le IgM, però, l'organismo produce IgG che sono in grado di superare la placenta. Ecco perché in occasione di una nuova futura gravidanza i globuli rossi di un eventuale feto Rh-positivo potrebbero essere attaccati e fisicamente eliminati dalle IgG, con esiti disastrosi caratterizzati da anemia, idrope, ittero o kernittero fino alla morte del feto o del neonato subito dopo il parto (malattia emolitica del feto e del neonato, MEFN).

UNA SOLUZIONE C'È

Dopo questa premessa sorge spontanea la domanda: si può fare qualcosa? La risposta, per fortuna, c'è, ed è affermativa: la soluzione è l'immunoprofilassi anti-D, che

ha reso la malattia emolitica del feto e del neonato causata da immunizzazione verso l'antigene D una malattia prevenibile e ha ridotto drasticamente la morbilità e la mortalità. Si tratta in pratica di somministrare alla madre gli stessi anticorpi di cui si vuole prevenire la produzione (IgG anti-D). Le IgG anti-D sono emoderivati ottenuti dal plasma di donatori Rh-negativi con alti livelli circolanti di anticorpi anti-D, dopo immunizzazione volontaria. L'immunoprofilassi anti-D deve essere somministrata entro 72 ore dal parto. Non ci sono importanti controindicazioni e finora non sono mai stati segnalati significativi eventi avversi a carico della madre, del feto o del neonato. Inoltre è garantita la massima sicurezza, grazie alle procedure di controllo a cui vengono attualmente sottoposti i plasmaderivati.

Come avviene l'immunizzazione MATERNA

Il fattore Rh (antigene D) è presente sulla superficie dei globuli rossi fetali a partire dalla settima settimana di gravidanza. Basta una piccola quantità di sangue fetale per determinare l'immunizzazione materna. Il parto rappresenta l'evento immunizzante più frequente in caso di gravidanza Rh-negativa con feto Rh-positivo ma, anche durante la gestazione, si possono verificare emorragie feto-materne misconosciute potenzialmente immunizzanti.

i test DIAGNOSTICI

Tutte le donne in gravidanza devono essere sottoposte ad una serie di indagini per identificare quelle potenzialmente esposte a immunizzazione. La prima indagine è la tipizzazione eritrocitaria ABO/Rh (gruppo sanguigno e fattore Rh), da effettuarsi possibilmente sin dalla prima visita ostetrica o entro il primo trimestre. È raccomandato almeno un ulteriore controllo su un nuovo campione di sangue quale conferma, al fine di non incorrere nel possibile (e purtroppo non raro) errore dovuto a uno scambio di provette e/o ad errata etichettatura. L'altra indagine essenziale da eseguire sempre entro il primo trimestre, è il Test di Coombs indiretto. A 28 settimane di gestazione, il Test di Coombs indiretto deve essere ripetuto a tutte le donne, indipendentemente dal loro Rh.

La verifica del **buon esito** dell'immunoprofilassi

Per valutare l'efficacia dell'immunoprofilassi post-natale è necessario eseguire di nuovo il Test di Coombs indiretto nella donna sei mesi dopo il parto: l'eventuale positività del test sierologico, a questa epoca, non sarà sicuramente più imputabile alla presenza delle IgG passivamente introdotte dopo il parto ma testimonierà l'esistenza di un'immunizzazione attiva e dunque di una condizione di rischio in caso di una possibile gravidanza futura.

LA DETERMINAZIONE DEL **FATTORE Rh FETALE**

Attraverso il NIPT (Non Invasive Prenatal Test) è possibile anche determinare il fattore Rh fetale con un specifico esame effettuato sul sangue materno durante la fine del primo e l'inizio del secondo trimestre di gravidanza. Il test è indicato in gestanti Rh-negativo e

STRATEGIE DIFFERENTI dell'immunoprofilassi ANTI-D:

prenatale e post-natale

L'immunoprofilassi anti-D va somministrata alle gestanti Rh-negative:

In occasione di qualsiasi evento che durante la gravidanza possa favorire un'emorragia feto-materna: diagnosi prenatale invasiva (amniocentesi, funicolocentesi, villocentesi), revisione della cavità uterina, embrioriduzione di uno o più feti, terapia fetale, traumi addominali diretti, indiretti aperti o chiusi, versione cefalica esterna, emorragia ante-partum, morte intrauterina fetale, interruzione volontaria di gravidanza (con metodi chirurgici e/o medici) aborto spontaneo completo o incompleto seguito da revisione strumentale della cavità uterina, indipendentemente dall'età gestazionale.



Alla 28^a settimana di gravidanza (immunoprofilassi antenatale sistemica): Emorragie fetomaterna cosiddette silenti possono avvenire spontaneamente durante la gravidanza e l'immunizzazione, connessa a queste microemorragie spontanee occulte, può essere prevenuta dall'immunoprofilassi prenatale sistemica effettuata alla 28° settimana di età gestazionale (27 o 29 settimane di età gestazionale se per motivi organizzativi non è possibile eseguirla a 28 settimane).

Dopo il parto di un neonato Rh-positivo.

Se una donna Rh-negativa non riceve l'immunoprofilassi anti-D dopo la nascita di un neonato Rh-positivo, l'incidenza di immunizzazione è pari al 12-16%, paragonata all'1,6-1,9% delle madri che vengono sottoposte a immunoprofilassi dopo il parto. Una profilassi anti-D prenatale di routine, eseguita in aggiunta a quella dopo il parto, riduce ulteriormente il rischio di immunizzazione allo 0,2% nelle donne Rh-negative che partoriranno un neonato Rh-positivo.

partner Rh-positivo; se il feto è Rh-negativo la gravidanza non è a rischio di MEFN, pertanto può essere evitata l'immunoprofilassi prenatale sistemica e la somministrazione di immunoglobuline anti-D in presenza di eventi immunizzanti.

Una problematica ancora attuale

In epoca antecedente l'introduzione dell'immunoprofilassi anti-D la malattia emolitica del neonato secondaria a immunizzazione Rh colpiva l'1% dei neonati e causava la morte di 1 bambino ogni 2.200 nati. Nonostante la notevole riduzione dell'incidenza, l'alloimmu-

nizzazione materna rimane la causa più frequente di anemia fetale, la cui incidenza è stimata in 0,4 casi ogni mille nascite. Sono responsabili del suo persistere: errori nel trattamento trasfusionale della donna in età fertile, immunizzazione anti-D in corso di gravidanza (interessa circa l'1 % delle donne Rh-negative madri di un feto Rh-positivo), inefficacia dell'immunoprofilassi per una somministrazione non congrua all'entità dell'emorragia feto-materna, mancata somministrazione dell'immunoprofilassi (in aumento per l'incremento dei flussi migratori) ed errori nella tipizzazione del fattore Rh della gestante gravida, della puerpera, del neonato.

Che cos'è il microbiota intestinale? ••••••••••••

Comunemente conosciuto come "flora batterica intestinale", si tratta di un complesso insieme di miliardi di microrganismi, per lo più batteri, che popola il nostro intestino e svolge una serie di funzioni essenziali per il benessere del nostro organismo.



LO SAPEVI CHE ...?

Il microbiota è coinvolto anche nella regolazione del livello di estrogeni circolanti nell'organismo.

Quando si può verificare una disbiosi intestinale?

Tra i fattori che possono contribuire a generare la disbiosi vi sono:

- Alimentazione sbilanciata (uso eccessivo di grassi, zuccheri, carni rosse ed insaccati in genere, carenza di frutta e verdura, abuso di alcolici)
- Stress
- Avanzamento dell'età
- Malattie
- Utilizzo di alcuni farmaci, per esempio gli antibiotici

LO SAPEVI CHE ...?

Secondo uno studio del 2016, pubblicato sul Journal of Antimicrobial Chemotherapy, la quantità di antibiotici prescritta alle donne è in media il 27% più alta rispetto agli uomini. (Schröder et al; J Antimicrob Chemother. 2016 Jul;71(7):1800-6)

Quali sono le funzioni più importanti del microbiota intestinale?

Quando i batteri che costituiscono il microbiota vivono in equilibrio:

- Assicurano la regolarità intestinale
- Promuovono la corretta assimilazione degli alimenti
- Producono vitamine ed altre sostanze importanti per la salute dell'intestino
- Regolano la funzione del sistema immunitario

LO SAPEVI CHE...?

Un'alterazione del microbiota intestinale materno durante la gravidanza, l'allattamento o in entrambe le circostanze, si ripercuote sulla flora batterica della prole.

In caso di disbiosi, per prevenire le alterazioni a carico del sistema immunitario, Può essere utile impiegare anche la vitamina B6, che contribuisce proprio alla sua normale funzionalità

Che cosa sono i probiotici? E per quale motivo vengono comunemente utilizzati in caso di disbiosi?

Il termine **probiotico** deriva dal greco "pro-bios", che significa "a favore della vita". Vi è quindi già nel nome una prima indicazione del loro ruolo: si tratta di microrganismi vivi che, quando somministrati in adequate quantità, conferiscono un beneficio alla salute del nostro organismo.

I probiotici sono particolarmente utili in caso di disbiosi, perché favoriscono l'equilibrio della flora intestinale.

LO SAPEVI CHE ...?

Le comunità microbiche che vivono nel nostro corpo variano così tanto da individuo a individuo, da rappresentare una sorta di "impronta digitale" della persona.

Che cosa si intende per disbiosi intestinale e quali sono i sintomi?

Quando si altera il delicato equilibrio tra i batteri del microbiota si parla di disbiosi.

I sintomi classici della disbiosi sono:

- Gonfiore addominale
- Coliche gassose nel bambino
- Platulenza
- Alterazioni dell'alvo (diarrea o stitichezza)
- Stanchezza cronica
- Disagio e malessere generale

Mentre tra i sintomi meno conosciuti ci sono:

- Infezioni urinarie
- Alleraie
- Alterazioni della funzionalità del sistema immunitario



LO SAPEVI CHE...?

Non tutti i probiotici sono uguali. I diversi prodotti in commercio contengono infatti microrganismi diversi, ciascuno con peculiari caratteristiche e proprietà.







- || Bifidobacterium lactis (BB-12®) al mondo: è descritto in oltre 300 Pubblicazioni, di cui più di 130 sono studi condotti sull'uomo
- È in grado di giungere vivo e vitale nell'intestino e di colonizzarlo
- Favorisce l'equilibrio del microbiota ed in tal modo può contribuire a migliorare la funzionalità intestinale



Il Cranberry è utile per favorire la fisiologica funzionalità delle vie urinarie.



Il Cranberry è un piccolo arbusto di origine nordamericana che produce un frutto rosso dal sapore acido, già utilizzato da socoli per le sue preprie utilizzato da secoli per le sue proprietà

Il Cranberry agisce impedendo ai batteri di aderire alle pareti delle vie urinarie, grazie alla presenza delle proantocianidine di tipo A (PACs); queste ultime, infatti, aderiscono ai filamenti dei batteri, impedendo loro di fissarsi alle pareti, ed evitando in questo modo la loro crescita.





MENOPAUSA cose da sapere per viverla meglio

Mario Gallo, Silvia Maffei*, Maria Concetta Pandolfo*

Presidente SIGITE (Società Italiana di Ginecologia della Terza Età) SIGITE: Società affiliata AOGOI *Vice Presidente SIGITE e Direttivo SIGITE

comunque in

Oggi la Medicina è sempre più proiettata alla prevenzione: non soltanto nell'intento di ridurre i costi assistenziali, sempre più gravosi, ma anche di ridurre l'impatto delle malattie croniche, che rappresentano la vera sfida da affrontare, e migliorare la qualità di vita. La prevenzione, però, non può prescindere dalla conoscenza del nostro organismo e delle buone norme comportamentali per mantenerlo in salute. In tale contesto si inseriscono, e restano sempre attuali, le raccomandazioni "Menopausa, istruzioni per renderla migliore in 10 punti" presentate, con il patrocinio dell'AOGOI, alla 3º Giornata Nazionale della Salute della donna tenutasi a Roma presso il Ministero della Salute (possono essere scaricate gratuitamente dal sito www.sigite.eu).

Si tratta di una piccola guida che richiama l'attenzione sugli aspetti essenziali di questo momento delicato e importante della fisiologia femminile e propone suggerimenti pratici. Riassumiamoli e commentiamoli insieme.

L'importanza della storia clinica

È importante esaminare il profilo di rischio personale sulla base dei seguenti elementi: età, età al momento della menopausa o tempo trascorso dal suo inizio, eventuali problematiche emerse nel corso del tempo a seguito dell'utilizzo di terapie ormonali, rischio cardiovascolare, metabolico, oncologico, osteoporotico e cognitivo.

Altrettanto necessario è valutare i sintomi correlati alla menopausa che potrebbero avere un impatto negativo sulla qualità di vita, come sintomi vasomotori, disturbi del sonno, atrofia vaginale, dispareunia (dolore ai rapporti sessuali) e/o diminuita libido.

Indagini diagnostiche

Per età superiore ai 45 anni e in presenza di sintomatologia vasomotoria non è necessario eseguire particolari esami diagnostici se il ciclo è assente da almeno 1 anno; nelle donne di età inferiore ai 45 anni con sospetta insufficienza ovarica prematura o menopausa precoce utile eseguire alcuni dosaggi ormonali (FSH ed estradiolo, TSH, prolattina, ormone anti-mulleriano).

Screening per le malattie in età avanzata

La donna dovrebbe partecipare ai programmi di screening per carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon e sottoporsi a valutazione del rischio cardiovascolare metabolico e osteoporotico (soltanto se necessario è opportuna l'esecuzione di ecografia pelvica, densitometria ossea ed eventuali esami del sangue).

Stile di vita

È importante mantenere un corretto stile di vita, basato su sana alimentazione, attività fisica e riduzione delle abitudini voluttuarie (fumo, alcol) sono strategie terapeutiche.

Trattamento della sintomatologia vasomotoria

Non tutte le donne soffrono di disturbi vasomotori in menopausa: il 75% delle donne hanno vampate di calore nel periodo perimenopausale e solo il 25% di queste è sintomatica per più di 5 anni; una più intensa sintomatologia vasomotoria è legata a una maggior sensibilità cerebrale al calo degli estrogeni e si associa a un aumento del rischio di alcune malattie croniche nel lungo termine (malattie cardiovascolari, osteoporosi). In presenza di sintomatologia vasomotoria moderata/severa o

grado di interferire con la qualità della vita della donna, se non ci sono controindicazioni, è indicata la terapia ormonale sostitutiva alla più bassa dose efficace di estrogeno e di progestinico (nelle donne con utero). In alternativa si possono prendere in considerazione fitoterapia (fitoestrogeni, cimicifuga racemosa, estratti di polline, resveratrolo), agopuntura, omeopatia, tecniche di medicina complementare (reflessologia, yoga, Tuina) e integrazione nutraceutica con vitamine, minerali oltre a DHEA e melatonina.

La sindrome genito-urinaria

La sindrome può essere caratte-L'osteoporosi è un disordine scheletririzzata da secchezza, bruciore e co caratterizzato da alterazione della irritazione vaginale; sintomi sessuali densità e qualità dell'osso che predida ridotta lubrificazione, disagio o spone ad un incremento del rischio di dolore; sintomi urinari di urgenza, fratture. La terapia ormonale sostitudisuria (difficoltà alla minzione), intiva, che è il trattamento di scelta per fezioni ricorrenti delle vie urinarie le donne affette da sintomatologia e non facilmente riconoscibile menopausale di età inferiore a 60 in perimenopausa. anni o entro i 10 anni dall'inizio della menopausa, è in grado di ridurre il rischio di sviluppare osteopenia (riduzione della massa ossea) e osteoporosi e dunque il rischio di fratture osteoporotiche. La sua sospensione determina la ripresa di perdita di tessuto osseo estrogeno-correlata. Le terapie non ormonali per l'osteoporosi sono parte integrante della prevenzione delle fratture osteoporotiche attraverso strategie mirate a ridurre le cadute, a mantenere

> Menopausa precoce e insufficienza ovarica prematura

un'adeguata massa muscolare e a

promuovere una corretta assunzione

Particolare attenzione va posta alle donne in menopausa precoce (età inferiore ai 40 anni) o con insufficienza ovarica prematura rispetto a quelle che raggiungono la menopausa a un'età

di calcio e vitamina D.

media di 51,3 anni. I rischi dovuti ad un uso di terapia ormonale sostitutiva in queste giovani donne sono minori e i benefici potenzialmente superiori. La terapia ormonale va proseguita fino all'età media della menopausa (51 anni),

La terapia dovrebbe essere iniziata tempestivamente e prima che si consolidi l'atrofia vaginale e va protratta nel tempo per mantenere i benefici. Se la sintomatologia è soltanto di tipo genito-urinario, vi è indicazione alle preparazioni estrogeniche topiche o alla terapia orale non ormonale, quale l'Ospemifene. L'utilizzo di tecniche di biostimolazione, quali il Laser vulvo-vaginale, sembra essere una tecnica promettente e sono attualmente in

Preservare lo scheletro e la salute muscoloscheletrica

corso ulteriori verifiche.

Il rapporto beneficio-rischio per ogni singola donna cambia concaratteristiche della singola donna.

per poi valutare l'opportunità di continuarla in base al rapporto beneficio/rischio per la singola

Perimenopausa: quale metodo contraccettivo?

Non esistono metodi contraccettivi controindicati in rapporto alla fascia di età. Nelle donne di età superiore ai 40 anni la prescrizione dovrebbe seguire i criteri di impiego e le preferenze della donna.

Follow-up e valutazioni cliniche successive

tinuamente in relazione ai fattori di rischio che, nel tempo, ella può esprimere, in relazione all'età ed ai sintomi correlati alla menopausa con un possibile impatto negativo sulla qualità della vita. Non ci sono indicazioni ad un incremento dei controlli mammografici e Pap test nelle donne in terapia ormonale sostitutiva. Altri esami di controllo (ematochimici, ecografia pelvica transvaginale, densitometria ossea) vengono consigliati in rapporto alle

Attività della

La "Società Italiana di Ginecologia della Terza Età" (S.I.Gi.T.E.) è un'Associazione senza fini di lucro a carattere culturale, scientifico e didattico, nata nel 1991 a Palermo con lo scopo di:

- studiare i problemi medici, psicologici e sociali legati alla donna nella terza età
- programmare campagne preventive-educazionali per il miglioramento della qualità della vita della donna in menopausa e terza età
- favorire lo scambio di informazioni tra gli specialisti ginecologi
- incentivare l'attività didattica nel campo della Ginecologia della terza età
- svolgere attività di studio e di ricerca sui farmaci utilizzabili nella Ginecologia della terza età
- favorire i contatti con altre Società, Associazioni e Istituzioni.



Spegnere i disturbi della menopausa

La menopausa è una fase della vita femminile, correlata al termine dell'attività ovarica.

Soltanto in una minoranza di casi essa decorre senza sintomi: in circa quattro donne su cinque si manifestano invece vampate di calore, sudorazioni notturne, alterazioni del sonno, disturbi dell'umore, nervosismo e irritabilità.

Oltre poi ad atrofia vaginale, calo della libido e osteoporosi.

La durata di questi fastidiosi sintomi della menopausa è stimata essere di circa 8-12 anni: si spiega così la frequente richiesta di consulti medici che continueranno ad aumentare.

Si consideri infatti che entro il 2030 le donne in menopausa in tutto il mondo saranno più di 1,2 miliardi. Si pone pertanto la questione di come affrontare questi disturbi che nel 50-85% delle volte sono gravi e perfino invalidanti, al punto da richiedere il ricorso alla terapia ormonale sostitutiva o ad altri farmaci, con tutti i relativi effetti indesiderati.

Cosa si può fare, però, in caso di controindicazioni, o rifiuto all'impiego di questi trattamenti, che talvolta rischiano di "medicalizzare" la menopausa considerandola quasi una malattia piuttosto che un momento

Una possibile soluzione clinica efficace e sicura è Remifemin®, estratto isopropanolico del rizoma di Cimicifuga racemosa, nutraceutico impiegato dal 1956.

UN MECCANISMO D'AZIONE PECULIARE E VARIEGATO

Due elementi caratterizzano l'estratto di Cimicifuga racemosa e rendono ragione della sua efficacia: innanzitutto un meccanismo d'azione alquanto complesso e articolato, al punto che, come documenta l'ampia letteratura scientifica, potrebbe essere paragonato a quello di un farmaco; in secondo luogo - e questo è ancor più sorprendente, trattandosi di un preparato naturale - va sottolineato che l'effetto è diretto selettivamente a più strutture:

• il sistema nervoso centrale, dove il principio interviene a livello di differenti circuiti di neurotrasmettitori preposti alla regolazione della temperatura corporea,

dell'umore e del sonno (oppioidi, serotonina, acido gamma-aminobutirrico e dopamina), migliorando così i disturbi neurovegetativi,

- il tessuto mammario, dove svolge attività protettiva,
- il tessuto osseo, dove ostacola i processi di riassorbimento che conducono all'osteoporosi.

Va inoltre sottolineata l'assenza di interferenze sugli ormoni sessuali (per esempio estrogeni) e conseguentemente di effetti a livello uterino e vaginale.

EFFICACIA SUI SINTOMI CLIMATERICI

Remifemin® senza svolgere alcuna attività di tipo ormonale, comporta un notevole miglioramento dei disturbi neurovegetativi e psichici: come emerso da uno studio su oltre 620 donne, la sua azione si è manifestata nel 75% dei casi già dopo 4 settimane di trattamento e dopo 8 settimane è stata riscontrata in oltre l'80% delle donne. Altri studi hanno confermato una drastica riduzione dell'intensità della sintomatologia, un'efficacia paragonabile a quella del tibolone (un farmaco ad azione ormonale), con una minore incidenza però di effetti indesiderati, e a quella dell'estradiolo a basso dosaggio per via transdermica.

SINTOMI	scomparsi	migliorati	a fine cura
Vampate di calore	46,1%	36,5%	86,6%
Sudorazione profusa	43,3%	30,7%	88,5%
Cefalee	49,9%	43,3%	81,9%
Vertigini	45,7%	38,6%	86,8%
Palpitazioni	35,2%	36,2%	90,4%
Ronzii auricolari	54,6%	51,6%	92,9%
Nervosismo-irritabilità	54,8%	35,8%	85,6%
Insonnia	42,4%	38,1%	76,8%
Stati depressivi	46,0%	43,2%	82,5%

Efficacia di Remifemin® sui sintomi climaterici: studio su 629 pazienti (Stolze H. An alternative to treat menopausal complaints. Gyne, 1982; 114-16).

Anche le pazienti con cancro al seno, in trattamento con terapie endocrine, spesso sviluppano una sindrome climaterica iatrogena che compromette la qualità di vita e riduce la compliance alla terapia oncologica.

In queste donne non è raccomandata la terapia con estrogeni e Remifemin®, fra i vari prodotti fitoterapici a base di Cimicifuga racemosa, è raccomandato dall'EMA (European Medicines Agency) ed ha ottenuto il massimo livello di evidenza e grado di raccomandazione per sicurezza ed efficacia.

Gli studi presenti in letteratura dimostrano l'efficacia di Remifemin® nel controllare tutti i sintomi della sindrome climaterica iatrogena da terapia ormonale oncologica, lasciando inalterati i valori ormonali delle pazienti.

SICUREZZA

Quando si parla di terapie, il concetto di sicurezza si spinge ben oltre il significato normalmente attribuito a questo termine: non contano soltanto, infatti, gli eventuali effetti indesiderati, ma bisogna tenere in considerazione anche numerosi fattori, come il particolare assetto ormonale associato alla menopausa, le modificazioni fisiologiche dell'organismo, la possibile presenza o comparsa di patologie e assunzione di altri farmaci. Remifemin® si è rivelato sicuro in donne con fibromi uterini, dei quali ha ridotto il volume in media del 30%, o in trattamento con analoghi del GnRH dopo trattamento chirurgico per endometriosi; non ha aumentato la densità del seno e la proliferazione delle cellule mammarie (al contrario blocca la proliferazione dei tumori ER+, svolgendo un effetto protettivo sul cancro al seno), lo spessore endometriale, gli ormoni e i lipidi nel sangue. In altre parole Remifemin® può essere impiegato anche in caso di malattie importanti o di terapie con farmaci ormonali o antineoplastici (inibitori dell'aromatasi).

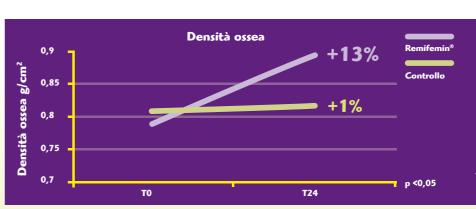


ASPETTI CONCLUSIVI

Per chi ha dimestichezza con il mondo del farmaco potrebbe sembrare inconsueto scoprire che un estratto vegetale vanti un corteo di effetti così eterogeneo. Eppure in questa storia di oltre 60 anni, caratterizzata da un progressivo miglioramento della qualità e degli standard produttivi, la letteratura scientifica su Cimicifuga racemosa si è notevolmente arricchita, comprovando con ampie casistiche il favorevole rapporto costo/beneficio e la sicurezza nell'impiego a lungo termine. Promettente si delinea anche il futuro, in cui la ricerca si impegnerà ad approfondire i meccanismi d'azione e a valutare altre possibili indicazioni di impiego di Remifemin[®], per esempio nella profilassi della recidiva del cancro al seno e nel miglioramento di fratture da osteoporosi. Si può quindi affermare che, alla luce dei dati e delle

esperienze, Remifemin® rappresenta la migliore alternativa alla terapia ormonale sostitutiva. La posologia consigliata è di una compressa due volte al giorno (mattino e sera), da assumere con acqua a stomaco pieno. In caso di sintomatologia severa è possibile rad-

doppiare il dosaggio a 2 compresse due volte al giorno. Come già riportato, gli effetti di Remifemin[®] si rendono evidenti già dopo 3-4 settimane ed è anche possibile un trattamento prolungato.



Impatto favorevole di Remifemin® sulla densità ossea (studio su 60 donne sottoposte a isterectomia per carcinoma dell'endometrio; Li W et al. Cimicifuga racemosa for treatment of menopausal symptoms in patients with early endometrial cancer after operation. Academic Journal of Second Military Medical Univ 2012; 33: 562-564).

la violenza sulle donne è possibile fermarla?

Occuparsi dell'assistenza alla donna violentata costituisce parte integrante della professionalità dei ginecologi, che hanno la responsabilità di salvaguardare la salute della madre e del nascituro.

Per molto tempo si è trattato di situazioni che restavano per lo più nell'ombra e che, anche una volta emerse, non venivano considerate di interesse medico, e si facevano invece appartenere alla sfera sociale o psicologica. Negli ultimi 20 anni, però, il problema della violenza sulle donne è stato riconosciuto universalmente come un problema di salute pubblica e ha ricevuto una sempre maggiore attenzione da parte di importanti organismi internazionali. Nel 1993 l'ONU ha definito la violenza contro le donne come "ogni atto che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o ingeneri sofferenza in una donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà, tanto nella vita pubblica che in quella privata".

Nel 1996 l'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) ha deciso di adottare definitivamente questa definizione. I dati dell'OMS stimano che nel mondo almeno una donna su tre sia stata picchiata o abusata sessualmente nel corso della propria vita, e che una su quattro sia stata vittima di una forma di violenza durante la gravidanza. La violenza domestica risulta essere la prima causa di morte in Europa per le donne comprese tra 15 e 44 anni (Consiglio d'Europa, 2004) e la seconda

causa di morte materna nel mondo. Chi commette violenza è il partner o l'ex partner nella gran maggioranza dei casi: in gravidanza questo accade nel 90% ed oltre.

Un fenomeno sommerso e sottotaciuto

Per quanto grave e diffuso ancora oggi il fenomeno della violenza sulle donne non emerge nella sua interezza. La violenza subita, soprattutto tra le mura domestiche, continua spesso a rappresentare per la società moderna un tabù. E anche la vittima, per vergogna o per paura, preferisce per lo più tacere. La figura

del medico, e in particolare del ginecologo e dell'ostetrica, può però rappresentare un importante punto di riferimento per le donne vittime

di violenza. Gli operatori sanitari, infatti, sono coloro che hanno maggiori possibilità di individuare il fenomeno sommerso, se adeguatamente forniti di strumenti e di conoscenze, perché sono quelli a cui la donna si rivolge, anche se con richieste che hanno spesso bisogno di essere decodificate. Occuparsi dell'assistenza alla donna violentata

costituisce parte integrante della nostra professionalità, anche se rimane ancora oggi trascurata nei programmi di formazione. Si tratta invece di salvaguardare la salute delle nostre pazienti, perché la violenza non rappresenta solo un fattore di disagio sociale e psicologico, ma un evento che comporta importanti ricadute sulla salute della donna

e del bambino.

La realtà NAZIONALE

In Italia la principale fonte di informazioni è rappresentata dall'ISTAT: l'indagine sulla sicurezza dei cittadini condotta telefonicamente nel 2002 su un campione di oltre 20.000 donne, mostrava come nel 79,3% dei casi denunciati, la violenza sessuale era

avvenuta tra le mura domestiche e l'autore fosse nella maggior parte dei casi il partner. Un'ulteriore indagine pubblicata dall'ISTAT nel 2007mostrava come le donne che avevano subito una qualche forma di violenza raggiungevano il 31% (1 su 3) e quasi il 5% quelle che avevano subito uno stupro o un tentato stupro.

Ricordiamo che si tratta certamente di una sottostima del reale fenomeno, dal momento che solo l'8,4% degli stupri e il 5,8% degli stupri tentati vengono denunciati.

La denuncia, inoltre, avviene più frequentemente se l'atto è stato compiuto da persone estranee (18,6%), mentre i familiari vengono in qualche modo protetti.

È sorprendente come il 6,6% di questo campione di donne dichiari che la violenza sia avvenuta prima dei loro 16 anni: e ancora il fatto che solo il 18,2% consideri quello che è accaduto "un reato", mentre il 44% lo reputa "qualcosa di sbagliato" e il 36% "qualcosa che è accaduto". Infine il 33,9% non parla con nessuno.

La violenza durante la GRAVIDANZA

È opinione diffusa che la gravidanza risulti in qualche modo protettiva nei confronti della violenza e dei maltrattamenti: esiste invece una corposa letteratura in grado di dimostrare con evidenza che la violenza non risparmia la donna neppure durante questa fase della vita e, anzi, può cominciare o inasprirsi proprio in questo periodo. Secondo i dati, il 30% dei maltrattamenti hanno inizio proprio in gravidanza, specie nel secondo e terzo trimestre, che il 69% delle donne maltrattate prima della gravidanza continuano a subire maltrattamenti e che nel 13% dei casi si assiste anzi ad un intensificarsi ed aggravarsi degli episodi. La violenza in gravidanza assume un particolare rilievo in quanto le persone offese sono due: la donna ed il feto. Sulla madre il rischio maggiore è ovviamente rappresentato dalla morte, che rappresenta un'evenienza da non sottovalutare. Ci sono poi tutti gli effetti dei traumi provocati, che si presentano con una frequenza minore solo a quella dei traumi stradali.

Iperemesi gravidica, algie pelviche e infezioni del tratto urinario sono condizioni di patologia materna, che si associano frequentemente all'abuso. Per quanto riguarda gli effetti sul feto, anzitutto l'incidenza di minaccia di aborto, in particolare poliabortività, ma anche rottura d'utero, distacco di placenta, parto pretermine, morte fetale, corionamniotite e preeclampsia. È chiaro che è necessario rompere il muro del silenzio che sta attorno a questo fenomeno. tutt'altro che raro anche nella nostra civile società occidentale: questo significa che ciascuno deve fare la sua parte e i servizi sanitari, specie quelli che si occupano di riproduzione, devono farsi carico del problema ed entrare a far parte di una rete strutturata nel territorio attraverso la quale sia possibile trovare delle risposte. Abbiamo visto il contributo dato dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), anche attraverso il proprio sito: continuano a crescere inoltre sul territorio "case rifugio" e "case di accoglienza" per donne che soffrono di violenza domestica, mentre il Ministero delle Pari Opportunità ha istituito già da alcuni anni un numero verde (1522) attraverso il quale si possono conoscere tutte le possibili soluzioni presenti sul territorio.

IL GRUPPO VIOLENZA



L'AOGOI ha cominciato a occuparsi delle problematiche relative alla violenza sulle donne già 10 anni fa, istituendo un gruppo di lavoro con rappresentanza nazionale, in prevalenza costituito da ginecologi, ma che ha visto la partecipazione anche di medici legali e pediatri con la finalità di promuovere una cultura su queste tematiche. Il gruppo ha studiato un percorso formativo da proporre nelle strutture ospedaliere con lo scopo di sensibilizzare il personale al problema della violenza e del maltrattamento su adulte e minori, e si sono tenuti corsi in ogni parte del nostro Paese. È stato anche pubblicato un volume a titolo "Violenza contro le donne - Compiti e obblighi del ginecologo" coordinato da Valeria Dubini (Editeam, 2010). Sono state stilate le cartelle cliniche che il ginecologo può utilizzare in caso di violenza e concordato un protocollo di intervento (farmaci antibiotici, pillola del giorno dopo, prelievi per ricerca infettivologica e ricerca DNA) da conservare in kit in tutte le strutture che si occupano di questo problema. Approfondimenti sulle attività del gruppo sono disponibili all'interno del sito web dell'AOGOI www.aogoi.it, nel quale è possibile anche reperire le informazioni relative all'assistenza quali cartelle, kit e materiale informativo e legislativo. Il primo congresso nazionale AOGOI interamente dedicato al tema della violenza sulle donne si è tenuto a Firenze l'8 Marzo del 2003 permettendo così un confronto sulle diverse esperienze.

OBESITÀ IN AUMENTO IN ETÀ FERTILE

i consigli alimentari per contrastarla e favorire il concepimento

Sono in aumento le donne obese in età fertile, con rischi più elevati di aborto e disturbi della fertilità. È quanto emerge da una recente indagine promossa dall'Osservatorio Grana Padano e coordinata dall'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) Lombardia. La ricerca è stata condotta su un campione di 1.481 donne in età fertile tra 30 e 42 anni, di cui ha valutato abitudini alimentari e stile di vita. Innanzitutto è emerso che la diffusione dell'obesità in questa fascia d'età è circa doppia rispetto alla popolazione generale, sfiorando il 20%. Il 75% delle donne intervistate ha dichiarato di non svolgere alcun tipo di attività fisica regolare, presentando un peso e un indice di massa corporea (rapporto tra peso e altezza) più elevati rispetto a quelli delle donne più attive. Si tratta di risultati sorprendenti sia perché questo scenario era fuori da ogni aspettativa sia perché le sane abitudini di vita sono doppiamente importanti per le donne che desiderano un figlio: una corretta alimentazione favorisce l'ovulazione e il concepimento e riduce il rischio di malattie croniche anche gravi nel feto, quali diabete, obesità, patologie cardiovascolari, tumori e malattie mentali. Le donne obese, inoltre, vanno incontro a un più elevato rischio di aborto durante la fecondazione assistita e sono maggiormente afflitte da disturbi della fertilità (come per esempio l'ovaio policistico), problematiche che risulterebbero più evidenti in coloro che presentano, come gran parte delle donne obese esaminate nella ricerca, un'obesità di tipo centrale, caratterizzata cioè da accumulo di grasso a livello

addominale, con depositi sia sottocutanei, sia a livello degli organi. Va anche detto, però, che una donna obesa, grazie ad una dieta specifica e all'esercizio fisico, può arrivare rapidamente ad un considerevole calo di peso, che favorirebbe l'aumento del tasso di ovulazione spontanea, con conseguente maggiore facilità di concepimento. I micronutrienti, tra cui minerali e vitamine, come l'acido folico, molto importante nel periodo preconcezionale e durante i primi mesi di gravidanza, sono fondamentali nella regolazione dell'apparato riproduttivo ma purtroppo i dati della ricerca hanno documentato alcune carenze significative. L'apporto giornaliero medio di ferro, per esempio, è insufficiente (10 mg al giorno, contro i 18 mg auspicabili) a compensare i fabbisogni della donna, predisponendola all'anemia. Anche il consumo d'acqua, circa un litro al giorno, risulta essere il 30% in meno della quantità raccomandata. Da qui il consiglio di una dieta appropriata e, in particolare, di assumere vitamina D e calcio, due componenti introdotti dalle donne dell'indagine in quantitativi giornalieri insufficienti 3,63 µg contro un apporto consigliato di 10 µg per la vitamina D e 736 mg di calcio contro un apporto consigliato 800-1.000 mg al giorno. La corretta assunzione di calcio e vitamina D è oltretutto utile a prevenire l'osteoporosi, patologia che può presentarsi o accentuarsi in gravidanza, specie in soggetti predisposti, perché questo è il momento in cui le richieste di calcio quasi raddoppiano per la formazione delle ossa del nascituro, arrivando ai 1.500 mg al giorno.

CONSIGLI DIETETICI

- Praticare regolarmente attività fisica, anche semplicemente camminando a passo sostenuto (4 km all'ora).
- Tenere sotto controllo il peso.
 Consumare pesce 2-3 volte a settimana.
- Spremere del limone sulla verdura, per assimilare il ferro in essa contenuto.
- Assumere 2 porzioni di verdura e 3 di frutta al giorno.
- Scegliere proteine di origine vegetale 2-3 volte a settimana, soprattutto legumi (ricchi di ferro).
- Bere almeno 1,5 litri di acqua al giorno, preferendo le acque minerali ricche di calcio.
- Assumere formaggio (50 g al giorno), preferendo quello stagionato a pasta dura, a scaglie o anche grattugiato sul primo piatto o nella preparazione dei cibi.
- Consumare una porzione di latte o di yogurt al dì.
- Utilizzare alimenti integrali, come pane e fette biscottate. Moderare i grassi di origine animale.
- Controllare l'apporto di zuccheri semplici, che alzano la glicemia e aumentano il rischio di diabete.
- Usare olio extravergine d'oliva a crudo per condire, possibilmente dosandolo con un cucchiaio.

"Una cicogna per la Sclerosi Multipla" il progetto per le mamme!

Mamma con la Sclerosi Multipla: oggi si può

Avere un figlio anche se si è affette da Sclerosi Multipla. Innanzitutto è importante parlare con il proprio neurologo e ginecologo per dissipare dubbi e paure.

La ricerca scientifica, quella farmacologica e l'innovazione terapeutica hanno fatto grandi passi avanti. Oggi la possibilità di diagnosi e trattamento precoci, l'approccio multidisciplinare e opzioni terapeutiche il cui uso è consentito anche in gravidanza, permettono di affrontare la malattia e la vita con maggiore ottimismo. Facciamo un passo indietro e per chi non la conosce, o non la conosce abbastanza, spieghiamo cos'è la Sclerosi Multipla (SM). Si tratta di una malattia neurodegenerativa che causa lesioni a carico del sistema nervoso centrale. Alla base vi è un processo infiammatorio che determina la formazione di lesioni (placche) simili a cicatrici, da cui deriva il termine «sclerosi». La forma più comune è caratterizzata, per un certo numero di anni (circa 20 anni dall'esordio), da episodi acuti di malattia alternati a periodi di completo o parziale benessere. La frequenza di questa patologia è due volte superiore nelle donne a causa di una serie di fattori genetici, ormonali e ambientali non ancora del tutto chiariti. In Italia le donne con Sclerosi Multipla, sono circa 33mila* e ogni giorno si contano 6 nuove diagnosi. Diagnosi che arriva generalmente fra i 16 e i 44 anni, in un momento della vita in cui il futuro prende forma, sul lavoro e nella vita privata sgretolando sogni e certezze. Oggi la sfida è informare e rassicurare quell'85% di donne con SM il cui timore più grande è quello di non poter avere figli*. Studi e ricerche scientifiche hanno dimostrato e confermato che una persona affetta da SM ha la stessa possibilità di qualsiasi altra donna di portare avanti una gravidanza, ma le paure non finiscono qui. Il 49% teme anche di trasmettere la malattia al figlio, ma avere una predisposizione genetica non significa che la SM sia ereditaria o che venga trasmessa dai genitori ai figli. La gravidanza non modifica l'andamento a lungo termine della malattia, anzi, le donne hanno abitualmente meno ricadute durante la gestazione e anche per questo la SM oggi non è più una controindicazione assoluta alla gravidanza. Se fino a 20 anni fa si sconsigliava a una paziente di intraprenderla, oggi non è più così. Alcune raccomandazioni pre-concezionali sono comuni a tutte le donne e riguardano l'adesione a un corretto stile

di vita (dieta sana e interruzione dell'abitudine al fumo) e l'eventuale assunzione di integratori specifici, se consigliati e prescritti dal proprio medico curante. Inoltre, nella maggioranza dei casi, le donne affette da Sclerosi Multipla possono affrontare in sicurezza la gravidanza, il parto e anche l'esperienza dell'allattamento. Ad affermarlo sono le conclusioni di un'accurata revisione sistematica della letteratura**. Non solo, il benessere complessivo della donna passa anche attraverso una maggiore attenzione ai suoi bisogni, aspettative e qualità di vita. Va in questa direzione il progetto "Una cicogna per la Sclerosi Multipla", organizzato da Onda, con il patrocinio di AISM e SIN, e il contributo incondizionato di Teva Italia, che mira alla creazione di un network di strutture in grado di offrire servizi per le pazienti con Sclerosi Multipla che vorrebbero diventare mamme. Un riconoscimento per quelle realtà che adottano un approccio multidisciplinare nel trattamento delle pazienti e che pensano alla maternità avvalendosi di percorsi clinici dedicati. La cicogna assegnata è il simbolo da seguire per trovare supporto, competenze specifiche e assistenza nella pianificazione del proprio progetto familiare.

*Fonte: Wakefield Research e Aism

**Fonte: Obstetrics & Gynecology dal Multiple Sclerosis Centre of Excellence in Reproductive and Child Health

Teva Italia

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

Teva è una delle principali aziende farmaceutiche mondiali, leader nei farmaci equivalenti, in grado di offrire ogni giorno soluzioni di cura di alta qualità a circa 200 milioni di pazienti in più di 60 Paesi. Teva, in Italia da oltre 20 anni, attraverso i suoi farmaci equivalenti e i suoi farmaci specialistici, fornisce risposte mirate in tutte le aree terapeutiche. Teva da sempre è impegnata nella ricerca di terapie innovative per rispondere ai bisogni di cura, stringendo sinergie con il mondo scientifico e lavorando a fianco delle associazioni di pazienti per rendere accessibili le nuove terapie al maggior numero di persone.



La rivista Multitasking per la donna

dalla tua Ginecologa - dal tuo Ginecologo

"Le donne hanno sempre dovuto lottare doppiamente.

Hanno sempre dovuto portare due pesi,
quello privato e quello sociale.

Le donne sono la colonna vertebrale della società"

Rita Levi-Montalcini

