

17

CONTRIBUTI



Il counselling in menopausa

La salute, secondo la definizione dell'Oms, è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità. La menopausa intesa come processo bio-psico-socio-culturale deve essere vista come un evento sentinella che offre una unica opportunità per un dialogo tra la donna e gli operatori sanitari per valutare e migliorare lo stato di salute



MARIO GALLO

Direttore SC Ginecologia ed Ostetricia

Ospedale di Ciriè (To), AslTO4

Presidente Società Italiana Ginecologia della Terza Età

L'ATTEGGIAMENTO DELLE DONNE verso la menopausa svolge un ruolo importante nel causare o eliminare i problemi a seconda del significato attribuito: per alcune la menopausa è considerata una parte naturale della continuità della vita e per altre è una condizione medica ed un segnale della vecchiaia con perdita di attrattività. Per più della metà delle donne occidentali è una fase della vita complessa e a tratti negativa mentre è evidente una diversa valutazione e percezione in donne di altre etnie che considerano tale momento un completamento del proprio essere e il passaggio alla "seconda primavera" una transizione naturale (Paesi orientali) e una possibilità per un'accresciuta posizione nel contesto familiare e sociale (Paesi Africani). L'attuale approccio di noi operatori sanitari è ascoltare e porre attenzione alle problematiche della singola donna, cercare di prevenire patologie e disabilità, promuovere uno stile di vita sano e trattare i sintomi climaterici con una corretta valutazione rischi/benefici tenendo conto delle caratteristiche biologiche, di etnie e religioni e considerare gli aspetti socio-culturali.

L'incontro tra il professionista sanitario e la donna in climaterio deve essere una relazione equilibrata nel rispetto empatico reciproco. Studi europei sulle priorità richieste dai pazienti al medico nel corso di una visita evidenziano la richiesta di umanità, competenza, coinvolgimento nelle decisioni, tempo per la cura, disponibilità, informazione, comprensione delle esigenze, relazione medico-paziente e buone capacità di comunicazione. Ne deriva che il "buon medico" dovrebbe

non solo possedere abilità tecniche ma mostrare interesse alla storia del paziente, spiegare chiaramente ciò che il paziente vuole sapere sui sintomi e sulla malattia, fornire informazioni complete ed aiutare a gestire le emozioni dedicando un tempo adeguato.

La Legge 219/17 del nostro ordinamento indicando che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" ha cambiato radicalmente la relazione medico-paziente in cui il paziente si affidava totalmente al sanitario che era abituato a parlare in modo tecnico di difficile comprensione.

In questa nuova prospettiva il medico si pone in una posizione di ascolto, di sostegno e di rispetto delle volontà del paziente con tutta la sua competenza e la sua umanità tenendo conto dello stato emotivo del paziente non sempre ideale per immagazzinare nozioni di grande importanza. Da questo punto di vista la Legge valorizza appieno la relazione di cura che si costruisce su una comunicazione comprensibile, sincera e completa e su un autentico incontro relazionale tra persone e non su una fredda logica contrattualistica. I problemi di salute dopo la menopausa fisiologica sono dovuti all'invecchiamento dell'asse riproduttivo con sintomi immediati, intermedi e tardivi che si sommano a quelli dell'invecchiamento cronologico che determinando maggior predisposizione a patologie cardiovascolari, cerebrali degenerative, distrofiche e tumorali.

Un counselling adeguato deve tenere in considerazione la necessità di informazione in base a ciò che la donna ci richiede dando un sostegno effi-

“

Il "buon medico" dovrebbe non solo possedere abilità tecniche ma mostrare interesse alla storia del paziente, spiegare chiaramente ciò che il paziente vuole sapere sui sintomi e sulla malattia, fornire informazioni complete ed aiutare a gestire le emozioni dedicando un tempo adeguato

cace con strategie di coping e resilienza fornendo alla donna meccanismi di adattamento e di risposta alle condizioni di stress o cercandone le cause o gestendo le emozioni conseguenti acquisendo la capacità di affrontare, resistere e riorganizzare in maniera positiva la propria vita in questa fase di transizione.

Le donne quindi devono essere informate sui cambiamenti nelle varie fasi della menopausa e sui sintomi correlati più comuni. Occorre rispondere in modo chiaro ai dubbi e alle paure illustrando il rapporto benefici/rischi dei trattamenti per i sintomi a breve termine e gli effetti sulla salute a lungo termine agendo sulla percezione dei rischi. Durante il colloquio devono emergere i cambiamenti fisici percepiti dalla donna intesi come fattori biologici, le modificazioni dell'immagine del corpo, dell'umore, dell'autostima e della personalità ed esplorare i fattori socioculturali quali l'attività lavorativa, lo scenario familiare e la relazione di coppia. Questi fattori influenzano l'aspettativa di salute che in genere è più breve rispetto all'aspettativa di vita mentre l'obiettivo dovrebbe essere quello di farli coincidere ed è nostro compito pianificare con lei un patto preventivo e terapeutico per ridurre gli effetti negativi dell'ipoestrogenismo e dei fattori di rischio correlati; da parte sua la donna deve acquisire responsabilità verso la propria salute mettendo in atto stili di vita sani associati ad un eventuale supporto terapeutico mirato. Occorre saper ascoltare la donna ed incoraggiarla a raccontare i propri sintomi e come questi sono vissuti poiché possono incidere negativamente sulla qualità della vita e sul benessere psicologico interferendo sulla produttività e sulle relazioni professionali, sessuali ed emotive. I sintomi più riportati sono disturbi vasomotori, del sonno e psichici, diminuzione della libido, disturbi vaginali legati all'atrofia vaginale, disuria, dolori osteo-articolari e aumento di peso.

Non tutte le donne sperimentano sintomi vasomotori in menopausa: il 75% ha 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 alla deplezione estrogenica e si associa ad aumento del rischio di alcune patologie croniche a lungo termine (malattie cardio-cerebrovascolari, osteoporosi). È quindi importante valutare il profilo di rischio personale: età, età al momento della menopausa, la causa, il tempo trascorso dalla menopausa, eventuali condizioni patologiche preesistenti. È opportuno incoraggiare le donne a continuare ad aderire ai programmi di screening per carcinoma di cervice, mammella e colon e valutare il profilo di rischio cardiovascolare, metabolico e osteoporotico mediante opportuni algoritmi.

CONTRIBUTI GALLO

Pur considerando che la menopausa non è una malattia, in presenza di sintomatologia vasomotoria moderata/severa è utile avviare un trattamento e la terapia ormonale è il più efficace. È di primaria importanza considerare il management individualizzato secondo le caratteristiche uniche personali ed il bisogno di salute della donna selezionando chi trattare, quando iniziare il trattamento e personalizzarlo.

Il principio fondamentale è curare le donne in menopausa fisiologica sintomatiche al di sotto dei 60 anni o comunque entro i 10 anni dalla menopausa e quelle in menopausa precoce/chirurgica o in prematura insufficienza ovarica, dopo aver escluso la presenza di controindicazioni che vanno dal sanguinamento anomalo uterino alle neoplasie ormono-dipendenti, alle gravi malattie croniche.

Il nostro obiettivo terapeutico dovrebbe essere l'utilizzo della più bassa dose efficace di estrogeno e di progestinico (nelle donne con utero), in linea con gli scopi del trattamento e con il rapporto rischio/beneficio per la singola donna nell'ottica della personalizzazione della terapia. Durante il colloquio dobbiamo spiegare i benefici e i rischi del trattamento in termini comprensibili alla donna spesso confusa da messaggi contraddittori tra il mantenersi efficiente ed in forma assumendo tale terapia e i presunti rischi ad essa collegati. Le paure sono per lo più dovute alla quantità di messaggi "terroristici" provenienti dai media che interpretano in modo semplicistico i dati scientifici e alla diffidenza nei confronti delle ditte farmaceutiche e di alcuni medici che non sempre hanno messo al primo posto i pazienti. Questa non accurata valutazione è stata per anni purtroppo percepita anche da certa parte della classe medica amplificando in modo esponenziale il giudizio negativo nei confronti della terapia ormonale e creando ulteriore confusione nelle donne. Da sempre la Società Italiana della Ginecologia della Terza Età e la Società Italiana della Menopausa cercano di sfatare questi errati pregiudizi rivolgendosi alla classe medica mediante convegni e pubblicazioni scientifiche e alle donne con articoli divulgativi di semplice lettura. È in



Appare evidente che per ottimizzare il counselling dobbiamo fornire notizie semplici per condividere una strategia personalizzata tale da dare serenità alla donna e ridurre il più possibile la scarsa aderenza ai consigli proposti nell'ottica che non sono gli anni che contano nella vita ma è importante la vita che si mette in quegli anni



dubbio che attualmente una oculata scelta dei preparati, delle dosi e dei tempi e con gli opportuni controlli, la terapia ormonale presenta solo poche ombre.

I risultati degli studi devono essere illustrati utilizzando i numeri assoluti in quanto la percentuale, il rischio relativo e il rapporto di probabilità possono creare allarmismo impiegando materiale iconografico e opuscoli divulgativi. Con questo approccio riusciremo a spiegare che la terapia ormonale è di prima scelta in presenza di importanti sintomi neurovegetativi in quanto è molto efficace ed è in grado di incidere sul benessere e sulla qualità di vita e che abbiamo a disposizione un numero elevato di preparati la cui scelta va condivisa e modulata nel tempo.

Ma di che cosa ha paura la donna? Teme il tumore della mammella e le malattie cardiovascolari. Occorre quindi evidenziare nel colloquio che il potenziale rischio di tumore mammario è una componente dell'analisi rischio-beneficio dove per ogni singola donna si deve considerare la gravità dei sintomi e i potenziali effetti benefici della terapia ormonale sull'osso e sull'apparato cardiovascolare con riduzione della mortalità globale. Le donne in trattamento devono essere indirizzate ad eseguire almeno una volta all'anno un controllo ginecologico, per la rivalutazione dei sintomi, della storia familiare e personale, nonché degli eventuali esami strumentali ed ematochimici richiesti per le caratteristiche individuali. Non ci sono indicazioni per imporre limitazioni rigorose alla durata dell'uso della terapia e la decisione di continuarla, modificarla o interromperla dipende dalle condizioni individuali, dai fattori di rischio personali e familiari, dagli obiettivi clinici.

Una strategia terapeutica globale deve sempre comprendere, anche nelle donne asintomatiche, la promozione di un corretto stile di vita inteso come una sana alimentazione, una adeguata attività fisica e la riduzione delle abitudini voluttuarie quali fumo ed alcool. Nel caso in cui la donna sintomatica, pur con gli adeguati chiarimenti, non accetti i preparati ormonali occorre valutare l'impiego di medicine complementari quali

la fitoterapia (fitoestrogeni e fitocomplessi), l'agopuntura, l'omeopatia e tecniche di medicina complementare (reflessologia, yoga, Tuina); è però utile chiarire che tali terapie non hanno gli stessi vantaggi, non sono efficaci e non posseggono lo stesso sostegno nella letteratura scientifica della terapia ormonale.

In presenza di una donna sintomatica con storia di neoplasie estrogeno-sensibili è utile consigliare farmaci neuroattivi quali gli inibitori del reuptake della serotonina e/o della noradrenalina, medicine e tecniche di medicina complementare.

Le donne in menopausa spontanea o iatrogena prima dei 45 anni e ancora più prima dei 40 anni necessitano di particolare attenzione in quanto sono a maggior rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, osteoporosi e demenza. In questo caso i rischi dovuti alla terapia ormonale sono minori e i benefici, a breve e lungo termine, potenzialmente superiori rispetto alle donne in menopausa fisiologica. Dobbiamo rassicurarle e indicare la prosecuzione della terapia fino all'età media della menopausa e l'opportunità di continuarla in base alle singole esigenze.

È essenziale prestare attenzione anche ai sintomi della sindrome genitourinaria già in perimenopausa per riconoscerla prontamente e curarla in modo appropriato prima che si verifichino irreversibili modificazioni in senso atrofico; il trattamento deve essere continuato nel tempo per mantenere i benefici e in assenza di sintomi neurovegetativi sono indicate le preparazioni estrogeniche topiche.

Abbiamo anche in questo caso alternative farmacologiche tipo il prasterone intravaginale o l'ospemifene orale e tecniche fisiche quali il laser vulvovaginale e la radiofrequenza.

Dai concetti espressi appare evidente che per ottimizzare il counselling dobbiamo fornire notizie semplici per condividere una strategia personalizzata tale da dare serenità alla donna e ridurre il più possibile la scarsa aderenza ai consigli proposti nell'ottica che non sono gli anni che contano nella vita ma è importante la vita che si mette in quegli anni.

RUBRICHE

ARTEINOSPEDALE

Le opere di Giovenale

La vera storia

Opera realizzata per il Santo Natale 2020

Giovenale
ginecologo ospedaliero

