



AREA 2. "TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DELL'UOMO E DELLA COPPIA: SALUTE A 360°, ONCOLOGIA E PSICO-ONCOLOGIA"

- **Cosa significa prendersi cura della propria salute?**

Prendersi cura della propria salute significa abbracciare un concetto ampio e profondo di benessere, che va ben oltre il semplice "stare bene" o l'assenza di sintomi. È un atto quotidiano di consapevolezza, rispetto e responsabilità verso sé stessi e verso chi ci sta accanto.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità"*. Questa definizione ci invita a considerare la salute come un equilibrio dinamico, che coinvolge il corpo, la mente e le relazioni. Non si tratta solo di curare, ma di prevenire, proteggere, ascoltare e coltivare. Benessere fisico è prendersi cura del proprio corpo con attenzione e amore: attraverso l'alimentazione, il movimento, il sonno, i controlli medici, la prevenzione ma anche attraverso il rispetto dei propri ritmi e dei segnali che il corpo ci invia.

Benessere mentale significa riconoscere le proprie emozioni, affrontare lo stress, chiedere aiuto quando serve, e costruire uno spazio interiore sicuro e accogliente. È la capacità di sentirsi vivi, presenti, capaci di affrontare le sfide e di godere delle gioie quotidiane.

Benessere sociale riguarda la qualità delle nostre relazioni, il senso di appartenenza, la possibilità di essere visti, ascoltati e rispettati. È sentirsi parte di una rete di affetti, di comunità, di scambi significativi.

In questa prospettiva prendersi cura della propria salute è un percorso che cambia nel tempo, che si adatta alle fasi della vita, alle esperienze, alle trasformazioni nel tempo; significa fare scelte informate e consapevoli, basate su conoscenza e ascolto, riconoscere i propri bisogni e limiti e rispettarli e investire nel proprio benessere come forma di prevenzione e di amore verso sé stessi.

- **Le principali aree da tenere sotto controllo per la donna:**

La salute femminile è un universo complesso e dinamico, che attraversa diverse fasi della vita, dall'adolescenza alla menopausa, richiede attenzione a molteplici aspetti, tra i quali:

- Ginecologia e salute riproduttiva

Monitorare il ciclo mestruale, effettuare controlli regolari (Pap test, ecografie, visite ginecologiche), prevenire e trattare infezioni, e prendersi cura della fertilità e della sessualità.

- Pavimento pelvico

Spesso trascurato, il pavimento pelvico è fondamentale per il benessere uro-ginecologico, la sessualità e la qualità della vita. Valutarne la funzionalità aiuta a prevenire disturbi come incontinenza, prolapsi, dolore pelvico e disfunzioni sessuali.

- Endocrinologia

Gli ormoni regolano molte funzioni vitali: dalla tiroide alla regolazione del ciclo, dalla menopausa alla sindrome dell'ovaio policistico. Un monitoraggio endocrinologico può prevenire squilibri che influenzano energia, umore e fertilità.

- Alimentazione e metabolismo

Una dieta equilibrata, personalizzata e consapevole è essenziale per mantenere il peso, prevenire patologie metaboliche e sostenere il benessere psicofisico. L'alimentazione è anche uno strumento di prevenzione oncologica e cardiovascolare.

- Salute mentale ed emotiva

Il benessere psicologico è parte integrante della salute. Prendersi cura delle emozioni, chiedere supporto nei momenti difficili, coltivare relazioni sane e praticare la consapevolezza sono gesti di salute profonda.

- Prevenzione oncologica

Screening regolari per tumori femminili (mammella, collo dell'utero, ovaie) sono fondamentali per una diagnosi precoce e una maggiore possibilità di cura.

- Attività fisica e stile di vita

Muoversi con regolarità, dormire bene, ridurre lo stress e limitare l'uso di sostanze nocive sono scelte che proteggono il corpo e la mente.

- **Le principali aree da tenere sotto controllo per l'uomo**

La salute maschile, spesso sottovalutata, merita attenzione e cura in ogni fase della vita. La prevenzione e il monitoraggio regolare sono strumenti fondamentali per vivere con energia e serenità. Tra le aree da tenere sotto controllo:

- Andrologia e salute sessuale

L'andrologo si occupa della salute riproduttiva e sessuale maschile: fertilità, disfunzioni erettili, varicocele, alterazioni ormonali e benessere intimo. Un controllo regolare può prevenire disturbi e migliorare la qualità della vita.

- Urologia

La salute delle vie urinarie e della prostata è centrale, soprattutto dopo i 40 anni. Visite urologiche regolari aiutano a prevenire infezioni, disturbi urinari e patologie prostatiche.

- Alimentazione e metabolismo

Una dieta equilibrata, ricca di nutrienti e povera di eccessi, è fondamentale per prevenire obesità, diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari. L'alimentazione è un pilastro di salute.

- Salute cardiovascolare

Monitorare la pressione, il colesterolo, la glicemia e mantenere uno stile di vita attivo riduce il rischio di infarti e ictus, ancora troppo frequenti nella popolazione maschile.

- Salute mentale ed emotiva

Superare il tabù del “non chiedere aiuto” è un atto di forza. Prendersi cura del proprio equilibrio emotivo, affrontare lo stress e cercare supporto psicologico quando necessario è parte integrante della salute.

- Prevenzione oncologica

Screening per tumori maschili (testicolo, prostata, colon) e attenzione ai segnali del corpo sono fondamentali per una diagnosi precoce.

- Attività fisica e stile di vita

L'esercizio regolare, il sonno di qualità, la gestione dello stress e la riduzione di alcol e fumo sono scelte che proteggono il cuore, il cervello e la vitalità.

DONNA:

SCREENING GINECOLOGICO

È l'insieme degli esami e dei test che consentono di effettuare diagnosi precoce su alcune patologie ginecologiche e prevenzione sulla patologia oncologica dell'apparato riproduttivo.

Comprende diversi esami, tra cui:

- Visita ginecologica con ecografia pelvica (Transaddominale o Transvaginale): un esame medico che combina una valutazione clinica con un'ecografia **per esaminare gli organi riproduttivi femminili**, come utero, ovaie e tube di Falloppio. L'ecografia può essere eseguita con la sonda esternamente (soprapubica) o internamente (transvaginale), a seconda delle necessità. Questo tipo di visita è utile per diagnosticare condizioni come cisti ovariche, fibromi, endometriosi o altre anomalie ed è un esame generalmente indolore.
- Pap test con HPV: un esame di screening combinato che serve a individuare precocemente eventuali anomalie cellulari nel collo dell'utero e a rilevare la presenza del virus HPV (Papilloma Virus Umano), un'infezione che può aumentare il rischio di sviluppare il tumore

cervicale. Il **Pap Test** analizza le cellule prelevate dal collo dell'utero per rilevare alterazioni cellulari che potrebbero indicare lesioni precancerose o tumori. **L'HPV Test**: Identifica la presenza del DNA del virus HPV, distinguendo tra ceppi ad alto rischio oncogeno e ceppi a basso rischio. Se il test HPV risulta positivo, ma il Pap test è negativo, si potrebbe richiedere un monitoraggio più frequente.

- **Tamponi vaginali**: strumenti diagnostici utilizzati per raccogliere campioni di secrezioni vaginali al fine di identificare eventuali infezioni, alterazioni del microbiota vaginale o altre condizioni. Questi campioni vengono poi analizzati in laboratorio per individuare la presenza di **batteri, funghi, virus o altri microrganismi e MST** (Malattie Sessualmente Trasmissibili). Il procedimento è rapido e generalmente indolore.

Lo screening ginecologico offre numerosi benefici per la salute delle donne:

- **Diagnosi precoce**: consente di individuare precocemente alcune patologie ginecologiche, come infezioni, infiammazioni e tumori dell'apparato riproduttivo.
- **Prevenzione**: aiuta nella prevenzione delle malattie oncologiche dell'apparato riproduttivo, riducendo il rischio di sviluppare tumori grazie alla rilevazione tempestiva di lesioni precancerose.
- **Monitoraggio della salute**: permette di tenere sotto controllo la salute ginecologica generale, identificando eventuali anomalie o cambiamenti che potrebbero richiedere ulteriori approfondimenti clinici.
- **Tranquillità**: fornisce alle donne una maggiore tranquillità e sicurezza riguardo alla loro salute, grazie alla consapevolezza di essere monitorate regolarmente.

Quando fare la prima visita ginecologica?

La prima visita ginecologica è consigliata in età adolescenziale per valutare il corretto sviluppo, tra i 14 e 18 anni, oppure prima, se si verificano alcune situazioni specifiche, come:

- Un'eccessiva precocità dello sviluppo puberale
- Dolore o irregolarità mestruali significative.
- Necessità di informazioni sulla contraccezione o prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili
- Sintomi come prurito, perdite anomale o dolore pelvico.

Ogni quanto fare uno screening ginecologico?

Lo screening è consigliato con una frequenza che varia in base all'età e alle condizioni di salute individuali. In generale, si raccomanda di effettuare uno screening ginecologico:

- **Ogni due anni** per le donne **tra i 20 e i 30 anni**, a meno che non ci siano sintomi o fattori di rischio che richiedano controlli più frequenti¹.

- **Ogni anno** per le donne **sopra i 30 anni**, soprattutto se hanno fattori di rischio specifici o una storia familiare di patologie ginecologiche.

Quali sono i problemi ginecologici più comuni?

Includono una varietà di condizioni che possono colpire la salute riproduttiva femminile, con diversi livelli di gravità:

- **Vaginosi batterica**: uno squilibrio del microbiota vaginale che può causare perdite anomale e cattivo odore.
- **Candidosi**: un'infezione fungina che provoca prurito, bruciore e secrezioni bianche caratteristiche.
- **Fibromi uterini**: tumori benigni dell'utero, spesso associati a cicli abbondanti e dolore pelvico.
- **Endometriosi**: crescita del tessuto uterino al di fuori dell'utero, con sintomi come dolore intenso e infertilità.
- **Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)**: una condizione ormonale che può causare cicli irregolari, acne e aumento di peso.
- **Infezioni sessualmente trasmissibili (IST)**: ad esempio clamidia, gonorrea o herpes genitale, che possono avere gravi complicazioni se non trattate.
- **Cisti ovariche**: formazioni piene di liquido nelle ovaie, spesso asintomatiche ma talvolta dolorose.

Quali sintomi ginecologici richiedono attenzione?

- **Dolore pelvico o addominale ricorrente**: un dolore che può comparire poco prima e durante le mestruazioni e può essere continuo o intermittente.
- **Sanguinamento anomalo**: cicli mestruali irregolari, sanguinamento tra i cicli o dopo la menopausa.
- **Cambiamenti** nel colore, nell'odore o nella consistenza delle **secrezioni vaginali**.
- **Prurito o bruciore** nella zona intima.
- **Problemi urinari**: come bruciore durante la minzione o necessità frequente di urinare.
- **Vulvodinia ricorrente**: dolore cronico a carico della vulva e dei tessuti che circondano l'accesso alla vagina.
- **Dispareunia**: dolore genitale e in zona pelvica durante i rapporti sessuali. Può indicare problemi come infezioni o endometriosi
- **Dismenorrea**: mestruazioni estremamente dolorose.
- **Menorragia**: ingente perdita di sangue durante le mestruazioni.

Quali sono le cause più comuni dei problemi ginecologici?

I fattori di rischio specifici per le patologie ginecologiche possono includere:

- **Storia familiare:** avere parenti di primo grado con una storia di patologia ginecologica, come il cancro ovarico o il cancro cervicale, può aumentare il rischio.
- **Età:** l'età avanzata è un fattore di rischio per molte patologie ginecologiche, inclusi i tumori.
- **Infezioni sessualmente trasmissibili (IST):** le IST (come il papillomavirus umano-HPV) possono aumentare il rischio di sviluppare patologie ginecologiche.
- **Stile di vita:** fattori come il fumo, l'alcol e una dieta non equilibrata possono contribuire.
- **Squilibri ormonali:** gli squilibri nei livelli ormonali possono influire sulla salute riproduttiva femminile.

Come prevenire i problemi di salute ginecologica?

- **Visite ginecologiche regolari:** effettuare controlli periodici, come il Pap-test e l'ecografia pelvica, aiuta a individuare precocemente eventuali anomalie.
- **Igiene intima adeguata:** utilizzare detergenti a pH fisiologico per non alterare la flora batterica vaginale, evitare lavande vaginali frequenti che possono indebolire le difese naturali, cambiare frequentemente gli assorbenti, preferire biancheria di cotone traspirante.
- **Evitare indumenti troppo stretti** che favoriscono la proliferazione di batteri e funghi.
- Praticare una **corretta igiene dopo i rapporti** sessuali.
- **Alimentazione equilibrata:** una dieta varia ed equilibrata, ricca di Omega-3, vitamina D, calcio e zinco può supportare la salute riproduttiva. Limitare zuccheri raffinati e cibi ultra-processati che possono aggravare disturbi come la sindrome premestruale e la PCOS.
- **Attività fisica:** mantenere uno stile di vita attivo per migliorare la **circolazione sanguigna pelvica**, regolare il peso corporeo e ridurre il rischio di patologie come la PCOS e l'endometriosi.
- **Gestione dello stress:** Lo stress cronico può alterare il ciclo mestruale e influenzare negativamente la salute riproduttiva.
- **Sessualità sicura:** usare metodi di protezione per prevenire infezioni sessualmente trasmissibili (come il preservativo), sottoporsi a screening periodici per le IST, vaccinarsi contro l'HPV (principale causa del cancro alla cervice uterina).

Come si trattano i problemi ginecologici?

Il trattamento dei problemi ginecologici dipende dalla condizione specifica e dalla sua gravità. Ecco alcune opzioni comuni:

- Terapie farmacologiche: ad esempio antibiotici per infezioni batteriche, antimicotici per infezioni fungine, farmaci ormonali per regolare il ciclo mestruale o trattare condizioni come la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS).
- Interventi chirurgici: ad esempio nel caso di fibromi uterini o endometriosi, per rimuovere tessuti o masse anomale.
- Cambiamenti nello stile di vita: una dieta equilibrata, esercizio fisico regolare e gestione dello stress possono migliorare molte condizioni ginecologiche.
- Terapie alternative: alcune donne trovano sollievo con agopuntura, yoga o integratori naturali, ma è sempre importante consultare un medico prima di iniziare.
- Supporto psico-sessuologico: utile per molte condizioni che influenzano la qualità della vita anche dal punto di vista sessuale come il vaginismo o la dispareunia.

GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

La ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della salute riproduttiva delle bambine e delle adolescenti, della prevenzione e del trattamento delle patologie ginecologiche. Questo periodo molto importante per la vita di ogni donna è compreso tra la nascita e la pubertà, fino al passaggio all'età adulta, quindi fino ai 19 anni circa.

Quali sono le problematiche ginecologiche che possono presentarsi durante l'infanzia?

Durante l'infanzia (0–10 anni), l'apparato genitale femminile è ancora immaturo, ma possono comunque manifestarsi alcune condizioni:

- **Sinechie vulvari**: fusione parziale delle piccole labbra, frequente nelle neonate. Spesso si risolve spontaneamente, ma può causare infiammazioni e disturbi urinari.
- **Vulvovaginiti**: infiammazioni della vulva e della vagina, spesso legate a scarsa igiene, dermatiti o inserimento di corpi estranei.
- **Cisti ovariche**: possono comparire anche in età precoce, talvolta asintomatiche o causa di dolore addominale.
- **Pubertà precoce**.

La pubertà precoce nelle bambine

È l'inizio dello sviluppo sessuale **prima degli 8 anni nelle bambine**. Si manifesta con la comparsa anticipata di caratteri sessuali secondari come:

- Telarca (sviluppo del seno)
- Pubarca (peli pubici e ascellari)
- Menarca precoce (mestruazioni prima degli 8 anni)
- Crescita accelerata e maturazione ossea anticipata

Si distinguono due forme principali di pubertà precoce:

- **Pubertà precoce centrale (GnRH-dipendente)**, causata dall'attivazione anticipata dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. È la forma più comune, soprattutto nelle femmine.
- **Pubertà precoce periferica (GnRH-indipendente)**, che deriva da una produzione anomala di ormoni sessuali senza coinvolgimento del cervello. Può essere causata da:
 - Cisti ovariche o tumori estrogeno-secernti
 - Sindrome di McCune-Albright
 - Iperplasia surrenalica congenita
 - Esposizione a ormoni esogeni

Le cause e i fattori di rischio della pubertà precoce nelle bambine sono multifattoriali:

- Idiopatica: nella maggior parte dei casi non si identifica una causa precisa
- Genetica: familiarità con pubertà precoce
- Obesità: associata a telarca precoce
- Fattori ambientali: esposizione a sostanze chimiche (es. ftalati)
- Tumori cerebrali o endocrini: rari ma da escludere nei casi più precoci

La **diagnosi** della pubertà precoce si basa su:

- Esame clinico: valutazione dei segni puberali e della velocità di crescita
- Età ossea: radiografia del polso per confrontare maturazione ossea vs età cronologica
- Esami ormonali: dosaggio di LH, FSH, estradiolo/testosterone
- Test al GnRH: per distinguere forma centrale da quella periferica
- Risonanza magnetica cerebrale: per escludere cause organiche

Le conseguenze della pubertà precoce riguardano sia la sfera fisica che quella psicologica. Dal punto di vista fisico si potrà avere:

- Statura finale ridotta: la crescita accelerata iniziale porta a una saldatura precoce delle cartilagini di accrescimento, limitando l'altezza adulta rispetto al potenziale genetico.
- Maturazione ossea anticipata: l'età ossea risulta più avanzata rispetto all'età cronologica, con impatto sulla crescita e sullo sviluppo scheletrico.
- Ciclo mestruale precoce: il menarca può comparire prima degli 8 anni, con possibili irregolarità e sintomi intensi.
- Modificazioni corporee premature: sviluppo del seno, peluria pubica e cambiamenti nella pelle (acne, sebo) si manifestano prima del previsto.
- Rischi metabolici: possibile associazione con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), diabete e disturbi cardiovascolari in età adulta.
- Alterazioni del ritmo sonno-veglia: l'esposizione precoce a luci artificiali e dispositivi digitali può interferire con la melatonina e i meccanismi neuroendocrini.
- Impatto sulla fertilità futura: se non trattata, la pubertà precoce può influenzare lo sviluppo riproduttivo e la funzione ovarica.

Diverse ed impattanti possono essere anche le conseguenze psicologiche ed emotive:

- Disagio sociale: sentirsi "diverse" rispetto alle coetanee può generare isolamento, imbarazzo e difficoltà relazionali.

- Maturazione emotiva non sincronizzata: il corpo si sviluppa in senso adulto, ma la mente resta ancora infantile, creando confusione e vulnerabilità.
- Rischio di bullismo o attenzioni inappropriate: lo sviluppo precoce può attirare sguardi o commenti non adatti all'età, con impatto sull'autostima.
- Fluttuazioni ormonali: sbalzi d'umore, irritabilità e ansia possono essere più intensi e difficili da gestire.

Il trattamento della pubertà precoce prevede le terapie ormonali (agonisti del GnRH), che bloccano temporaneamente la produzione di ormoni sessuali (es. triptorelina), dando tempo al corpo e alla mente di sincronizzarsi; il trattamento della causa sottostante in caso di tumori, ipotiroidismo; il supporto psicologico, fondamentale per il benessere emotivo della bambina. L'intervento precoce migliora la statura finale, il benessere psicologico e la salute riproduttiva futura

Quali sono le problematiche ginecologiche più comuni durante l'adolescenza?

L'adolescenza (10–19 anni) è una fase di grandi cambiamenti ormonali e corporei. Le problematiche più comuni includono:

- **Irregolarità del ciclo:** nei primi anni dopo il menarca, i cicli possono essere instabili. Se persistono, vanno indagati.
- **Amenorrea:** primaria (assenza di menarca dopo i 16 anni) o secondaria (scomparsa del ciclo dopo la sua comparsa).
- **Dismenorrea:** dolori mestruali intensi, talvolta invalidanti, spesso accompagnati da nausea o malessere.
- **Vulvovaginiti:** frequenti anche in adolescenza, legate a variazioni ormonali o inizio dell'attività sessuale.
- **Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS):** acne, irsutismo, cicli irregolari. Richiede un approccio multidisciplinare.
- **Malattie sessualmente trasmissibili (IST):** in aumento tra le giovani sessualmente attive. Fondamentale è la prevenzione e l'educazione sessuale, per informare e psico-educare le adolescenti a una sessualità consapevole e sicura.
- La **dismenorrea** (dolore in concomitanza delle mestruazioni) rappresenta la più frequente motivazione per una consulenza ginecologica, seguita dalle alterazioni del ciclo (menometrorragie, assenza del ciclo).
- **Irsutismo** (eccessiva crescita di peli sul corpo femminile in alcune zone tipicamente maschili)

ENDOMETRIOSI TRA CORPO E PSICHE

L'**endometriosi**, o **malattia endometriosica**, dal 2017 è stata finalmente riconosciuta come **malattia cronica invalidante esistente e meritevole di tutele** negli stadi clinici più avanzati ("moderato o III

grado" e "grave o IV grado"), riconoscendo alle pazienti che ne soffrono il diritto ad usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo e trattamento.

Questa malattia colpisce in Italia il 10-15% delle donne in età riproduttiva, interessa circa il 30-50% delle donne infertili o che hanno difficoltà a concepire e le donne con **diagnosi conclamata** sono almeno **3 milioni**. Il picco si verifica tra i 25 e i 35 anni, ma la patologia può comparire anche in fasce d'età più basse.

L'endometriosi si caratterizza per la **crescita anomala di tessuto endometriale in porzioni non appropriate dell'utero stesso o fuori dall'utero**, in aree come ovaie, tube, intestino e persino organi meno comuni come fegato e polmoni. **L'endometriosi può interessare la donna già alla prima mestruazione (menarca) e accompagnarla fino alla menopausa.**

Questa anomalia causa **infiammazioni, aderenze e cisti**, con sintomi spesso debilitanti come **forti dolori pelvici, stanchezza cronica, cistiti, problemi intestinali**. Inoltre, la formazione di una o più cisti endometriosiche e/o di aderenze può favorire una condizione di **infertilità** (ossia pregiudicare la capacità di concepimento) e, nel caso in cui riguardi le ovaie, aumentare il **rischio di tumore dell'ovaio** (si verifica in 3-8% delle pazienti con endometriosi ovarica).

La diagnosi di endometriosi

La diagnosi di endometriosi non è semplice e spesso, purtroppo, avviene molto tempo dopo rispetto alla comparsa dei sintomi: **la variabilità dei sintomi rappresenta un fattore di ritardo significativo nella diagnosi**. **Uno studio condotto dall'Endometriosis Association ha rilevato un dato importante e altrettanto preoccupante: su circa 7000 donne affette il ritardo diagnostico è di circa 9,3 anni dalla comparsa dei primi sintomi, periodo durante il quale le donne vengono sottoposte ad uno stress fisico ed emotivo significativo, conseguente al dolore pelvico cronico che questa malattia causa e al fatto di non essere comprese. L'incomprensione e il non riconoscimento della propria sofferenza lascia delle ferite emotive che possono essere peggiori del dolore fisico.**

Tuttavia, per prevenire le conseguenze anche più serie, come la sterilità, è indispensabile la diagnosi precoce.

In genere, per una diagnosi corretta e completa sono fondamentali:

- la **raccolta dei sintomi**,
- la valutazione attenta della storia clinica,
- l'**esame obiettivo**,
- la visita ginecologica,
- la **diagnostica per immagini (ecografia transvaginale , risonanza magnetica e tac)**

- talvolta, una procedura chirurgica minimamente invasiva come **la laparoscopia** a scopo diagnostico
- specifici esami del sangue per eseguire il dosaggio dei **marcatori di malattia (Ca 125 e Ca 19.9)**.

Recentemente, i ricercatori della Fondazione italiana Endometriosi hanno dimostrato che legando l'**Amh** (ormone antimulleriano) al comune mezzo di contrasto diagnostico, l'immagine della malattia nella risonanza magnetica viene potenziata, evidenziando anche le lesioni più piccole nei tessuti e in tutti gli organi che ne sono stati intaccati.

Teorie sull'eziopatogenesi dell'endometriosi

I modelli sulla patogenesi dell'endometriosi non sono ancora completamente compresi.

1. La teoria più accettata oggi è quella delle **mestruazioni retrograde**: secondo questa teoria durante il ciclo mestruale alcune cellule endometriali, invece di essere espulse attraverso la vagina, rifluiscono attraverso le tube di Falloppio e raggiungono la cavità addominale. Una volta lì, queste cellule possono impiantarsi e proliferare, dando origine a lesioni endometriosiche. Tuttavia, questa teoria non spiega tutti i casi di endometriosi.
2. Un altro modello attuale suggerisce che l'endometriosi derivi da **cellule epiteliali circolanti che diventano iperattive e rimangono intrappolate fuori dall'utero**.
3. Studi genetici recenti mostrano che l'endometriosi sembra essere più frequente in alcune famiglie e suggeriscono che potrebbe avere una forma di **ereditarietà poligenica o multifattoriale**, che deve essere ulteriormente esplorata.
4. Inoltre, nell'aumento dei casi di endometriosi negli ultimi anni sembrano giocare un ruolo significativo **l'inquinamento ambientale e gli interferenti endocrini**. Questi ultimi, infatti, come i **fitofarmaci e gli additivi delle plastiche** (ad esempio il bisfenolo A e i ftalati), presenti in prodotti di uso quotidiano come contenitori di plastica e pesticidi, **possono mimare o interferire con gli ormoni naturali, favorendo l'infiammazione e la crescita anomala di tessuti endometriali** al di fuori dell'utero.

È consigliato evitare l'uso di contenitori di plastica per alimenti, specialmente se danneggiati o esposti a calore e limitare l'esposizione a pesticidi scegliendo prodotti biologici quando possibile.

5. Infine, uno studio pubblicato su *Science Translational Medicine* ha evidenziato **un legame tra il genere batterico *Fusobacterium* e l'endometriosi**. In particolare, è stato osservato che oltre il 50% delle donne con endometriosi presenta *Fusobacterium* nelle lesioni tipiche della malattia, ed è stata dimostrata la capacità di questi microrganismi di promuovere la trasformazione delle cellule sane dell'endometrio in cellule tipiche della patologia. Attraverso esperimenti su modelli animali, i ricercatori hanno scoperto che la somministrazione di antibiotici mirati può ridurre la formazione di nuove lesioni e limitarne la progressione. Questa scoperta rappresenta un passo avanti nella comprensione

dell'endometriosi e apre la strada a potenziali trattamenti innovativi, poiché, se ulteriori studi confermeranno questi risultati, **il trattamento antibiotico potrebbe diventare una strategia terapeutica** per contrastare la malattia.

La vera patogenesi dell'endometriosi rimane comunque incerta.

Come si manifesta l'Endometriosi: i sintomi

- **Dolore pelvico cronico**: il campanello d'allarme più frequente è il dolore pelvico molto forte (95% dei casi di endometriosi con sintomi), soprattutto durante i rapporti sessuali e in corrispondenza della fase mestruale.
- **Vulvodinia ricorrente**: dolore cronico a carico della vulva e dei tessuti che circondano l'accesso alla vagina.
- **Dispareunia**: dolore genitale e in zona pelvica durante i rapporti sessuali.
- **Irregolarità del ciclo mestruale**.
- **Problematiche a livello intestinale, gonfiore addominale**
- **Ridotta capacità di concepimento**
- **Dismenorrea: mestruazioni estremamente dolorose**.
- **Menorragia: ingente perdita di sangue** durante le mestruazioni e/o menometrorragia.
- **Brain fog o "nebbia" mentale**: difficoltà di concentrazione, memoria offuscata e sensazione di rallentamento mentale (vedi sotto)
- Alcune donne hanno **disturbi aspecifici**, che non sembrano direttamente collegabili ad un problema ginecologico: dolori alla schiena, stanchezza persistente, cistiti, disturbi intestinali, allergie diffuse e problemi digestivi, specie in fase mestruale. Tutto dipende dalle zone in cui il tessuto dell'endometrio si è annidato.

Gli approcci terapeutici all'endometriosi

- **Trattamenti farmacologici**: pillola anticoncezionale o farmaci analoghi del GnRH per gestire i sintomi (usati per brevi periodi)
- **Chirurgia laparoscopica**: utilizzata per diagnosticare e rimuovere i focolai di endometriosi.
- **Cambiamenti nello stile di vita e prevenzione alimentare**: dieta antinfiammatoria, con consumo adeguato di fibre (incrementare il consumo di fibre del 20-30% aiuta a ridurre gli ormoni circolanti nel sangue, supportando l'eliminazione degli estrogeni in eccesso attraverso il tratto intestinale), limitazione di cibi ricchi di fitoestrogeni (come la soia, le leguminose e la salvia), consumo di pesce azzurro, noci e olio d'oliva (fonti eccellenti di Omega-3, che contrastano l'infiammazione addominale). Evitare carne, latticini e grassi

saturi, scegliere cereali integrali e ridurre gli zuccheri e di conseguenza i livelli di insulina nel sangue, contribuisce a un miglior equilibrio ormonale.

- Le **terapie psicologiche e gli interventi mente-corpo**, come lo yoga e le tecniche di rilassamento hanno dimostrato un'efficacia limitata nell'alleviare dolore, ansia, stress e depressione legati all'endometriosi. Questo sottolinea la necessità di ulteriori ricerche per trovare soluzioni più mirate e personalizzate.

○ **Endo-brain e Brain Fog**

Il termine "**endo-brain**" in relazione all'endometriosi si riferisce spesso al fenomeno della "**brain fog**" o "**nebbia mentale**," una condizione che molte persone con endometriosi sperimentano. Questo stato è caratterizzato da **difficoltà di concentrazione, memoria offuscata e sensazione di rallentamento mentale** ed è legato a diversi fattori come l'infiammazione sistemica cronica e la fatica cronica associate all'endometriosi.

L'endometriosi, infatti, è una condizione complessa che, oltre a colpire il sistema riproduttivo, può influenzare la salute mentale e cognitiva.

Vediamo nel dettaglio le **connessioni tra Endometriosi e Brain Fog**:

1. **Infiammazione sistemica**: l'endometriosi provoca un'infiammazione cronica che può influenzare negativamente il funzionamento del cervello. **Citochine pro-infiammatorie** possono interferire con la chiarezza mentale e alterare la comunicazione tra neuroni.
2. **Disbiosi intestinale**: l'intestino, spesso coinvolto nell'endometriosi, può sviluppare uno **squilibrio del microbiota**. Considerato il legame tra microbiota e cervello tramite il nervo vago, una disbiosi può **amplificare problemi cognitivi e mentali**.
3. **Fatica cronica**: la stanchezza debilitante associata all'endometriosi contribuisce al senso di confusione e mancanza di energia mentale.
4. **Alterazioni ormonali**: gli squilibri ormonali, tipici dell'endometriosi, influenzano i neurotrasmettitori come **serotonina e dopamina**, essenziali per il funzionamento cognitivo ed emotivo.

Ci sono **alcune strategie utili per alleviare la sensazione di "nebbia mentale"**, tra cui:

- **Dieta antinfiammatoria**: consumare alimenti ricchi di omega-3, antiossidanti e fibre può aiutare a ridurre l'infiammazione. Evitare cibi processati e ricchi di zuccheri contribuisce al miglioramento.
- **Utilizzo di probiotici**: può aiutare a **riequilibrare il microbiota** intestinale, riducendo le citochine infiammatorie.
- **Attività fisica**: l'esercizio aerobico migliora la circolazione sanguigna, stimola le endorfine e contribuisce alla chiarezza mentale.

- **Gestione dello stress:** tecniche come la **meditazione e il rilassamento muscolare progressivo** possono attenuare gli effetti dello stress sul cervello.

- **Sonno di qualità:** dormire a sufficienza e migliorare la routine del sonno può ridurre la fatica e migliorare il funzionamento cognitivo.

Se i sintomi di *brain fog* fossero persistenti, potrebbe essere utile consultare specialisti per identificare possibili trattamenti per ridurre l'infiammazione sistemica, lavorare per ottimizzare l'alimentazione e considerare integratori mirati come vitamine del gruppo B, magnesio o altri supporti per la funzione cerebrale.

La connessione tra endometriosi e salute mentale è un campo in rapida evoluzione, ma l'approccio olistico e mirato può fare la differenza.

○ **Endometriosi e impatto psico-sociale**

L'endometriosi è una patologia che non ha solo un impatto fisico sulle donne che ne sono affette, ma anche un forte impatto psico-sociale e sulla qualità della vita.

Un recente revisione della letteratura pubblicata su *Reproductive Sciences* (Rempert & Rempert et al., 2024) suggerisce che l'endometriosi ha **un impatto psicosociale significativo sulle donne, influenzando la qualità della vita in tutti gli ambiti.**

I sintomi dell'endometriosi, infatti, includono, ma non si limitano a dolore fisico, affaticamento, cattiva salute mentale, infertilità e funzione sessuale compromessa.

L'analisi dei dati disponibili mostra un'associazione chiara tra endometriosi e punteggi di disabilità simili o superiori a quelli di altre gravi condizioni croniche, come malattie cardiache, diabete mellito e cancro al seno. Inoltre, i sintomi dell'endometriosi rappresentano un peso psicologico per le pazienti, causando livelli crescenti di **ansia, depressione, preoccupazioni ossessive e autolesionismo.**

Confrontando le pazienti prima e dopo la rimozione chirurgica delle lesioni legate all'endometriosi, si sono osservati notevoli miglioramenti nei sintomi relativi alla QoL (**Quality Of Life**). Altri sintomi statisticamente significativi, come la funzione sessuale e il dolore, sono migliorati nelle donne dopo interventi chirurgici.

Alcuni studi hanno identificato il **dolore fisico** come il sintomo più invalidante e con il maggior impatto sulla QoL, mentre altri hanno rilevato **l'infertilità o l'aspetto emotivo** come i più compromessi.

La grande variazione nella sintomatologia e nell'effetto dei sintomi suggerisce che i pazienti non trarranno lo stesso beneficio da tutte le opzioni di trattamento. Ciò è probabilmente dovuto al valore soggettivo che un individuo attribuisce a determinati ambiti rispetto ad altri, ad esempio come

l'infertilità abbia effetti negativi maggiori sulla QoL a seconda della fase di vita, dell'ambiente e degli obiettivi personali della paziente.

○ **Endometriosi e aspetti psicologici**

L'endometriosi non è solo una malattia fisica, ma una condizione che ha **profonde ripercussioni emotive, psicologiche e relazionali**. Il dolore cronico, l'ansia e la depressione sono spesso compagni delle donne affette, e accettare e gestire questi sintomi può essere una sfida quotidiana.

- **Il dolore cronico** inspiegabile e persistente può generare **un senso di solitudine, paura e colpa**. Studi come quello di Sepulcri (2009) dimostrano che l'86,5% delle donne con endometriosi presenta **sintomi depressivi** e l'87,5% **sintomi ansiosi**, correlati anche al dolore fisico, creando un circolo vizioso in cui **il disagio mentale amplifica la percezione del dolore**.
- La **stanchezza, sia fisica che mentale**, è uno dei sintomi più debilitanti, richiedendo alla donna uno sforzo immenso anche per svolgere attività semplici. Questa condizione può portare a **stress, ansia, pensieri negativi sul futuro** e, in molti casi, ha un impatto significativo sulla vita lavorativa.
- **Impatto sulla vita lavorativa**: la fatica e il dolore cronico rendono **difficile mantenere la concentrazione e gestire le emozioni**, portando spesso a una riduzione dell'orario lavorativo o, nei casi peggiori, all'abbandono della carriera. L'aggravante è il bisogno costante di giustificarsi con colleghi e superiori, che amplifica depressione e frustrazione, e può causare anche problemi economici.
- **Immagine corporea**: la cosiddetta "**Endo-Belly**," ovvero il gonfiore pelvico e addominale causato dall'infiammazione, è un sintomo particolarmente difficile da affrontare. Il disagio fisico è accompagnato da una forte componente emotiva: vergogna, imbarazzo e la sensazione di avere un corpo fuori controllo. Questo può portare a un rifiuto dell'immagine corporea e a concentrarsi esclusivamente sui difetti percepiti, dimenticando le altre qualità.
- **Terapie ormonali e umore**: la pillola anticoncezionale può alleviare i sintomi fisici dell'endometriosi ma spesso comporta **effetti collaterali emotivi**. Studi, come quello dell'Università di Copenhagen, mostrano che il progesterone può aumentare il rischio di **depressione**, specialmente nelle giovani donne (fascia 15-19 anni).
- **Femminilità e identità**: l'endometriosi può influire profondamente sulla percezione di sé. Le **difficoltà legate alla fertilità** (il 30-50% delle donne con endometriosi può essere infertile) e l'idea di "non sentirsi completa" toccano una sfera emotiva delicata. Affrontare l'infertilità spesso porta ad attraversare un vero e proprio lutto psicologico, con emozioni come rabbia, tristezza, isolamento e senso di colpa nei confronti del partner. La diffusione

dell'endometriosi, che purtroppo è in costante aumento, vede una maggiore richiesta di **fecondazione assistita** nei casi correlati a questa patologia.

- **Sessualità:** la sofferenza fisica ed emotiva può incidere negativamente sui rapporti con il partner, creando incomprensioni, stress e crisi di coppia. L'impatto sull'intimità e la sessualità può essere devastante, richiedendo spesso supporto per riavvicinare i partner e rafforzare la relazione.

Affrontare gli impatti fisici e psicologici dell'endometriosi è un percorso che richiede consapevolezza e il supporto adeguato. Per **affrontare le difficoltà psicologiche** associate all'endometriosi la donna può usufruire di:

- **Supporto Psicologico:** terapie individuali o di coppia possono aiutare a gestire il dolore e le emozioni associate, riducendo il senso di colpa e di isolamento.
- **Gruppi di Supporto:** molte donne trovano conforto nel parlare, confrontarsi e sostenersi con altre donne nella stessa situazione e questo può ridurre la sensazione di solitudine e offrire forza.
- **Educazione e Comunicazione:** comprendere la malattia e spiegare il proprio vissuto ai familiari e partner può favorire comprensione e supporto reciproco.

- **MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE / HPV**

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo, che si trasmettono prevalentemente attraverso contatti sessuali non protetti, attraverso il sangue o i suoi prodotti infetti.

Le infezioni sessualmente trasmesse possono essere causate da:

- batteri (gonorrea, sifilide, clamidia);
- virus (Papillomavirus umano, herpes genitale, Hiv, epatite A, B e C);
- protozoi (come la tricomoniasi).
- funghi (*Candida Albicans*)

La trasmissione avviene attraverso i rapporti sessuali e non solo:

- Gli agenti responsabili delle IST si trasmettono attraverso qualsiasi tipo di **rapporto sessuale** (vaginale, anale, orale) **per contatto con i liquidi organici infetti** (sperma, secrezioni vaginali, sangue, saliva).
- Inoltre, si possono trasmettere attraverso il **sangue** (es. trasfusioni, contatto con ferite, scambio di siringhe, tatuaggi, piercing) o con i trapianti di tessuto o di organi (HIV, HBV, HCV, Sifilide), e infine, per passaggio diretto dalla madre al feto o al neonato durante la gravidanza, il parto, o l'allattamento (es. HIV, virus dell'epatite B, herpes genitale, sifilide, gonorrea, clamidia).

○ Come fare diagnosi?

Sono disponibili test diagnostici accurati (che utilizzano la tecnologia molecolare) per le IST. Sono particolarmente utili per la diagnosi di infezioni asintomatiche. Per diagnosticare un'infezione da HPV occorre eseguire un PAP test o un HPV-DNA test, sopra i 30 anni, più costo-efficace, mentre per la diagnosi di Epatite B occorre ricercare gli anticorpi nel siero. Sono disponibili test rapidi ed economici per la sifilide, l'epatite B e l'HIV.

○ Vaccino contro l'HPV

Viene raccomandato alle donne in giovane età poiché previene l'infezione e potrebbe ridurre i decessi correlati al cancro del collo dell'utero (cervice uterina). Il 12° anno è l'età preferibile per effettuare la vaccinazione ai ragazzi, sia femmine che maschi, in cui previene anche la formazione di condilomi e lo sviluppo di tumori della regione ano-rettale e faringea.

Per eliminare il cancro della cervice uterina come problema di salute pubblica a livello globale, l'OMS raccomanda che gli obiettivi di copertura elevati per la vaccinazione contro l'HPV, lo screening e il trattamento delle lesioni precancerose e la gestione del cancro devono essere raggiunti entro il 2030 e mantenuti a questo livello elevato per decenni.

• CONTRACCEZIONE

Il termine *contraccezione* definisce l'insieme dei metodi o dei dispositivi utilizzati per evitare il verificarsi di una gravidanza. Alcuni metodi contraccettivi proteggono anche dalle infezioni a trasmissione sessuale.

Esistono diversi metodi contraccettivi, ognuno presenta caratteristiche proprie, ma non tutti sono appropriati per tutte le situazioni. La scelta di un tipo di contraccezione piuttosto che un altro è chiaramente soggettiva, dipende dalla salute complessiva della persona, dall'età, dalla frequenza dell'attività sessuale, dalle caratteristiche del flusso mestruale, dal numero di partner sessuali, dalle preferenze personali, dal desiderio di avere gravidanze in futuro.

I metodi contraccettivi disponibili possono essere distinti in **metodi ormonali**, **metodi intrauterini**, **metodi di barriera** e **metodi che potremmo definire di auto-osservazione**.

Metodi contraccettivi ormonali

Tra i contraccettivi ormonali, oggi sono disponibili:

- ***pillola anticoncezionale***, nota anche come *pillola combinata* o *pillola estroprogestinica*. Contiene una combinazione di estrogeni e progesterone e agisce prevenendo l'ovulazione. Esiste anche la *pillola progestinica* o *minipillola*, indicata per le donne che hanno superato i 35-40 anni e che hanno controindicazioni all'uso della pillola estroprogestinica o che soffrono di disturbi del ciclo mestruale (flussi abbondanti e prolungati). Se assunta correttamente, la

pillola anticoncezionale combinata ha un'efficacia pari al 99% e, qualora si dovesse dimenticare di prenderla per un giorno, la percentuale di efficacia scende al 91%: un valore ancora estremamente alto

- **cerotto trans-dermico**, è un altro innovativo metodo contraccettivo ormonale che, applicato sulla cute, rilascia giornalmente un'associazione di estro-progestinici. Il meccanismo d'azione è equivalente a quello della pillola e, infatti, anche l'utilizzo corretto del cerotto assicura una efficacia pari a circa il 99%.
- **anello vaginale**, Contiene bassi dosaggi di estrogeno e progestinico che vengono rilasciati in modo costante, impedendo l'ovulazione. L'anello deve essere introdotto manualmente in vagina e lasciato in sede per 21 giorni; nella settimana successiva alla sua rimozione compare il sanguinamento simile alla mestruazione
- **impianto sottocutaneo**, consiste in un piccolo e sottile bastoncino di materiale plastico, atossico, anallergico, privo di lattice e silicone, lungo 4 cm e spesso 2mm, che contiene solo progestinico. Ha un'efficacia contraccettiva fino a 3 anni. Il meccanismo d'azione è lo stesso di tutti i contraccettivi ormonali: inibizione dell'ovulazione e della penetrazione degli spermatozoi e creazione di un ambiente sfavorevole all'annidamento dell'embrione. L'impianto viene inserito, in ambulatorio, sotto la pelle di un braccio della donna da un ginecologo opportunamente addestrato

Metodi contraccettivi intrauterini

Si tratta di piccoli dispositivi che vengono inseriti all'interno dell'utero. L'applicazione richiede pochi minuti e non è necessaria alcuna anestesia. Hanno un'efficacia elevata (99%) e una durata di diversi anni. Dopo la loro rimozione, la fertilità è rapidamente recuperata. Non è un metodo indicato per le adolescenti e, generalmente, viene sconsigliato in tutte le donne giovani che non hanno ancora avuto un figlio.

- **Spirale o IUD (Intra Uterine Device)**, è un dispositivo intrauterino meccanico con un filamento di rame o di rame e argento.
- **Spirale contraccettiva ormonale (Intra Uterine System - IUS)**, dispositivo in plastica a forma di T che, essendo costituito da una membrana semipermeabile contenente progesterone, può essere annoverato anche tra i metodi contraccettivi ormonali.

Metodi contraccettivi di barriera

I metodi contraccettivi di barriera sono rimovibili e possono rappresentare un'alternativa per le donne che non possono, o non vogliono, utilizzare metodi contraccettivi ormonali o intrauterini. Presentano un'efficacia che va dal 98% al 72%, in base alla correttezza d'uso. Includono il profilattico maschile e il profilattico femminile, i contraccettivi chimici o spermicidi, il diaframma e la coppetta cervicale da abbinare possibilmente a spermicidi:

- **profilattico maschile in lattice**, è il metodo migliore per la protezione contro le malattie sessualmente trasmissibili poiché impedisce il contatto con la mucosa vaginale. Ha un'efficacia contraccettiva medio-alta
- **diaframma**, è costituito da una sorta di cappuccio sottile, in lattice o silicone, montato su una struttura flessibile ad anello, che viene inserito in vagina prima del rapporto sessuale per ostruire il canale cervicale, impedendo, così, l'ingresso degli spermatozoi. Deve essere tenuto in sede per almeno sei - otto ore dopo il rapporto sessuale ed è fondamentale, ai fini dell'efficacia, la corretta applicazione che richiede una certa dimestichezza e pratica.
- **coppetta-cappuccio cervicale**, è un metodo di barriera composto da una soffice coppetta di lattice sottile, o di silicone, con una forma a tronco di cono. È più piccolo rispetto al diaframma e, in genere, più rigido ma il suo uso è molto simile, con un'efficacia leggermente inferiore. È un metodo che ha avuto scarsa diffusione in Italia
- **spermicidi (creme, ovuli, coni, tavolette)**, contraccettivi da introdurre in vagina prima del rapporto sessuale. Hanno efficacia contraccettiva molto limitata che aumenta se sono associati ad altri metodi di barriera

Metodi di auto-osservazione

I metodi di auto-osservazione comprendono i metodi computerizzati, che si basano sulla individuazione dei giorni fertili attraverso il monitoraggio delle concentrazioni ormonali nelle urine con piccoli dispositivi che si comprano, e i metodi così detti “naturali” che prevedono l'astinenza periodica dai rapporti sessuali durante i giorni fecondi della donna. La rilevazione dei giorni fertili avviene sulla base di diversi parametri, come temperatura corporea basale e modificazioni del muco cervicale (**metodo Ogino-Knaus, metodo Billings, metodo della temperatura basale**). I metodi naturali, basandosi sulla semplice osservazione dell'andamento di alcuni parametri fisiologici, non interferiscono in alcun modo con i meccanismi che regolano la fertilità ma **sono poco sicuri poiché dotati di un'efficacia contraccettiva piuttosto bassa**.

Contracezione di emergenza

In Italia, sono in commercio due tipi di contraccettivi di emergenza: **la pillola del giorno dopo** che agisce fino a 72 ore (tre giorni) dopo il rapporto sessuale e **la pillola dei 5 giorni dopo** che agisce fino a 120 ore (cinque giorni). Non sono pillole abortive ma hanno lo scopo di evitare una gravidanza indesiderata dopo un rapporto sessuale non protetto, o non protetto adeguatamente, come nel caso di rottura del profilattico.

Il termine *emergenza* sottolinea che questa forma di contraccezione **deve rappresentare una misura occasionale e non sostituire un regolare metodo contraccettivo**. Entrambi i metodi non proteggono dalla gravidanza qualora si verificano altri rapporti a rischio durante lo stesso ciclo e non proteggono da malattie sessualmente trasmesse.

In Italia, sia **la pillola del giorno dopo**, sia **la pillola dei cinque giorni dopo** non richiedono ricetta medica per le donne maggiorenni, ma solo per le ragazze minorenni. Le **donne minorenni hanno diritto all'utilizzo della contraccezione di emergenza anche in assenza di autorizzazione dei genitori**.

- **SENOLOGIA**

La senologia è quella branca della medicina che si occupa dello studio delle malattie che riguardano la mammella, con particolare attenzione ai **tumori** che coinvolgono questa parte del corpo femminile.

Quali sono le patologie trattate più spesso dal senologo?

Le patologie più spesso trattate dal senologo sono tutte quelle che riguardano la mammella (ascessi, cisti, mastiti, processi infiammatori e infettivi di vario tipo), con particolare riguardo per le neoplasie mammarie.

Quali sono le procedure più utilizzate dal senologo?

Tra le procedure più spesso utilizzate dal senologo ci sono:

- la **visita senologica** (anamnesi del paziente; osservazione del seno; palpazione del seno);
- **esami strumentali** (a seconda dei casi: ecografia mammaria, mammografia, risonanza magnetica, PEM – ovvero una tomografia a emissione di positroni o PET specifica per le mammelle);
- **test genetici** per valutare l'eventuale ereditarietà del tumore al seno.

Quando chiedere un appuntamento con il senologo? Dopo la maturazione sessuale, le donne dovrebbero farsi visitare da un senologo periodicamente, anche in assenza di problematiche particolari o di specifica sintomatologia, per tenere sotto controllo lo stato di salute del proprio seno. Si raccomanda di far riferimento al senologo nel caso in cui si ravvisino a carico delle mammelle:

- **dolore** localizzato o esteso
- presenza di **arrossamenti e/o tumefazioni**
- **noduli** palpabili o visibili
- **alterazioni del capezzolo** (in fuori o in dentro)
- **perdite da un capezzolo** (se la perdita è bilaterale il più delle volte la causa è ormonale)
- **cambiamenti della pelle** (aspetto a buccia d'arancia localizzato) o della forma del seno.

- **RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO**

Il nostro corpo è una macchina perfetta costituita da muscoli, ossa e varie strutture: l'equilibrio delle loro funzioni produce emozioni e movimento e ciò si traduce in salute e

Benessere. Quando però questo equilibrio viene meno si instaura la patologia, che molte volte crea dolore, depressione e isolamento sociale.

Anche il **pavimento pelvico** rientra in queste importanti dinamiche, in quanto è un distretto corporeo che svolge funzioni importantissime ma che per cultura, per inconsapevolezza o per tabù non si conosce e non se ne parla ... ancora.

Allora proviamo a conoscere questo grande "sconosciuto".

Il P.P. è **un insieme di muscoli legamenti e tessuto connettivo situato alla base del bacino** maschile e femminile a sostenere gli organi pelvici (vagina, utero, vescica e retto), dove svolge una serie di funzioni molto importanti, tra cui le più note sono:

-Minzione: i muscoli controllano l'apertura e la chiusura dello sfintere uretrale, consentendo così una perfetta contenzione urinaria;

-Defecazione: con lo stesso principio avviene il controllo fecale

- Funzione sessuale: il pavimento pelvico contribuisce alla sensibilità e al piacere durante i rapporti sessuali;

- Gravidanza;

-Inoltre, interviene nel mantenere una corretta postura e nel regolare il nostro equilibrio, attraverso la sinergia con i muscoli del tronco e il muscolo diaframma che stabilizzano la colonna vertebrale.

Le patologie che riguardano il pavimento pelvico sono varie e riguardano sia il comparto anteriore che quello posteriore, sia nella donna che nell'uomo.

Vediamole:

- **INCONTINENZA URINARIA**

Secondo *l'International Continence Society (ICS)* l'incontinenza urinaria è definita come un'involontaria perdita di urina oggettivamente dimostrata che costituisce un problema igienico o sociale

Possiamo distinguere varie tipologie di questa condizione:

- **Incontinenza urinaria da sforzo**: la perdita di urine in occasione di un aumento della pressione intraddominale (starnuto, colpo di tosse, esercizi fisici)
- **Incontinenza urinaria da urgenza**: si intende la perdita di urina associata e preceduta da stimolo imperioso difficile da rimandare.
- **Incontinenza mista**: condizione caratterizzata dall'associazione di entrambe le tipologie di sintomi.

Fattori di rischio:

-traumi al pavimento pelvico (parti operativi e numero di parti)

-età (con l'avanzare dell'età si perde l'elasticità dei tessuti e quindi la capacità di attivare la muscolatura in maniera corretta)

-menopausa (la menopausa determina un'alterazione dell'equilibrio dell'apparato genito-urinario in seguito a carenza estrogenica)

-obesità

-sedentarietà

Trattamento:

- Nelle varie tipologie di incontinenza l'approccio deve prevedere un iniziale variazione dello stile di vita, definita **terapia comportamentale**, il **trattamento fisioterapico** attraverso degli esercizi di presa di coscienza della muscolatura pelvica e **allenamento muscolare** del pavimento pelvico.
- **Biofeedback ed elettrostimolazione** prevedono l'utilizzo di sonda vaginale o anale che, nel primo caso, fornisce un feedback visivo o sonoro durante la contrazione muscolare e, nel secondo caso, l'applicazione di impulsi elettrici che stimolano in maniera passiva tutta la muscolatura pelvica.
- Terapia manuale, tecniche di massaggi e manipolazioni

○ **SINDROME DELLA VESCICA IPERATTIVA**

È definita dalla presenza di urgenza minzionale diurna e/o nicturia, con incontinenza urinaria o senza. Da questo disturbo possono essere colpiti sia uomini che donne, raramente anche i bambini.

Fattori di rischio:

- età

-traumi (come parti, interventi chirurgici)

- stipsi

-mancata maturità, nel sistema nervoso centrale, dei centri deputati al controllo della minzione

-ernie o protrusioni a livello sacrale

- obesità

-sedentarietà

Trattamento:

-modifica dello stile di vita

-Bladder training, che prevede minzioni programmate e gradualmente il procrastinare dello stimolo fino a normalizzarlo

-esercizi di rinforzo e di rilassamento della muscolatura pelvica

-modifica della dieta, riducendo l'assunzione di caffeina, alcol e cibi acidi

○ INCONTINENZA FECALE

Consiste nella perdita accidentale di feci liquide o solide e/o gas, con significativa riduzione della qualità della vita e con importante impatto sociale.

Fattori di rischio:

- obesità
- età avanzata
- malattie neurologiche
- danno ostetrico (a volte passano degli anni prima dell'inizio dei sintomi)
- chirurgia ano-rettale (emorroidectomia, fistulotomia, sfinterotomia)
- prolassi
- rapporti sessuali anali.

Trattamento:

Anche in questa patologia il trattamento prevede:

- presa di coscienza della muscolatura pelvica
- rinforzo o rilassamento della muscolatura
- terapia strumentale: biofeedback ed elettrostimolazione
- rieducazione al ponzamento (spinta durante la defecazione)

○ STIPSI

Disturbo comune caratterizzato da movimenti intestinali (peristalsi) lenti che disidratano le feci, che diventano dure e secche rendendo difficile l'evacuazione.

Fattori di rischio:

- dieta povera di fibre
- sedentarietà
- farmaci
- patologie come la sindrome dell'intestino irritabile, ipotiroidismo, Parkinson
- depressione

-abuso fisico/sexuale

Trattamento:

Il trattamento della stipsi dipende soprattutto dalla causa di essa e prevede:

-modifiche dello stile di vita

-modifiche della dieta

-attività fisica regolare

-esercizio terapeutico

-terapia strumentale con il biofeedback

○ **SINDROME GENITO-URINARIA (GSM)**

Condizione che può insorgere con la **menopausa** è caratterizzata da secchezza vaginale, dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali), prurito, bruciore vaginale, disuria (difficoltà o dolore durante la minzione).

La GSM è legata all'insorgere della menopausa conseguente alle modifiche endocrine, è cronica e progressiva.

Trattamento:

- Il trattamento di prima linea utilizzato nella GSM è l'utilizzo di ormoni bioidentici

- lubrificanti vaginali, che consentono di gestire la sintomatologia

-terapie strumentali che consentono l'aumento del microcircolo periferico, permettendo così nutrimento, elasticizzazione e idratazione delle mucose e dei tessuti (laser, radiofrequenza)

- esercizio terapeutico per mantenere trofica ed elastica la muscolatura pelvica

○ **•PROLASSO DEGLI ORGANI PELVICI (POP)**

Descensus di uno o più organi pelvici o parte di essi (utero, vescica e retto e quindi riguarda il comparto anteriore e/o quello posteriore)

I sintomi sono:

-sensazione di peso

-percezione di un corpo estraneo

-dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali)

- ritenzione urinaria

- difficoltà minzionali
- stipsi meccanica
- perdite ematiche
- dolore lombosacrale
- defecazione frammentata

Fattori di rischio:

- traumi (parti operativi e numerosi)
- macrosomia fetale
- perdita del trofismo muscolare
- lesione delle fasce che mantengono in sospensione l'utero e la vescica
- dissinergia addomino-pelvica
- obesità

La diagnosi viene eseguita attraverso accurata anamnesi, visita uro-ginecologica, proctologica, tecniche di imaging .

Trattamento:

Il trattamento dei prolapsi del comparto anteriore ma anche di quello posteriore, dipende dalla stadiazione del prolasso:

- nel I e II stadio è indicata la terapia riabilitativa del pavimento pelvico che non è focalizzata a ripristinare il descensus, ma a migliorare il sintomo.
- modifica dello stile di vita
- utilizzo dei peccari, dispositivi in silicone che inseriti in vagina sostengono l'organo disceso
- esercizio terapeutico
- Per quanto che riguarda lo stadio III e IV ci sono indicazioni chirurgiche

○ **DOLORE PELVICO CRONICO(CPP)**

Si tratta di una condizione complessa e debilitante che colpisce sia uomini che donne, caratterizzata da dolore persistente nella regione pelvica (vagina, clitoride, coccige, pene, scroto, adduttori) da almeno sei mesi.

Fattori di rischio:

- infiammazione cronica

- endometriosi
- prostatite cronica
- disbiosi intestinale e vaginale
- cistiti ricorrenti
- traumi
- violenza fisica e/o psichica

Trattamento:

Deve essere sempre personalizzato, in quanto dipende dalla precisa localizzazione del dolore:

- terapia farmacologica (antidolorifici, antinfiammatori, antidepressivi)
- terapia cognitivo-comportamentale
- tecniche di rilassamento

○ **IMPOTENTIA ERIGENDI**

Definita come incapacità di raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente per un rapporto sessuale soddisfacente, con impatto significativo sulla qualità di vita del paziente.

Fattori di rischio:

- intervento chirurgico di asportazione prostata (prostatectomia)
- età
- obesità
- fumo
- alcol
- malattie cardiocircolatorie (aterosclerosi, ipertensione)
- malattie neurologiche (sclerosi multipla, morbo di Parkinson)
- squilibri ormonali (calo del testosterone) –
- sedentarietà
- bassa autostima e problemi di relazione

Trattamento:

- Prevede l'uso di farmaci
- terapia psicologica
- dispositivi che creano vuoto per favorire l'erezione
- esercizio terapeutico per il recupero della sensibilità e della forza muscolare
- terapia strumentale (elettrostimolazione perineale)

Occorre precisare che la riabilitazione del pavimento pelvico gioca un ruolo fondamentale:

- nel pre e post-parto, a causa delle grandi modificazioni corporee che la gravidanza comporta;
- prima e dopo interventi alla prostata, alla vescica, all'uretra e all'utero, sia a scopo preventivo che curativo: spesso, infatti, la fisioterapia può aiutare a scongiurare o limitare il pericolo dell'incontinenza e dei prolassi.

○ **Disfunzioni del pavimento pelvico e aspetti psicologici**

Le problematiche legate al pavimento pelvico non si limitano a influenzare la salute fisica, ma hanno anche un **forte impatto emotivo e psicologico nella vita quotidiana delle donne**. Molte di loro, infatti, vivono un **profondo senso di disagio, tristezza e isolamento a causa di queste disfunzioni**. Gli effetti possono essere evidenti in diversi ambiti:

- **Sociale**: la donna può **ridurre i contatti con gli altri** e rinunciare ai momenti di svago e di interazione, **sentendosi a disagio in contesti di gruppo**.
- **Sessuale**: il dolore, così come l'incontinenza urinaria o fecale, possono **indurla a evitare le relazioni intime o a sentirsi meno desiderabile per il partner**.
- **Lavorativo**: affrontare la giornata lavorativa può generare **ansia e insicurezza**, soprattutto se la donna si sente **limitata nella libertà di gestire le proprie necessità fisiche**, come recarsi spesso in bagno.

Queste condizioni possono portare a sentimenti di solitudine e a trascurare il problema, sperando che passi con il tempo. Per questo è fondamentale approfondire la conoscenza della muscolatura pelvica e promuovere un approccio integrato che includa il trattamento fisico e il sostegno psicologico, oltre a diffondere consapevolezza sui mezzi a disposizione per recuperare il controllo della propria vita.

- **Il Dolore Pelvico Cronico**, in particolare, condiziona in modo importante la gestione della vita quotidiana della donna e ha importanti ripercussioni psicologiche:
 - Quando il dolore delle pazienti viene minimizzato o non riconosciuto, si innesca **un circolo vizioso di isolamento e sofferenza psicologica**: questa mancanza di validazione non solo aggrava il senso di solitudine, ma intensifica anche condizioni emotive e fisiche già fragili, come ansia, depressione e problemi legati al sonno.
 - E' facile comprendere le **ripercussioni derivanti dall'esperienza del dolore sulla sessualità**, momenti che dovrebbero essere, invece, fonte di piacere.
La difficoltà o impossibilità di vivere rapporti sessuali o diventare madre può generare una profonda frustrazione sia nella donna affetta da Dolore Pelvico Cronico, sia nel suo partner.

Spesso, **il partner può sentirsi respinto, frustrato o provare sensi di colpa** pensando di essere lui stesso la causa del dolore durante tentativi precedenti di intimità. D'altro canto, la donna potrebbe sperimentare **rabbia verso se stessa o il partner**, temendo l'abbandono. In alcuni casi, **l'ansia anticipatoria legata alla possibilità di provare dolore può portare la donna ad allontanarsi fisicamente dal partner**, riducendo anche altre forme di vicinanza e tenerezza, come baci e abbracci. Inoltre, il desiderio sessuale può diminuire drasticamente, influenzato dai ricordi negativi e dalle sensazioni di disagio vissute nei rapporti precedenti.

Gli **obiettivi del supporto psicologico nelle donne affette da disturbi del pavimento pelvico** sono molteplici:

- Ascoltarsi ed accogliere il proprio disagio emotivo.
- Favorire una maggiore consapevolezza di sé.
- Aiutare a gestire il vissuto emotivo del dolore.
- Affrontare sentimenti di solitudine e paura di non guarire.
- Affrontare ansia, depressione e vulnerabilità.
- Elaborare esperienze traumatiche che spesso fanno parte del vissuto delle pazienti.
- **Spezzare il ciclo del dolore, che si nutre di tensione muscolare e stress emotivo**, intensificando le difficoltà fisiche.
- Trattare le difficoltà legate alla sfera sessuale: **il percorso psicologico, infatti, può essere esteso alla coppia**, per aiutare i partner a gestire le tensioni emotive e sessuali, evitando che queste portino a un allontanamento e allo spegnimento del desiderio.

• **RIABILITAZIONE UROLOGICA**

La riabilitazione urologica è un approccio terapeutico multidisciplinare che mira a **migliorare la funzionalità del sistema urinario e del pavimento pelvico**. È particolarmente utile per affrontare condizioni come l'incontinenza urinaria, la ritenzione urinaria, le disfunzioni del pavimento pelvico e il recupero post-operatorio dopo interventi urologici o ginecologici anche di natura oncologica.

Le tecniche e i trattamenti più comuni includono:

- Esercizi del pavimento pelvico: come gli esercizi di Kegel, per rafforzare i muscoli che supportano la vescica e gli organi pelvici.
- Biofeedback: una tecnica che utilizza sensori per aiutare i pazienti a controllare meglio i muscoli del pavimento pelvico.
- Stimolazione elettrica funzionale: per migliorare la contrazione muscolare e la coordinazione.
- Terapie comportamentali: per modificare abitudini che possono influenzare negativamente la salute urinaria, come il consumo eccessivo di caffeina o la gestione inadeguata della minzione.

- Supporto psicologico: per affrontare l'impatto emotivo e psicologico di problemi urologici cronici.

Questi trattamenti sono personalizzati in base alle esigenze del paziente e possono essere combinati per ottenere risultati ottimali.

- **MENOPAUSA E SALUTE PSICO-CORPOREA A 360 GRADI**

La stagione fertile della vita femminile termina con l'ingresso in menopausa.

La **menopausa fisiologica** è una tappa naturale nella vita di ogni donna, definita come la **cessazione delle mestruazioni spontanee per 12 mesi**. Sarebbe più corretto descrivere la menopausa come il risultato del naturale esaurimento dell'attività delle ovaie, che smettono di produrre estrogeni e di rilasciare ovuli.

Questo processo, benché a volte percepito come un evento unico, è in realtà una **transizione graduale** che avviene in un intervallo che varia da alcuni mesi a qualche anno e che si accompagna al progressivo calo della funzione ovarica.

Questo periodo di transizione è chiamato **peri-menopausa** e le manifestazioni che lo caratterizzano variano da una donna all'altra, in termini di frequenza, intensità e durata, e comprendono:

- **Alterazione del ritmo mestruale**: il ciclo tende ad accorciarsi/allungarsi con ritardi protratti fino a periodi di silenzio mestruale della durata anche di alcuni mesi; le mestruazioni possono essere più abbondanti/scarse; comparsa di perdite intermestruali (spotting). Tali alterazioni si accompagnano a ovulazione irregolare e ridotta fertilità.
- **Peggioramento dei sintomi premestruali**: possono aumentare la ritenzione idrica, il peso, il senso di gonfiore; possono inoltre accentuarsi l'irritabilità, il "bisogno" di cibi dolci, il nervosismo.
- **Disturbi del sonno**: risvegli frequenti, insonnia.
- **Difficoltà di controllo del peso corporeo**: caratteristico l'incremento di grasso a livello addominale.
- **Instabilità emotiva**
- **Vampate di calore**
- **Secchezza vaginale**

I tempi della menopausa

La maggior parte delle donne entra in menopausa **tra i 45 e i 55 anni**, ma alcuni fattori possono influire sul suo inizio ad un'età inferiore, come il fumo, un basso indice di massa corporea (BMI), la nulliparità (non avere avuto figli) e un basso livello di istruzione.

Si parla di menopausa precoce, prematura o tardiva in base all'età del suo esordio, ovvero:

- **Precoce** quando inizia prima dei 40 anni;
- **Prematura** quando inizia prima dei 45 anni;

- **Tardiva** quando si verifica dopo i 55 anni.

La condizione di **menopausa precoce** è la più frequente rispetto a quella prematura e tardiva e in un terzo delle sue forme si osserva una familiarità. Studi scientifici hanno messo in evidenza anomalie numeriche o strutturali a carico del cromosoma X (mutazione FMR1) o mutazioni di cromosomi coinvolti nella regolazione della funzione ovarica. Si osservano inoltre casi di menopausa precoce dovuta a meccanismi autoimmuni.

La **post-menopausa** inizia al termine della menopausa, quando **il ciclo si è interrotto ormai da 12 mesi**.

Quali sono i sintomi della menopausa?

- **Disturbi vasomotori:** vampate di calore accompagnate da sudorazione profusa e tachicardia (diurne e notturne).
- **Disturbi del sonno:** insonnia, risvegli frequenti.
- **Disturbi psichici:** ansia, irritabilità, difficoltà di concentrazione, deflessione del tono dell'umore.
- **Disturbi uro-ginecologici:** secchezza vaginale, riduzione dell'elasticità vaginale, maggiore sensibilità alle infezioni (cistiti), disturbi della minzione (urinare spesso).
- **Atrofia vulvovaginale e urogenitale.**
- **Disturbi della sessualità:** calo del desiderio sessuale, difficoltà di eccitazione, dolore nel rapporto (*dispareunia superficiale*).
- **Dolori muscolari e osteo-articolari**
- **Aumento del peso corporeo**
- **Alterazioni trofiche di cute e annessi:** assottigliamento e aumento della secchezza della pelle, diradarsi dei peli e, talvolta, perdita di capelli.

Le "vampate" di calore

Le vampate di calore e le sudorazioni notturne sono **sintomi vasomotori** frequenti tra le donne in menopausa, interessando circa il 65%.

Le **vampate** si presentano come **improvvisi sensazioni di calore concentrate su petto, collo e viso**, spesso accompagnate da **sudorazione** seguita da **brividi, palpitazioni o ansia**. Questi episodi possono durare pochi minuti o, in alcuni casi, fino a mezz'ora. Le sudorazioni notturne, una forma di vampate, disturbano il sonno e si verificano durante la notte.

I fattori scatenanti includono ambienti caldi, stress e consumo di bevande o cibi caldi.

Anche se la causa specifica non è completamente compresa, si pensa che **bassi livelli di estrogeni e cambiamenti in altre molecole come FSH e inibina B** abbiano un ruolo, influenzando le endorfine nell'ipotalamo.

La sindrome genito-urinaria

Con questo termine si indicano una serie di disturbi comuni durante la **post-menopausa**, come **l'atrofia vulvovaginale**, che colpisce circa il 45% delle donne, e **problematiche del tratto urinario inferiore**.

Prima della menopausa il tessuto vaginale è spesso, elastico e ben lubrificato, ma con il calo degli estrogeni, diventa più sottile, secco e meno flessibile: tali cambiamenti fisiologici possono provocare come sintomo principale la **secchezza vaginale** ed anche infiammazioni, perdite anomale, un aumentato rischio di infezioni (a causa di un pH più elevato e alterazioni nella flora batterica naturale) e, di conseguenza, possono presentarsi sintomi come prurito, dolore o fastidio durante i rapporti sessuali (dispareunia).

Anche il **tratto urinario** può essere coinvolto, causando **frequenza urinaria**, necessità di alzarsi di notte per urinare o episodi di **incontinenza**. Non è completamente chiaro se ciò derivi dall'invecchiamento o dalla riduzione degli estrogeni, ma si ipotizza che i **cambiamenti nel pH** vaginale e nella flora batterica favoriscano le infezioni urinarie.

La menopausa iatrogena

La **menopausa iatrogena** si verifica quando **la cessazione della funzione ovarica è causata da interventi medici**, come la rimozione chirurgica delle ovaie (ovariectomia) o trattamenti come chemioterapia e radioterapia, necessari per trattare condizioni come tumori, fibromi o altre patologie gravi.

A differenza della menopausa naturale, che avviene gradualmente, quella iatrogena è spesso **improvvisa** e può comportare **sintomi più intensi**, come vampate di calore, sudorazioni notturne, secchezza vaginale e dolori articolari.

La gestione dei sintomi può includere terapie ormonali sostitutive, quando appropriate, o approcci alternativi come integratori specifici, vitamina D e uno stile di vita sano.

Menopausa, umore e aspetti psicologici

La menopausa può **influenzare l'umore**, portando a **depressione, ansia, calo della libido e difficoltà di concentrazione**.

Durante la transizione menopausale, le donne hanno un rischio da 2 a 4 volte maggiore di sviluppare **sintomi depressivi** rispetto al periodo precedente. Questi cambiamenti sono spesso collegati alle **fluttuazioni ormonali**, al deficit estrogenico e alla presenza di sintomi vasomotori, come vampate e sudorazioni notturne, che possono aumentare il disagio complessivo.

Nell'eventuale insorgenza di sintomi depressivi intervengono molti altri **fattori individuali e socio-ambientali** come la scolarità o situazioni familiari particolari. Anche i **disturbi del sonno**, che si manifestano già nel climaterio, possono avere un impatto molto pesante sulla vita di tutti i giorni, rappresentando un fattore di rischio per l'insorgenza di depressione.

Le donne che hanno familiarità per i disturbi depressivi o hanno avuto pregressi disturbi dell'umore correlati alla fase riproduttiva, come depressione post-partum e sindromi premestruali di grave entità, sono più a rischio.

La menopausa può avere anche **un forte impatto “sull’essere donna” e avere delicate ripercussioni psicologiche**. Le reazioni e le modalità di risposta e adattamento a questo grande cambiamento dipendono da diversi fattori individuali e sociali, come la personalità, il contesto socio-familiare e lavorativo.

Alcune donne vivono questa “stagione” come un momento negativo, attribuendo alla scomparsa delle mestruazioni e ai cambiamenti fisiologici dell’aspetto fisico un **significato di perdita** e, dunque, un venir meno **della femminilità e della fertilità**. Altre donne, invece, accettano la scomparsa delle mestruazioni come un evento naturale, come una fase della vita, per quanto segni inequivocabilmente lo scorrere del tempo.

Le manifestazioni individuali possono essere così diverse dal variare minimamente la qualità della vita sino a comprometterla, portando, ad esempio, a disturbi depressivi.

È importante, quindi, che le donne che affrontano i cambiamenti della menopausa possano avere il giusto **sostegno e accompagnamento psicologico**.

Menopausa e sessualità

La menopausa segna la fine della fertilità biologica, ma non della sessualità. Tuttavia, molte donne sperimentano modificazioni significative nella risposta sessuale, nel desiderio e nella gratificazione, che derivano da una complessa interazione tra fattori ormonali, neurobiologici, emotivi e relazionali. Per quanto riguarda i fattori biologici e neuroendocrini, la riduzione di estrogeni e testosterone influisce sulla lubrificazione vaginale, sulla vascolarizzazione genitale e sulla sensibilità dei tessuti. I neurotrasmettitori serotonina e dopamina, regolati dagli estrogeni, modulano il desiderio sessuale e il loro squilibrio, in questa fase della vita della donna, può ridurre la libido.

Infine, può insorgere la sindrome genitourinaria della menopausa (**vedi paragrafo**): essa include secchezza vaginale, dispareunia (dolore durante i rapporti), urgenza urinaria e infezioni ricorrenti.

Circa 3 donne in menopausa su 4 riferiscono di avere incontrato difficoltà nella propria vita intima, legate prevalentemente al calo del desiderio (38%) e a problematiche vaginali, quali secchezza o irritazioni (28%). Seguono il cambiamento della propria immagine corporea (15%), la comparsa di dolore durante il rapporto sessuale (13%) e lo scarso interesse verso il partner (8%). Tali difficoltà hanno compromesso parzialmente o totalmente, in circa 1/3 dei casi, la vita sessuale.

Il 41% riferisce di aver fatto uso di prodotti locali, mentre il 38% dichiara di non aver adottato rimedi specifici. Circa una donna su tre non ne ha mai parlato con nessuno di tali aspetti (Osservatorio O.N.D.A.).

Di grande importanza sono anche gli aspetti psicologici e relazionali, che possono influenzare la sessualità in menopausa. I cambiamenti di questa fase possono avere un impatto sull’identità femminile e la menopausa può essere vissuta come una perdita di giovinezza o attrattività, influenzando l’autostima e il desiderio.

Anche le tipiche variazioni dell’umore, irritabilità, ansia, insonnia e difficoltà di concentrazione possono ridurre la disponibilità emotiva e sessuale della donna in menopausa.

La qualità della relazione di coppia e della comunicazione, l’empatia e la capacità di adattarsi ai cambiamenti corporei ed emotivi giocano un ruolo cruciale per quanto riguarda l’aspetto sessuale in questa fase.

Infine, anche fattori culturali e sociali, il modo in cui la società rappresenta la donna in menopausa può influenzare la percezione individuale della sessualità.

La gestione dei sintomi della menopausa

I sintomi legati alla menopausa possono essere gestiti diversamente a seconda della loro natura e intensità. I sintomi vasomotori, come vampate di calore e sudorazioni notturne, tendono a ridursi nel tempo per molte donne. Per gestirli, si possono adottare strategie pratiche, come abbassare la temperatura dell'ambiente, vestirsi a strati e evitare cibi e bevande caldi. Anche smettere di fumare può essere d'aiuto.

L'opzione più efficace, per molte donne resta la **terapia ormonale sostitutiva (TOS)**, che utilizza **estrogeni** per alleviare non solo i sintomi vasomotori, ma anche quelli vaginali e urogenitali. Gli estrogeni possono essere assunti per via orale, transdermica (cerotti) o vaginale; tuttavia, la terapia ormonale deve includere un progestinico per prevenire rischi come l'iperplasia endometriale, salvo nei casi in cui l'utero sia stato rimosso.

La TOS non trova indicazione in tutte le donne e la **decisione terapeutica deve essere sempre personalizzata**, formulata nell'ambito del rapporto personale con il proprio medico sulla base delle condizioni di salute della donna, delle sue esigenze e priorità in relazione ai possibili rischi e benefici. La TOS dovrebbe essere prescritta all'inizio del periodo menopausale e dopo tre - cinque anni, è sempre opportuno rivalutare le scelte terapeutiche in un'ottica rischi-benefici, per decidere se continuare o interrompere la terapia in corso che va eseguita, ove possibile, al più basso dosaggio efficace.

Molte donne, per gestire i sintomi della menopausa, cercano anche **trattamenti alternativi**, ad esempio utilizzo di soia, cimicifuga racemosa o agopuntura, ma le evidenze scientifiche finora non confermano un'efficacia superiore al placebo ed è, quindi, importante valutare queste opzioni con un professionista.

Per i sintomi urinari e l'atrofia vulvovaginale, si consigliano **lubrificanti o creme idratanti a base di vitamina E**. Tuttavia, l'applicazione locale di estrogeni nella vagina si è dimostrata più efficace e porta benefici in pochi mesi, secondo l'esperienza dell'80% delle donne trattate.

La prevenzione delle problematiche legate alla menopausa

La **diminuzione degli estrogeni** che si verifica in menopausa **aumenta il rischio di alcune patologie** e problematiche ginecologiche.

Per la prevenzione di tali alterazioni è importante:

- Assumere integratori di **calcio e vitamina D** per prevenire l'osteoporosi.
- Mantenere **un'attività fisica regolare** e una **sana alimentazione** per mantenere attivo il metabolismo.
- Utilizzare **lubrificanti vaginali** per prevenire la secchezza, che può causare fastidio e dolore durante i rapporti sessuali.
- Discutere col ginecologo della possibilità di utilizzo delle **terapie ormonali sostitutive (TOS)**.

Trattamenti per la menopausa

Laser vaginale, elettroporazione con estrogeni e radiofrequenza pelvica sono tecnologie non invasive che aiutano a migliorare la salute genitale e il benessere sessuale durante la menopausa, contrastando secchezza, dolore e perdita di tono. Questi trattamenti sono ambulatoriali, indolori e personalizzabili e possono essere integrati con terapie ormonali o usati come alternativa per chi non può o non vuole assumere ormoni.

- Il Laser vaginale è una tecnologia che utilizza impulsi di luce per stimolare i tessuti vaginali. Il calore controllato prodotto dal laser attiva i fibroblasti, le cellule che producono collagene ed elastina, migliorando la struttura e l'idratazione della mucosa. Durante la menopausa, la riduzione degli estrogeni causa assottigliamento e secchezza della mucosa vaginale (atrofia). Il laser aiuta a ripristinare l'elasticità, la lubrificazione e il trofismo dei tessuti, riducendo sintomi come bruciore, prurito, dolore ai rapporti (dispareunia) e microlesioni.
- L'elettroporazione con estrogeni è una tecnica che utilizza impulsi elettrici a bassa intensità per rendere le membrane cellulari più permeabili. Questo permette di veicolare in profondità sostanze terapeutiche, come estrogeni locali, acido ialuronico o altri principi attivi, senza aghi né incisioni. In menopausa è particolarmente utile per somministrare estrogeni locali in modo mirato, migliorando l'efficacia e riducendo gli effetti sistemici. Può alleviare l'atrofia vulvo-vaginale, migliorare la lubrificazione, ridurre la sensazione di secchezza e favorire la rigenerazione dei tessuti.
- La riabilitazione pelvica con radiofrequenza utilizza onde elettromagnetiche per generare calore nei tessuti profondi. Questo stimola il metabolismo cellulare e la produzione di collagene, migliorando tono, elasticità e circolazione. In menopausa può essere impiegata per rafforzare il pavimento pelvico, migliorare l'elasticità vaginale e trattare disturbi come incontinenza urinaria, ipertono muscolare, vulvodinia e dolore ai rapporti. È utile anche dopo interventi ginecologici.

○ **Ultime ricerche sulla Menopausa**

Le ultime ricerche scientifiche nel campo stanno indagando in che modo le prime fasi della menopausa influenzano la salute del cervello e come ciò potrebbe impattare sullo sviluppo di nuovi trattamenti dei sintomi.

In particolare, un recentissimo studio pubblicato sulla rivista *Nature* ha identificato **5 geni** che sembrano avere un'influenza particolarmente significativa sul *timing* della menopausa, cioè il momento in cui questa si verifica.

I geni in questione sono ETAA1, ZNF518A, PNPLA8 e i ricercatori hanno scoperto che, nel campione di donne esaminato, coloro che possedevano solo una copia funzionante di tali geni sperimentavano la menopausa tra i 2 e i 5,5 anni prima della media. Al contrario, chi ha una particolare variante del gene SAMHD1 entra in menopausa poco più di un anno dopo la media.

Inoltre, i cambiamenti osservati in SAMHD1 potrebbe essere collegati anche al rischio di cancro.

Un altro studio recente dimostra risultati promettenti a breve termine (4-12 settimane), in termini di riduzione significativa del numero e della gravità delle vampate di calore, nell'impiego di un trattamento non ormonale chiamato *elinzanetant*; un miglioramento del sonno e della qualità della vita complessiva sono stati registrati a 12 settimane di trattamento.

- **RIGENERAZIONE OVARICA E PRP**

Il PRP, plasma ricco di piastrine o *Platelet-Rich Plasma (PRP)*, originariamente utilizzato in medicina sportiva e ortopedica per stimolare la guarigione dei tessuti, ha recentemente attirato l'attenzione per il suo **potenziale rigenerativo nell'ambito della medicina riproduttiva**.

Si tratta una tecnica promettente ed innovativa il cui utilizzo è aumentato negli ultimi anni: iniettato direttamente nelle ovaie, nell'endometrio ecc stimola la rigenerazione grazie ai fattori di crescita contenuti nelle piastrine e può essere un valido supporto per le donne e le coppie che affrontano problemi di infertilità, difficoltà nel mantenimento della gravidanza, endometriosi, disfunzioni sessuali.

Il PRP si ottiene dal sangue della persona stessa, che viene **centrifugato per concentrare le piastrine**. Durante questa fase, il sangue viene separato nei suoi componenti principali: il plasma, i globuli rossi e i globuli bianchi ed il risultato è un concentrato di piastrine sospese nel plasma, che contiene una grande quantità di **fattori di crescita, proteine e altre molecole bioattive**.

In particolare, tale tecnica viene impiegata per:

- **Il ringiovanimento ovarico:** è un presidio medico *antiage* per **migliorare la riserva ovarica e la qualità degli ovociti** nelle donne con basso AMH, con insuccessi ai programmi di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) da fattore ovocitario o per la **prevenzione della menopausa precoce**. Può rappresentare l'unica possibilità per le coppie che non vogliono ricorrere alle tecniche di fecondazione eterologa.
L'inserimento, per via ecografica transvaginale in leggera sedazione, di PRP o Stem Cell stimola la **neoangiogenesi** con conseguente aumento dei vasi e apporto di ossigeno e materiale nutritivo; stimola la produzione di nuove cellule endocrine, attira le cellule staminali con conseguente miglioramento e ringiovanimento.
- La **rigenerazione endometriale:** previene o risolve patologie infiammatorie a carico dell'endometrio (la mucosa che riveste la cavità uterina e dove avviene l'impianto dell'embrione), atrofie o alterazioni immunitarie che possono ostacolare l'impianto embrionario o sono causa di aborti precoci. L'introduzione subendometriale, per via isteroscopica di PRP o *Stem Cell*, stimola la produzione di nuovi vasi migliorando il

microcircolo endometriale e migliorando di conseguenza la crescita e la qualità dell'endometrio.

- La disfunzione erettile: una delle cause più frequenti dell'impotenza è l'alterazione a carico del tessuto spongioso dei corpi cavernosi. Processi infiammatori, alterazioni vascolari e altre condizioni danneggiano tali strutture, causando l'impotenza. L'inoculazione di PRP nei corpi cavernosi rigenera tali strutture permettendo una valida erezione.
- I genitali: a seguito dell'involuzione senile, della menopausa o dopo traumi o parti, i genitali esterni femminili possono andare incontro a riduzione dell'elasticità e del tono con conseguenti disturbi funzionali, quali incontinenza o difficoltà nei rapporti sessuali. L'inoculazione di PRP seguita poi dall'impiego delle frequenze 448 KHZ, può risolvere efficacemente tali problematiche.
- L'endometriosi: si tratta di una malattia invalidante caratterizzata da dolori, aderenze e intensi processi infiammatori in grado di danneggiare le cellule e l'ovocita. L'inoculazione di pappe piastriniche nei focus endometriosisi ovarici riduce l'infiammazione e induce la rigenerazione del tessuto, con miglioramento della sintomatologia e della qualità dell'ovocita. Le successive sedute di ossigeno-ozono terapia (H.A.R.O.T.) decongestionano la pelvi, sfiammano l'organismo e migliorano il microbiota intestinale.

Vantaggi e limiti del PRP

- Trattandosi di un prodotto autologo, cioè, proveniente dal paziente stesso, **non comporta rischi di rigetto o reazioni allergiche.**
- Può **migliorare la qualità follicolare e il potenziale di impianto endometriale**, provocando anche una riduzione delle sospensioni di cicli di PMA dovute a una scarsa risposta ovarica.
- Può essere combinato con altri trattamenti
- **L'evidenza scientifica a lungo termine è ancora limitata.** Le ricerche si riferiscono a campioni piccoli e **non esiste una standardizzazione** uniforme delle tecniche.
- I **benefici variano notevolmente da paziente a paziente** ed è necessario ulteriore lavoro di ricerca per definire i protocolli ottimali e identificare i pazienti che traggono maggior beneficio dal trattamento.

- **GINECOLOGIA ONCOLOGICA**

La Ginecologia Oncologica si occupa della diagnosi, della stadiazione e del trattamento chirurgico delle Neoplasie del Tratto Genitale Femminile.

Queste comprendono:

- **Carcinomi della Vagina e della Vulva**

- **Carcinoma della Cervice Uterina**
- **Carcinoma dell'Endometrio (corpo dell'utero)**
- **Carcinomi dell'Ovaio, delle Tube e del Peritoneo**

A cosa serve la visita di ginecologia oncologica?

La visita di ginecologia oncologica ha lo scopo di definire il percorso di trattamento per la donna con tumore ginecologico, che è diverso per ogni tumore e per ogni paziente. Terapia e protocolli in ginecologia oncologica sono definiti sulla base delle esigenze della donna e delle caratteristiche biologiche, molecolari e cliniche del tumore, grazie all'analisi molecolare, e valutati in collaborazione con il team multidisciplinare che include specialisti in ginecologia, chirurgia ginecologica, ginecologia oncologica medica, radioterapia, anatomia patologica, medicina nucleare e biologia molecolare.

I trattamenti oncologici possono prevedere l'uso di farmaci standard e terapie innovative come, per esempio, le terapie biologiche

○ La preservazione della fertilità femminile in caso di patologia oncologica

In campo oncologico sia i trattamenti medici sistemici (come la chemioterapia, l'immunoterapia e l'ormonoterapia) sia le terapie locali (come la radioterapia e la chirurgia) possono essere **causa d'infertilità, definitiva o temporanea, per un danno diretto o indiretto sul funzionamento degli organi riproduttivi**.

Nelle donne, la fertilità può essere compromessa da qualsiasi trattamento che riduca il numero degli ovociti, che colpisca l'equilibrio ormonale o che interferisca con il funzionamento degli organi riproduttivi (ovaie, tube, utero o cervice). Anche la chirurgia può causare un danno anatomico agli organi riproduttivi femminili o causare una compromissione del loro funzionamento con conseguente infertilità.

In ambito femminile, sono le pazienti con età superiore a 35-40 anni ad essere le più suscettibili ai trattamenti, in quanto le ovaie di pazienti più giovani possono sopportare dosi maggiori di farmaci chemioterapici.

In Italia, la preservazione della fertilità per i pazienti oncologici è regolata da linee guida e normative che mirano a garantire il diritto alla procreazione anche in presenza di malattie oncologiche. Le tecniche disponibili includono la crioconservazione di ovociti, embrioni, tessuto ovarico per le donne e di liquido seminale o tessuto testicolare per gli uomini.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato linee guida aggiornate nel 2021 per promuovere la preservazione della fertilità e sensibilizzare i pazienti sui rischi legati ai trattamenti oncologici. Inoltre, la Legge 40/2004 disciplina la procreazione medicalmente assistita, fornendo un quadro normativo per le tecniche di preservazione della fertilità.

Come suggerito dalle principali società scientifiche internazionali (ASCO, ESMO) e nazionali (AIOM), è importante che tutti i pazienti con diagnosi di tumore in età riproduttiva (ma anche in età pre-

pubere) vengano adeguatamente **informati sul rischio di riduzione/perdita della fertilità** in seguito ai trattamenti antitumorali o sulla riduzione delle possibilità riproduttive per i trattamenti che durano molti anni e spostano in avanti l'età in cui la donna può provare ad avere una gravidanza e, al tempo stesso, **sulle strategie oggi disponibili** per limitare tale rischio.

Se la gravidanza non arriva naturalmente e se prima di iniziare i trattamenti oncologici la donna ha deciso di congelare i propri ovociti può ricorrere in seguito alle tecniche di **procreazione medicalmente assistita (PMA)**.

Le **principali tecniche di preservazione della fertilità nelle giovani donne** sottoposte a trattamenti oncologici sono:

- **Soppressione ovarica con analogo LH-RH:** rende le ovaie temporaneamente inattive, prima e durante la chemioterapia, attraverso la somministrazione di analoghi LH-RH, riducendo i danni da chemioterapia. Questa tecnica permette di preservare non solo la fertilità, ma l'intera funzione ovarica con una maggiore probabilità di ripresa del ciclo mestruale dopo il trattamento chemioterapico può essere effettuata anche in associazione alle tecniche di criopreservazione, aumentando così le probabilità di una futura gravidanza.
- **Criopreservazione di ovociti:** è indicata solo per le pazienti che hanno la possibilità di rinviare il trattamento chemioterapico di 2-3 settimane e che hanno una riserva ovarica adeguata per il recupero di un numero sufficiente di ovociti. La tecnica prevede una fase di stimolazione ormonale farmacologica della durata di circa 9-15 giorni, seguita dal prelievo degli ovociti e dalla successiva valutazione, selezione e crioconservazione degli ovociti raccolti.
- **Criopreservazione di tessuto ovarico:** una tecnica sperimentale che prevede il congelamento di tessuto ovarico per un successivo reimpianto. I vantaggi sono di non richiedere né un partner/donatore, né una stimolazione ormonale, né la maturità sessuale della paziente. Può, inoltre, essere effettuata in qualsiasi momento del ciclo mestruale per le pazienti in età fertile, permettendo di non ritardare l'inizio del trattamento chemioterapico. La procedura prevede un intervento chirurgico laparoscopico per prelevare dei frammenti di tessuto ovarico, che verrà poi crioconservato e potrà essere poi reimpiantato qualora la paziente desideri avere una gravidanza al termine dei trattamenti.
- **Trasposizione ovarica:** detta anche ooforopessi, è una tecnica che permette di ridurre la dose di radiazioni che raggiunge l'ovaio per neoplasie a sede pelvica (principalmente tumore della cervice e del retto) attraverso lo spostamento chirurgico delle ovaie fuori dal campo di irradiazione pelvica. La procedura può essere effettuata per via laparoscopica e la percentuale di preservazione della funzionalità ovarica varia dal 33% al 91%.
- **Chirurgia conservativa:** consiste in interventi minimamente invasivi o l'uso di farmaci per evitare di asportare interamente gli organi riproduttivi in pazienti in età fertile. Questo tipo

di chirurgia si può effettuare in pazienti motivate al concepimento e idonee, con buona prognosi e disponibili ad uno stretto follow-up (controlli più ravvicinati nel tempo).

• **NUTRIZIONE E BENESSERE DELLA DONNA**

La nutrizione è un elemento fondamentale per garantire il **benessere fisico e mentale**, e per le donne riveste un'importanza particolare in diverse fasi della vita. Dagli anni della giovinezza alla gravidanza, fino alla menopausa, i **bisogni nutrizionali cambiano** e richiedono attenzione e cura.

Una **dieta equilibrata** è essenziale per il mantenimento della salute. Essa deve includere una varietà di alimenti che forniscano i nutrienti necessari, come proteine, carboidrati, grassi sani, vitamine e minerali. È importante puntare su:

- **Frutta e verdura**: Ricche di antiossidanti, vitamine e fibre, sono fondamentali per mantenere il sistema immunitario forte e contribuire a una buona digestione.
- **Proteine**: Essenziali per la costruzione e la riparazione dei tessuti, le proteine possono essere ottenute da fonti animali e vegetali come carni magre, pesce, legumi e cereali integrali.
- **Grassi sani**: non tutti i grassi sono dannosi. Gli acidi grassi omega-3, ad esempio, presenti nel pesce azzurro e nelle noci, sono utili per la salute del cuore e per la funzione cerebrale.
- **Cereali integrali**: rappresentano una fonte di energia a lungo termine e sono utili per mantenere stabili i livelli di zucchero nel sangue.

Nutrizione femminile e fasi della vita

La nutrizione della donna si deve adattare alle varie fasi della vita:

Adolescenza: questa fase richiede nutrienti come il **ferro e il calcio per supportare la crescita e lo sviluppo**. È fondamentale incoraggiare abitudini alimentari sane che possano durare nel tempo.

Gravidanza: le donne in gravidanza hanno bisogno di un **apporto calorico maggiore** a seconda della fase della gravidanza e **di nutrienti specifici**, come acido folico, ferro e calcio, per sostenere la crescita del bambino e la propria salute.

Allattamento: è importante che la madre segua una **dieta equilibrata e variata**, ricca di frutta, verdura, proteine e cereali integrali, per garantire il giusto apporto nutritivo sia a sé stessa che al neonato. Bere adeguata acqua e limitare cibi ricchi di zuccheri e grassi saturi contribuisce a mantenere un buono stato di salute durante questo periodo delicato.

Menopausa: durante questa fase, il fabbisogno di alcuni nutrienti può cambiare. È importante integrare la dieta con alimenti ricchi di calcio e vitamina D per **sostenere la salute delle ossa e considerare fonti di fitoestrogeni**, come la soia, per alleviare alcuni sintomi.

Stile di vita e benessere psicologico femminile

La nutrizione non è solo questione di alimentazione, ma è strettamente legata a uno stile di vita sano. **L'attività fisica regolare, la gestione dello stress e un sonno di qualità** sono componenti chiave

per il benessere complessivo. La **meditazione, lo yoga e altre pratiche di rilassamento** possono aiutare a migliorare la salute mentale e a favorire una relazione positiva con il cibo.

Investire nella propria nutrizione, pertanto, è un passo fondamentale per il benessere della donna. È importante ascoltare il proprio corpo e adattare la propria alimentazione alle esigenze personali, in quanto un'alimentazione consapevole e uno stile di vita equilibrato non solo promuovono la salute fisica, ma favoriscono anche l'equilibrio emotivo.

- **ENDOCRINOLOGIA**

L'endocrinologia è una branca della medicina che si occupa dello **studio e della cura delle ghiandole endocrine e degli ormoni prodotti** da esse. Queste ghiandole, come la tiroide, le ghiandole surrenali, il pancreas, le ovaie e i testicoli, regolano molte funzioni vitali del corpo, tra cui **il metabolismo, la crescita, lo sviluppo, il sistema riproduttivo e l'equilibrio ormonale**.

Gli endocrinologi si dedicano alla diagnosi e al trattamento di disturbi come il diabete, i problemi alla tiroide (come ipertiroidismo o ipotiroidismo), l'osteoporosi, i disturbi della fertilità e altre condizioni legate al sistema ormonale.

È una disciplina essenziale per comprendere il modo in cui il corpo mantiene il suo equilibrio interno.

- **Endocrinologia ginecologica**

Si concentra sull'equilibrio ormonale per migliorare la qualità della vita delle donne in tutte le fasi della loro vita. L'endocrinologia gioca, infatti, un ruolo fondamentale nella **salute della donna**, poiché gli ormoni regolano molte funzioni vitali, tra cui **il ciclo mestruale, la fertilità, la gravidanza, il postpartum e la menopausa**.

Diversi **disturbi ormonali** possono influenzare il benessere femminile, come squilibri del ciclo mestruale, sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), problemi di fertilità e disturbi legati alla menopausa.

Ad esempio, gli estrogeni e il progesterone sono ormoni chiave per la regolazione del ciclo mestruale e la preparazione dell'utero per una possibile gravidanza. Durante la menopausa, la diminuzione degli estrogeni può portare a sintomi come vampate di calore, osteoporosi e cambiamenti dell'umore.

- **Endocrinologia e fertilità**

I disturbi endocrinologici possono avere un impatto significativo sulla fertilità, sia nelle donne che negli uomini. Alcuni esempi comuni includono:

- **Disfunzioni tiroidee:** l'ipotiroidismo e l'ipertiroidismo possono alterare il ciclo mestruale, l'ovulazione e la qualità degli ovociti nelle donne, mentre negli uomini possono influenzare la produzione di testosterone e la qualità dello sperma.

- **Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS):** questo disturbo è caratterizzato da squilibri ormonali che possono interferire con l'ovulazione e causare infertilità nelle donne.

- **Diabete:** nei casi di diabete non controllato, sia uomini che donne possono riscontrare difficoltà legate alla fertilità, come una ridotta motilità spermatica negli uomini e complicazioni durante la gravidanza nelle donne.

- **Alterazioni dell'ormone prolattina:** livelli elevati di prolattina possono interferire con l'ovulazione e la funzione riproduttiva.

Un endocrinologo può aiutare a identificare e trattare questi disturbi, migliorando le possibilità di concepimento.

- **MEDICINA ESTETICA**

La medicina estetica è un ramo della medicina che si occupa del **miglioramento dell'aspetto fisico e della cura dell'invecchiamento della pelle e del corpo**.

Non è da confondere con la chirurgia plastica, poiché la medicina estetica comprende **interventi meno invasivi e spesso ambulatoriali**, senza necessità di anestesia generale o di lunghe degenze.

Le principali aree di intervento della medicina estetica includono:

- Trattamenti della pelle: come peeling chimici, laserterapia e fototerapia, che mirano a migliorare la texture e l'aspetto della pelle.
- Filler dermici: sostanze iniettabili utilizzate per riempire rughe, aumentare il volume delle labbra o rimodellare alcune aree del viso.
- Botox (Tossina Botulinica): iniezioni utilizzate per ridurre le rughe di espressione bloccando temporaneamente i muscoli.
- Trattamenti per la cellulite e il rimodellamento corporeo: come la mesoterapia, la carbossiterapia e la radiofrequenza.
- Trattamenti anti-invecchiamento: come le terapie a base di acido ialuronico per idratare e migliorare l'elasticità della pelle.
- Peeling: procedure per rimuovere le cellule morte della pelle e migliorare il tono e la luminosità.
- Rimozione di inestetismi: come cicatrici da acne, macchie della pelle o tatuaggi.

La medicina estetica coinvolge, in **un'interazione delicata, estetica e psiche**: l'obiettivo di migliorare l'aspetto esteriore della persona ha anche un impatto psicologico significativo sull'autostima personale, consentendo di sentirsi meglio nella propria pelle e di effettuare un percorso verso un **rinnovato senso di sé**.

È importante che i trattamenti siano eseguiti da professionisti qualificati e che siano personalizzati in base alle esigenze individuali. È fondamentale, inoltre, che il medico estetico sappia gestire la dinamica complessa tra la richiesta di "perfezione estetica" da parte dei pazienti e gli **inevitabili limiti biologici e fisici** esistenti.

- **CHIRURGIA PLASTICA**

La chirurgia plastica è una specialità chirurgica che si occupa della **riparazione, ricostruzione e modifica della struttura corporea**. Può essere suddivisa in due principali categorie: la chirurgia plastica ricostruttiva e la chirurgia plastica estetica.

- **Chirurgia plastica ricostruttiva:** questa branca si concentra sul ripristino della forma e della funzione di aree del corpo che sono state danneggiate a causa di traumi, infezioni, malformazioni congenite o interventi chirurgici precedenti. Gli interventi possono includere la ricostruzione del seno dopo una mastectomia, la riparazione di difetti facciali e la ricostruzione di tessuti dopo incidenti o ustioni.
- **Chirurgia plastica estetica:** questa branca è rivolta al miglioramento dell'aspetto estetico del corpo e del viso. Gli interventi più comuni includono la rinoplastica (chirurgia del naso), la liposuzione, il sollevamento del seno (mastopessi) e il lifting facciale. L'obiettivo è quello di migliorare l'estetica e, di conseguenza, la qualità della vita del paziente.

La chirurgia plastica richiede un'ampia formazione e competenze avanzate in anatomia e chirurgia e un **lavoro di equipe con psicologi-psicoterapeuti per accompagnare e supportare il paziente**, poiché le aspettative del paziente devono essere gestite con attenzione. Inoltre, gli interventi di chirurgia plastica possono avere un **impatto significativo non solo sull'aspetto fisico, ma anche sull'autostima e sul benessere psicologico** del paziente dopo l'operazione.

• PSICHE E PERCEZIONE CORPOREA

La relazione tra psiche e percezione corporea è un tema affascinante e complesso, che coinvolge psicologia, neuroscienze e filosofia. La **percezione corporea** si riferisce a **come il nostro cervello interpreta le sensazioni provenienti dal corpo, creando un'immagine mentale di esso**. Questa immagine non è solo fisica, ma anche **influenzata da emozioni, esperienze personali e contesto sociale**.

Le principali teorie sulla relazione tra psiche e corpo si sono evolute nel tempo, coinvolgendo diverse discipline come la psicoanalisi, la psicologia cognitiva e le neuroscienze.

- Psicoanalisi: Sigmund Freud ha introdotto il concetto di "pulsione", che funge da ponte tra il biologico e lo psichico. Secondo l'autore l'Io si sviluppa a partire dalle sensazioni corporee, creando un legame profondo tra corpo e mente

- Donald Winnicott ha proposto l'idea di un'unità "psiche-soma", sottolineando che la mente e il corpo sono inseparabili. Il vero Sé si sviluppa quando la mente è in sintonia con il corpo, grazie all'*holding* materno (la capacità della madre di fornire un ambiente sicuro e protettivo per il bambino).

- Psicosomatica: Alexander e Groddeck hanno esplorato come i disturbi fisici possano essere espressione di conflitti psichici e questa prospettiva ha aperto la strada alla comprensione delle malattie psicosomatiche.

- Nuove teorie: ad esempio la "**4E Cognition**" (*Embodied, Embedded, Enacted, Extended*), propone che la cognizione non sia limitata al cervello, ma sia profondamente influenzata dal corpo e dall'interazione con l'ambiente. Questo approccio supera il dualismo mente-corpo, integrando percezione, azione e cognizione.

- Neuroscienze: hanno dimostrato come il cervello e il corpo siano interconnessi attraverso il sistema nervoso. Ad esempio, il sistema limbico gioca un ruolo cruciale nel collegare emozioni e risposte corporee.

Sono numerosi i disturbi psicologici e le condizioni in cui il corpo è centrale per le sue manifestazioni sintomatiche o come tema di fondo, come i Disturbi dell'Alimentazione, i Disturbi Psicosomatici, le Disfunzioni sessuali, l'infertilità, la Procreazione Medicalmente Assistita, la gravidanza e le malattie oncologiche.

- **La psicologia estetica e il ruolo dello psicologo nella medicina estetica e nella chirurgia plastica**

La **psicologia estetica** è una branca della psicologia che si è affermata negli ultimi anni: essa **studia il bisogno e il desiderio di bellezza**, concentrandosi sugli aspetti percettivi ed espressivi di ciascun individuo, con l'obiettivo di **supportare le persone nel presentarsi agli altri in modo coerente ed efficace**.

La bellezza, infatti, è uno dei desideri più profondi dell'anima umana e rappresenta una fonte costante di ispirazione ed energia per la mente, influenzando l'orientamento delle sue funzioni. L'attenzione al corpo e al modo in cui ci presentiamo agli altri non deve essere considerata una richiesta superficiale, ma piuttosto **un tentativo significativo di ritrovare un equilibrio sensoriale e psicofisico**.

Negli ultimi anni, inoltre, lo psicologo ha assunto un ruolo sempre più importante accanto a chirurghi e medici estetici.

Il supporto psicologico aiuta sia a **selezionare i pazienti idonei**, valutando la presenza di possibili controindicazioni psicologiche al trattamento, sia a **migliorare l'efficacia percepita** degli interventi estetici, accertandosi che le motivazioni del paziente siano allineate con i risultati che si possono realisticamente ottenere.

È stato dimostrato, infatti, che intervenire su pazienti con disturbi psicologici può aggravare situazioni già precarie; inoltre, preparare i pazienti al cambiamento e gestire le loro aspettative diventa essenziale affinché l'intervento estenda i suoi benefici anche alla qualità di vita della persona.

Spesso, la motivazione a ricorrere alla chirurgia estetica nasce dal desiderio di **aderire a modelli e canoni di bellezza irraggiungibili**, promossi dai media, che possono innescare (senza differenze significative tra donne e uomini) un **senso di inadeguatezza e bassa autostima**, specialmente in periodi di fragilità, intenso stress o depressione.

Una **valutazione preliminare dello stato mentale, dell'immagine corporea e delle aspettative** del paziente permette di distinguere tra sofferenze psicologiche e reali inestetismi. La chirurgia non può risolvere disagi interiori ed è quindi **necessario integrare agli interventi estetici il supporto psicologico** per indirizzare il paziente verso aspettative realistiche.

Infatti, i pazienti portatori di aspettative realistiche rispetto alla chirurgia estetica sono coloro che ottengono migliori risultati in termini di miglioramento della qualità di vita, mentre coloro che pensano di poter migliorare la loro insoddisfazione esistenziale o carente rete sociale con un intervento estetico possono addirittura ottenere un peggioramento dello stato psichico.

La consulenza psicologica è altrettanto cruciale nel post-operatorio: aiuta a superare ansie legate all'intervento e ad accettare i cambiamenti fisici, migliorando l'autostima e il benessere generale. Questo percorso consente al paziente di costruire una nuova percezione di sé, un **nuovo "lo corporeo"**, fondato su una maggiore consapevolezza e accettazione della propria immagine corporea.

Altrettanto importante è la valutazione psicologica e il supporto nell'ambito della **chirurgia bariatrica** (bendaggio, *sleeve gastrectomy*), in cui si interviene massivamente nella riduzione del peso corporeo e c'è una vera e propria riconfigurazione del vissuto corporeo del paziente che vi si sottopone.

In questi casi è necessaria la visita psicologica con annessa certificazione, ma anche un monitoraggio in itinere e nel post-operatorio, quando il paziente avrà davanti a sé un nuovo corpo ed una nuova prospettiva di vita.

Altro settore importante che vede l'integrazione della figura psicologica è quello dell'**oncologia**.

Ad esempio, il tumore al seno può prevedere una mastectomia (rimozione totale o parziale del tessuto mammario) ed un successivo intervento di impianto di protesi, che richiede nella donna una riconfigurazione del proprio vissuto corporeo e della propria femminilità che va supportata.

Infine, vi è anche l'approccio chirurgico nella sessualità, in particolare nella **falloplastica**, come forma di restituzione di una vita intima del paziente maschio con diagnosi di deficit erettile: in questo caso la componente estetica si unisce a quella funzionale ed entrambe sono cruciali per la vita di relazione del paziente.

In tutti gli ambiti citati è importante che ci sia un lavoro sinergico da parte di una **equipe multidisciplinare**, costituita da figure come il chirurgo plastico, il medico estetico, il medico anestesista, l'andrologo, il ginecologo, lo psicoterapeuta e l'oncologo, capace di soddisfare ogni più specifica necessità di competenza.

In sintesi, un intervento efficace di psicologia estetica non si limita al miglioramento esteriore, ma guida il paziente verso un equilibrio psicofisico e una rinnovata qualità di vita in diverse condizioni.

- **Dismorfofobia e chirurgia estetica**

Il **Disturbo da Dismorfismo Corporeo**, noto anche come **Dismorfofobia**, è definito nel DSM-5 come una **preoccupazione eccessiva per uno o più difetti percepiti nell'aspetto fisico, che non sono**

osservabili o sono di lieve entità agli occhi degli altri. Questo disturbo rientra nello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi e correlati.

Le persone che soffrono di dismorfofobia possono percepirsi come brutte, deformi o anormali, indipendentemente dall'effettiva realtà. Per diagnosticare il disturbo, il DSM-5 richiede che la preoccupazione sia accompagnata da comportamenti ripetitivi compulsivi, come guardarsi frequentemente allo specchio, toccare la parte percepita come difettosa, cercare assicurazioni, o da pensieri ossessivi, come confrontarsi costantemente con gli altri, o l'eccessiva cura per coprire o migliorare le parti del corpo che ritengono imperfette. Uno dei comportamenti più frequenti è la **ricerca di interventi estetici.**

Inoltre, questa condizione deve causare un significativo disagio o compromettere il funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti della vita

Poiché le preoccupazioni per l'aspetto fisico sono il fulcro del Disturbo di Dismorfismo Corporeo, è interessante notare come circa il 76% dei pazienti con dismorfofobia non richiede trattamenti psichiatrici mentre, secondo la letteratura internazionale, si stima che tra il 26% e il 40% **dei pazienti con dismorfofobia si rivolgano a specialisti di chirurgia estetica.**

Una delle procedure più richieste è la **rinoplastica**, poiché il naso rappresenta spesso il centro delle preoccupazioni estetiche di questi individui. Inoltre, studi indicano che le preoccupazioni per la pelle sono frequenti, con una prevalenza nei contesti dermatologici che varia tra il 9% e il 15%: i trattamenti richiesti includono peeling chimici, laser, filler e tossina botulinica. I pazienti con Dismorfofobia si rivolgono anche a dentisti e a trattamenti estetici non medici, come elettrolisi o impianti di capelli.

Ricerche recenti hanno individuato una **prevalenza del disturbo dismorfofobico che varia dal 3,2% al 16,6% tra coloro che si sottopongono a procedure estetiche.** Questo dato include interventi chirurgici, trattamenti meno invasivi come iniezioni di botulino o peeling chimico, e persino procedure dermatologiche per condizioni come acne o lesioni vascolari. Ciò suggerisce che molti pazienti con dismorfofobia cercano in modo attivo soluzioni estetiche.

Un aspetto importante riguarda i **tratti di personalità** associati a questo disturbo. Tra i più rilevanti figurano il **perfezionismo, la paura del giudizio sociale e aspettative irrealistiche** sugli effetti della chirurgia estetica. Il perfezionismo, in particolare, spinge alcuni pazienti a correggere difetti percepiti in aree del corpo che non possono essere migliorate, ad esempio, con diete o esercizio fisico.

Per i professionisti della chirurgia estetica, risulta cruciale **valutare attentamente le motivazioni e le aspettative dei pazienti.** In molti casi, infatti, anche un risultato estetico eccellente non è sufficiente per alleviare la sofferenza psicologica legata al disturbo dismorfofobico; anzi, i pazienti possono sperimentare **maggiore insoddisfazione** per il fatto di continuare a percepire il difetto fisico nonostante l'intervento, spesso le preoccupazioni si spostano su altre parti del corpo e, in alcuni casi, i sintomi peggiorano. Possono insorgere anche veri e propri **sintomi depressivi** o addirittura casi estremi di **violenza contro i medici o tentativi di suicidio** correlati al fallimento percepito della chirurgia.

La **valutazione psicologica pre-intervento** è fondamentale e dovrebbe includere un'**analisi delle motivazioni del paziente**, del suo **vissuto personale**, dei **tratti caratteriali** e delle **esperienze**

precedenti con interventi estetici. È importante esplorare anche le **aspettative relative all'intervento**, considerando che molti pazienti credono erroneamente che la chirurgia possa trasformare radicalmente la loro vita sociale o affettiva.

Rifiutare un paziente con sospetta dismorfofobia rimane una decisione complessa e alcuni medici vengono indotti a procedere dalla sofferenza del paziente.

In conclusione, poiché i trattamenti estetici raramente migliorano il BDD e possono addirittura aggravarlo, non sono raccomandati per questa condizione. Trattamenti come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e alcuni psicofarmaci si sono dimostrati efficaci nel migliorare i sintomi.

UOMO

• **SCREENING ANDROLOGICO**

Lo screening andrologico è un insieme di esami e test che mirano a valutare **la salute generale dell'apparato riproduttivo maschile e a prevenire patologie** oncologiche e altre condizioni. Questo tipo di screening può includere:

- Visita andrologica: un esame fisico completo per valutare la salute generale dell'apparato genitale maschile.
- Ecografia testicolare: utilizzata per valutare la struttura e la salute dei testicoli.
- Esame del liquido seminale: detto anche **spermiogramma**, è un'analisi di laboratorio volta a valutare la qualità e la quantità degli spermatozoi presenti nel campione di sperma. Questo esame è fondamentale per diagnosticare eventuali problemi di fertilità maschile. L'esame include diverse misurazioni e analisi, tra cui il volume, l'aspetto, la concentrazione, la motilità, la morfologia, il PH. Il campione di liquido seminale viene solitamente raccolto tramite masturbazione dopo un periodo di astinenza sessuale di 2-7 giorni. È importante seguire le indicazioni del medico per prepararsi adeguatamente all'esame.
- Dosaggio ormonale: misurazione dei livelli di ormoni come il testosterone.
- Esami per le infezioni: test per identificare eventuali infezioni sessualmente trasmissibili.

Questi esami aiutano a **identificare precocemente problemi come l'infertilità, le infezioni e le patologie oncologiche**, permettendo di intervenire tempestivamente e trattare in modo adeguato eventuali patologie riscontrate, sia di adottare le misure necessarie per prevenire complicazioni più gravi.

○ **Quando fare la prima visita andrologica?**

Anche se poco frequente, la prima visita andrologica è consigliata solitamente nell'adolescenza, tra i 14 e i 18 anni, per verificare che lo sviluppo puberale sia regolare o anche prima in diverse situazioni specifiche, come:

- Disturbi dello sviluppo: un'eccessiva precocità dello sviluppo puberale.
- Dolore o anomalie: ad esempio dolore ai testicoli, rigonfiamenti.

- Informazioni sulla sessualità e sulla contraccezione, oltre che sulle MST (malattie sessualmente trasmissibili).
- Problemi di erezione

Nei fatti pochissimi ragazzi e giovani adulti si sottopongono ad una visita andrologica per diversi fattori come:

- **Mancanza di informazioni e educazione** su quando e perché sottoporsi a una visita, mancanza di consapevolezza e gravi lacune informative sulla prevenzione andrologica, sulle malattie sessualmente trasmesse e sui limiti di età maschile per la procreazione naturale o assistita.
- **Tabù culturali** che lo giudicano imbarazzante o inappropriato e mancanza di una tradizione consolidata rispetto alle donne.
- **Paura o ansia** rispetto all'invasività della visita.
- La presenza di pochi presidi ambulatoriali andrologici pubblici sul territorio italiano, con **difficoltà a individuare i servizi dedicati** alle problematiche sessuali-riproduttive maschili.
- **Sottovalutazione dei sintomi**: Molti uomini ignorano o minimizzano i segnali di possibili problemi, aspettando che i sintomi diventino gravi prima di cercare aiuto.

Promuovere una maggiore educazione sulla salute maschile e normalizzare le visite andrologiche potrebbe aiutare a superare queste barriere.

○ **Ogni quanto va effettuato uno screening andrologico?**

Dovrebbe essere effettuato regolarmente: la frequenza consigliata può variare in base all'età e alle condizioni di salute individuali, ma in generale, si raccomanda di effettuare uno screening andrologico:

- **Ogni due anni** per gli uomini **tra i 20 e i 40 anni**, a meno che non ci siano sintomi o fattori di rischio specifici che richiedano controlli più frequenti.
- **Ogni anno** per gli uomini **sopra i 40 anni**.

○ **Quali sono le più comuni problematiche andrologiche?**

- **Disfunzione erettile**: incapacità di ottenere o mantenere un'erezione sufficiente per portare a termine un rapporto sessuale. Può essere causata da fattori fisici (come malattie cardiovascolari o diabete) o psicologici (come ansia o depressione).
- **Infertilità maschile**: difficoltà di concepimento dovute a problemi nella qualità o nella quantità dello sperma, che possono derivare da vari fattori, tra cui problemi ormonali o ostruzioni.
- **Eiaculazione precoce**: condizione in cui un uomo eiacula significativamente prima di quanto desiderato, causando stress o insoddisfazione durante l'attività sessuale.
- **Varicocele**: dilatazione delle vene all'interno dello scroto, che può portare a problemi di fertilità e disagio.

- **Fimosi e parafimosi:** la fimosi è la difficoltà di retrazione del prepuzio, mentre la parafimosi è la condizione in cui il prepuzio non può essere riportato nella sua posizione normale dopo essere stato retratto. Entrambe possono causare disagio e complicanze.
- **Infezioni dell'apparato genitale:** possono includere infezioni sessualmente trasmissibili (IST) come la clamidia o la gonorrea.
- **Malattie ormonali:** ad esempio variazioni nel livello del testosterone, che possono influenzare la libido, l'energia e la massa muscolare.
- **Tumori testicolari e cancro della prostata:** problemi gravi che richiedono un'attenta diagnosi e trattamento.
- **Problemi di libido:** riduzione del desiderio sessuale, che può essere causata da fattori psicologici, ormonali o relazionali.
- **Quali sintomi andrologici richiedono attenzione?**

Alcuni sintomi che richiedono controlli più frequenti nello screening andrologico includono:

- **Dolore o gonfiore testicolare:** potrebbe indicare infezioni, torsioni testicolari o altre condizioni che necessitano di attenzione immediata.
- **Problemi di erezione:** difficoltà a mantenere o ottenere un'erezione possono essere segni di problemi vascolari, neurologici o ormonali.
- **Cambiamenti nel liquido seminale:** alterazioni nel colore, consistenza o presenza di sangue nel liquido seminale possono indicare infezioni o altre patologie.
- **Dolore durante la minzione o eiaculazione:** potrebbe essere un segno di infezioni o infiammazioni.
- **Noduli o masse nel testicolo:** la presenza di noduli può essere un segno di tumori testicolari e richiede una valutazione immediata.
- **Quali sono le cause più comuni dei problemi andrologici?**

Le cause più comuni dei problemi andrologici possono variare, ma alcune delle principali includono:

- **Infezioni:** Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) come clamidia, gonorrea e herpes genitale possono causare problemi andrologici.
- **Problemi ormonali:** Squilibri nei livelli di testosterone e altri ormoni possono influire sulla salute riproduttiva maschile.
- **Problemi vascolari:** Condizioni come l'aterosclerosi possono ridurre il flusso sanguigno ai genitali, causando disfunzione erettile.
- **Traumi:** Lesioni ai testicoli o al pene possono causare problemi a lungo termine.

- **Tumori:** La presenza di tumori nei testicoli o nella prostata può influire sulla funzione riproduttiva.
- **Stile di vita:** Fattori come il fumo, l'alcol e una dieta non equilibrata possono contribuire a problemi andrologici.
- **Stress e ansia:** Lo stress e l'ansia possono influire negativamente sulla funzione sessuale e riproduttiva.

○ **Come prevenire i problemi di salute andrologica?**

- **Stile di vita sano:** mantenere una dieta equilibrata, ricca di frutta, verdura, proteine magre e cereali integrali. Evitare il consumo eccessivo di alcol e il fumo.
- **Attività fisica:** fare esercizio regolarmente aiuta a migliorare la circolazione sanguigna e a mantenere il peso sotto controllo, riducendo il rischio di problemi vascolari e ormonali.
- **Controlli regolari:** effettuare visite andrologiche periodiche per identificare eventuali problemi precocemente.
- **Igiene personale:** mantenere una buona igiene intima per prevenire infezioni e infiammazioni.
- **Gestione dello stress:** ridurre lo stress attraverso la psicoterapia, tecniche di rilassamento come la meditazione, lo yoga o altre attività che aiutano a mantenere un equilibrio mentale e fisico.
- **Educazione sessuale:** informarsi e praticare sesso sicuro per prevenire infezioni sessualmente trasmissibili.

○ **Come si trattano i problemi andrologici?**

I trattamenti possono variare a seconda della condizione specifica e della sua gravità. Tra i trattamenti più comuni:

- Terapia farmacologica: per molte condizioni andrologiche, come le infezioni o gli squilibri ormonali, possono essere prescritti farmaci specifici. Ad esempio, antibiotici per le infezioni batteriche o farmaci per regolare i livelli di testosterone.
- Chirurgia: in alcuni casi, può essere necessario un intervento chirurgico (ad esempio per trattare varicocele, torsione testicolare o tumori testicolari).
- Terapia ormonale: per gli uomini con bassi livelli di testosterone la terapia ormonale sostitutiva può essere una soluzione efficace.
- Terapia fisica: la riabilitazione del pavimento pelvico può essere utile per trattare problemi come la disfunzione erettile o l'eiaculazione precoce.
- Consulenza psico-sessuologica: lo stress e l'ansia possono influire sulla salute andrologica e sulla sessualità.

- Modifiche dello stile di vita: adottare uno stile di vita sano, che includa una dieta equilibrata, esercizio fisico regolare e l'evitare il fumo e l'alcol, può contribuire a migliorare la salute andrologica.

ANDROLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

L'andrologia dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della valutazione, diagnosi e trattamento delle problematiche dell'apparato genitale maschile nei primi anni di vita e durante lo sviluppo puberale. È una disciplina delicata, in quanto intercetta segni precoci di eventuali alterazioni che, se trascurate, possono impattare sulla fertilità e sulla salute sessuale futura.

Quali sono le problematiche andrologiche che possono presentarsi durante l'infanzia?

Durante l'infanzia, l'apparato genitale maschile può presentare diverse condizioni che, se non identificate e trattate precocemente, possono influenzare lo sviluppo, la fertilità e il benessere futuro. L'andrologia pediatrica si occupa proprio di queste problematiche.

Le principali problematiche andrologiche in età infantile sono:

- **Criptorchidismo**: uno o entrambi i testicoli non sono presenti nello scroto. È la problematica più comune. Se non trattato entro i primi anni di vita, può compromettere la produzione di spermatozoi.
- **Fimosi**: il prepuzio non è retrattile. Fisiologica nei primi anni, ma se persiste può causare infezioni e difficoltà nell'igiene.
- **Idrocele**: accumulo di liquido intorno al testicolo, spesso benigno ma da tenere sotto controllo.
- **Ernia inguinale**: può coinvolgere il canale inguinale e causare dolori o complicazioni se non trattata chirurgicamente.
- **Varicocele precoce**: anche se più comune in adolescenza, può comparire in età infantile e va valutato per tempo.
- **Anomalie congenite**: come ipospadia (apertura dell'uretra in posizione anomala) e epispadia, che necessitano di correzione chirurgica.
- **Testicoli retrattili o mobili**: risalgono verso l'inguine e possono essere confusi con il criptorchidismo. Da monitorare nel tempo.
- **Infezioni genitali**: balaniti, epididimiti, orchiti, spesso correlate a scarsa igiene o fattori congeniti.

Una visita andrologica precoce, anche se non frequente per tabù culturali, abitudini e difficoltà di accesso a servizi dedicati, consente di valutare lo sviluppo genitale in modo tempestivo e prevenire complicanze future; inoltre può offrire serenità ai genitori e guidarli nelle fasi dello sviluppo del bambino. Spesso il pediatra è il primo punto di riferimento, ma una visita specialistica può approfondire aspetti delicati o poco visibili.

Quali sono le problematiche andrologiche più comuni durante l'adolescenza?

Durante l'adolescenza, l'apparato genitale maschile attraversa profonde trasformazioni legate alla pubertà e allo sviluppo ormonale. È una fase delicata, in cui possono emergere sia problematiche fisiologiche che emotive e l'intervento dell'andrologo può offrire un supporto fondamentale.

Tra le problematiche andrologiche comuni in adolescenza ricordiamo:

- **Varicocele:** dilatazione delle vene testicolari, spesso silente ma potenzialmente legata a riduzione della fertilità. È tra le cause più frequenti di consulto andrologico.
- **Disturbi dello sviluppo puberale:** pubertà precoce o ritardata, che può avere origine endocrina o genetica e influenzare la crescita e la maturazione sessuale.
- **Ginecomastia:** sviluppo anomalo del tessuto mammario, spesso transitorio ma talvolta fonte di disagio psicologico.
- **Problemi legati al pene e testicoli:** dimensioni, curvatura, asimmetria, testicoli retrattili o in posizione anomala.
- **Disturbi dell'erezione o eiaculazione precoce:** se presenti già in adolescenza, meritano attenzione clinica e psicologica.
- **Acne androgena e irsutismo:** collegati a squilibri ormonali, possono essere indicatori di disfunzioni endocrine.
- **Dubbi sulla sessualità e orientamento:** necessitano di uno spazio sicuro e competente per essere affrontati senza giudizio.
- **Infezioni sessualmente trasmesse (IST):** frequenti con l'inizio dell'attività sessuale, ed è fondamentale promuovere l'uso del preservativo e i controlli regolari.

Molti adolescenti, inoltre, vivono con disagio i cambiamenti corporei. Un colloquio andrologico può offrire risposte a dubbi e paure, favorire l'accettazione del proprio corpo, promuovere una sessualità consapevole e sicura.

RIABILITAZIONE UROLOGICA

La riabilitazione urologica è un approccio terapeutico multidisciplinare che mira a **migliorare la funzionalità del sistema urinario e del pavimento pelvico**. È particolarmente utile per affrontare condizioni come l'incontinenza urinaria, la ritenzione urinaria, le disfunzioni del pavimento pelvico e il recupero post-operatorio dopo interventi urologici o ginecologici anche di natura oncologica.

Le tecniche e i trattamenti più comuni includono:

- Esercizi del pavimento pelvico: come gli esercizi di Kegel, per rafforzare i muscoli che supportano la vescica e gli organi pelvici.
- Biofeedback: una tecnica che utilizza sensori per aiutare i pazienti a controllare meglio i muscoli del pavimento pelvico.
- Stimolazione elettrica funzionale: per migliorare la contrazione muscolare e la coordinazione.

- Terapie comportamentali: per modificare abitudini che possono influenzare negativamente la salute urinaria, come il consumo eccessivo di caffeina o la gestione inadeguata della minzione.
- Supporto psicologico: per affrontare l'impatto emotivo e psicologico di problemi urologici cronici.

Questi trattamenti sono personalizzati in base alle esigenze del paziente e possono essere combinati per ottenere risultati ottimali.

ENDOCRINOLOGIA ANDROLOGICA

L'endocrinologia andrologica è la branca della medicina che si occupa dello studio e trattamento dei disturbi ormonali maschili, con particolare attenzione agli effetti sugli organi riproduttivi, sul metabolismo e sulla funzione sessuale.

Gli ormoni più rilevanti per la salute maschile sono:

- Testosterone: fondamentale per libido, produzione di spermatozoi, tono muscolare e salute ossea
- LH e FSH: regolano la produzione di testosterone e la spermatogenesi
- Prolattina: se troppo elevata, può ridurre libido e causare disfunzione erettile
- Insulina e cortisolo: coinvolti nel metabolismo, ma interagiscono anche con la funzione sessuale

I principali disturbi endocrini in andrologia includono:

- Ipogonadismo: ridotta produzione di testosterone; provoca stanchezza, calo della libido, depressione, osteopenia
- Ginecomastia: sviluppo del tessuto mammario maschile, spesso legato a squilibri ormonali
- Disfunzione erettile su base endocrina: legata a bassi livelli di testosterone o alterazioni tiroidee
- Infertilità maschile: dovuta a squilibri di FSH, LH o prolattina, che alterano la spermatogenesi
- Disturbi tiroidei: ipotiroidismo e ipertiroidismo possono influenzare l'erezione, il desiderio sessuale e la composizione corporea
- Andropausa: declino fisiologico del testosterone con sintomi simili alla menopausa femminile (stanchezza, irritabilità, calo del desiderio)

La valutazione endocrinologica andrologica prevede:

- Dosaggi ormonali: testosterone totale e libero, FSH, LH, SHBG, prolattina, estradiolo
- Spermogramma e test funzionali della fertilità
- Ecografia testicolare e del varicocele
- Visita specialistica andrologica e endocrinologica

Trattamenti possibili sono le terapie ormonali sostitutive, i farmaci stimolanti della spermatogenesi e una gestione multidisciplinare del disturbo con nutrizionisti, psicologi, sessuologi

Importanti sono anche lo stile di vita e la prevenzione. Si raccomandano:

- Attività fisica regolare, che aumenta naturalmente il testosterone
- Dieta equilibrata: zinco, magnesio, grassi sani (Omega-3) e vitamina D supportano l'equilibrio ormonale
- Sonno di qualità e gestione dello stress: il cortisolo elevato ostacola la produzione di testosterone
- Screening periodici: aiutano a rilevare precocemente alterazioni ormonali e a trattare l'infertilità maschile o la disfunzione erettile

ONCOLOGIA ANDROLOGICA

L'oncologia andrologica è una branca della medicina che si occupa della **diagnosi, del trattamento e della prevenzione dei tumori che colpiscono l'apparato riproduttivo maschile e le strutture correlate.**

Gli specialisti in oncologia andrologica lavorano a stretto contatto con altri professionisti, come urologi e oncologi radioterapisti, per **identificare precocemente le patologie oncologiche ed offrire cure e trattamenti personalizzati** che possono includere chirurgia, chemioterapia, radioterapia o immunoterapia

L'oncologia andrologica tratta:

- **Tumori della prostata:** uno dei tumori più comuni negli uomini, per cui sono fondamentali la diagnosi precoce e il monitoraggio.
- **Tumori dei testicoli:** rari ma spesso diagnosticati in giovani adulti, richiedono approcci specifici per preservare la fertilità.
- **Tumori del pene:** condizione meno frequente, ma che può avere un impatto significativo sulla qualità della vita.
- **Trattamento delle metastasi:** quando i tumori andrologici si diffondono ad altre aree ed organi del corpo e necessitano di cure mirate.

○ **Preservazione della fertilità maschile**

In campo oncologico sia i trattamenti medici sistemici (come la chemioterapia, l'immunoterapia e l'ormonoterapia) sia le terapie locali (come la radioterapia e la chirurgia) possono essere causa d'infertilità, definitiva o temporanea, per un **danno diretto o indiretto sul funzionamento degli organi riproduttivi.**

Gli organi riproduttivi dell'uomo adulto sono più sensibili al danno da chemioterapia rispetto all'epoca prepuberale. Nell'uomo, gli effetti determinati dai trattamenti anti-tumorali si traducono

nella **compromissione del numero di spermatozoi nell'eiaculato, della loro motilità e morfologia, e dell'integrità del loro DNA.**

Anche **la chirurgia può causare direttamente un danno anatomico** agli organi riproduttivi maschili o una compromissione del loro funzionamento con conseguente infertilità: per esempio un danno anatomico degli organi riproduttivi può causare eiaculazione retrograda o mancata eiaculazione con conseguente infertilità maschile.

In Italia, la preservazione della fertilità per i pazienti oncologici è regolata da linee guida e normative che mirano a garantire il diritto alla procreazione anche in presenza di malattie oncologiche. Le tecniche disponibili includono la crioconservazione di liquido seminale o tessuto testicolare per gli uomini.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato **linee guida aggiornate nel 2021** per promuovere la preservazione della fertilità e sensibilizzare i pazienti sui rischi legati ai trattamenti oncologici. Inoltre, la Legge 40/2004 disciplina la procreazione medicalmente assistita, fornendo un quadro normativo per le tecniche di preservazione della fertilità.

Come suggerito dalle principali società scientifiche internazionali (ASCO, ESMO) e nazionali (AIOM), è importante che tutti i pazienti con diagnosi di tumore in età riproduttiva (ma anche in età pre-pubere) vengano **adeguatamente informati sul rischio di riduzione/perdita della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali** e, al tempo stesso, **sulle strategie oggi disponibili** per limitare tale rischio.

Se la gravidanza non arriva naturalmente e se prima di iniziare i trattamenti oncologici l'uomo ha deciso di congelare il proprio seme, si potrà ricorrere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA).

La **crioconservazione del seme** è una strategia per preservare la fertilità nei giovani pazienti oncologici ed è un processo più semplice rispetto alle opzioni disponibili per le donne.

La tecnica di crioconservazione consente di mantenere i gameti maschili vitali, esponendoli a -196°C in azoto liquido.

- **Tempestività:** deve essere eseguita prima dell'inizio di trattamenti gonadotossici come chemioterapia o radioterapia.
- **Raccolta del seme:** generalmente avviene attraverso masturbazione, con un periodo di astinenza di 3-5 giorni. Più raccolte possono essere necessarie in base alla qualità del seme.
- **Analisi virologiche:** cruciali per escludere la presenza di virus trasmissibili come epatite B, C, HIV o citomegalovirus.

La crioconservazione del seme offre alla coppia la possibilità di accedere alle tecniche di PMA rappresentando per il paziente ancora giovane la speranza di una futura paternità ed una motivazione in più per affrontare con coraggio le varie fasi del trattamento della malattia oncologica. La crioconservazione è considerata un'opzione efficace, con tassi di successo tra il 20% e il 50% per ciclo attraverso tecniche come l'iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI).

NUTRIZIONE E BENESSERE DELL'UOMO

La nutrizione gioca un ruolo cruciale nel benessere maschile, influenzando non solo la salute generale ma anche aspetti specifici come la funzione sessuale, la produzione ormonale e la vitalità. Una dieta equilibrata è essenziale per il mantenimento della salute. Essa deve includere una varietà di alimenti che forniscano i nutrienti necessari, come proteine, carboidrati, grassi sani, vitamine e minerali. È importante puntare su:

1. **Alimenti ricchi di antiossidanti:** frutta e verdura, come spinaci, mirtilli e pomodori, aiutano a combattere lo stress ossidativo, che può influire negativamente sulla salute sessuale e cardiovascolare.
2. **Grassi sani:** fonti di Omega-3 come pesce, noci e semi di lino supportano la produzione di testosterone e migliorano la circolazione sanguigna.
3. **Cibi vasodilatatori:** alimenti come barbabietole, melograno e cioccolato fondente favoriscono la produzione di ossido nitrico, migliorando il flusso sanguigno e sostenendo la funzione erettile.
4. **Riduzione di zuccheri e grassi saturi:** per prevenire obesità e problemi cardiovascolari, che possono compromettere la salute sessuale.
5. **Idratazione e minerali:** bere acqua a sufficienza e assumere zinco e magnesio è essenziale per la produzione ormonale e la salute riproduttiva.

○ **Nutrizione maschile e fasi della vita**

Ogni età ha esigenze specifiche per mantenere la salute e il benessere maschile:

- **Adolescenza:** sono fondamentali alcuni nutrienti come calcio e vitamina D, proteine e ferro per la crescita ossea e per lo sviluppo muscolare e cerebrale.
- **Età adulta:** è fondamentale una dieta equilibrata a base di carboidrati complessi, proteine magre, grassi sani, fibre e frutta e verdura per combattere lo stress ossidativo. Si raccomanda di bere acqua a sufficienza per sostenere il metabolismo e la funzione renale.
- **Età avanzata:** sono importanti in questa fase proteine di alta qualità per mantenere la massa muscolare e prevenire la sarcopenia, calcio e vitamina D per prevenire l'osteoporosi e la riduzione di sodio per gestire la pressione sanguigna.

○ **Stile di vita e benessere psicologico maschile**

Nutrizione, stile di vita e benessere psicologico maschile possono interagire positivamente, garantendo una migliore qualità di vita.

Non solo alcuni cibi e componenti possono supportare le funzioni cerebrali e ridurre i sintomi di depressione ed ansia (ad esempio Omega 3 e acidi grassi) o stimolare la produzione di serotonina (cibi integrali come avena e quinoa), ma anche lo stile di vita contribuisce a migliorare sia la salute fisica che psicologica: attività fisica regolare, sonno regolare e gestione dello stress attraverso la psicoterapia o tecniche di rilassamento come la mindfulness e lo yoga.

Unire buone abitudini alimentari, uno stile di vita attivo e un focus sul benessere emotivo può creare una sinergia potente per migliorare la qualità della vita.

COPPIA

- **PSICOTERAPIA DI COPPIA**

La coppia è molto di più della somma di due singoli individui: nella coppia il legame unisce due soggetti in un insieme che realizza una **nuova realtà psichica**. Le due personalità entrano in comunicazione con un proprio funzionamento psichico di base e avviene l'incontro di due differenti stili di vita che ciascuno dei partner della coppia ha sperimentato nel passato e che, attualmente, concorrono con il loro peso emotivo al funzionamento individuale e di coppia.

Dal punto di vista psicologico, quindi, una coppia è **un sistema relazionale complesso, formato da due individui con il loro bagaglio di storie, esperienze, bisogni emotivi, aspettative e dinamiche di personalità**. La coppia, in questa prospettiva, è **un'entità che evolve nel tempo**, influenzata sia dalle interazioni interne tra i due partner, sia da fattori esterni, come l'ambiente sociale, culturale e familiare.

Ogni coppia è unica e riflette un equilibrio dinamico tra bisogni personali e condivisione emotiva. È una danza continua tra differenze e somiglianze.

La psicoterapia di coppia è un tipo di psicoterapia che **si concentra sulle dinamiche relazionali tra due partner** e può essere necessaria in diverse situazioni in cui si crea un **disequilibrio di coppia o c'è una sofferenza**, quando i partner perdono la connessione emotiva, quando fanno fatica a comunicare, quando i conflitti diventano frequenti e distruttivi, quando la coppia si trova ad affrontare un evento luttuoso o traumatico e molto altro.

Gli obiettivi principali della psicoterapia di coppia possono essere:

- **Migliorare la comunicazione**, aiutando i partner ed esprimere i propri sentimenti e bisogni in modo chiaro reciproco e rispettoso.
- **Risolvere i conflitti**, fornendo nuove strategie e favorendo la messa in atto di dinamiche più funzionali.
- **Rafforzare il legame emotivo** tra i membri della coppia o riscoprirlo.
- **Affrontare momenti critici o eventi specifici** come il passaggio da coppia coniugale a coppia genitoriale, lutti, eventi traumatici, tradimenti, infertilità, divergenze nelle scelte educative nei confronti dei figli o di altra natura.

Una seduta di Psicoterapia di Coppia ha una **durata di circa 60 minuti** e una **frequenza settimanale o bimensile**.

Le tecniche utilizzate dipendono dall'orientamento del professionista: ad esempio la terapia può avere un approccio narrativo, focalizzato sulle emozioni, basato sulla soluzione, sistemico, cognitivo comportamentale ecc.

- **SESSUOLOGIA DI COPPIA**

La sessuologia di coppia si occupa di esplorare e affrontare le dinamiche sessuali all'interno delle relazioni. Questo campo si concentra sul benessere sessuale di entrambi i partner, aiutandoli a comprendere e risolvere difficoltà legate alla loro vita intima.

Gli esperti di sessuologia di coppia lavorano su diversi aspetti, come:

- **Comunicazione sessuale:** aiutano i partner a parlare apertamente dei loro desideri, bisogni e preoccupazioni riguardo alla sessualità.
- **Disfunzioni sessuali individuali o di coppia:** trattano difficoltà come calo del desiderio, dolore durante il rapporto, difficoltà di erezione, anorgasmia o differenze di libido tra i partner.
- **Aspetti emotivi e relazionali:** analizzano come emozioni, stress o conflitti di coppia possono influenzare la sfera sessuale.
- **Educazione e consapevolezza:** forniscono conoscenze su anatomia, risposte sessuali, fantasie e pratiche sessuali, promuovendo un approccio più consapevole e libero da tabù.
- **Crescita e intimità:** aiutano la coppia a rafforzare il legame emotivo e la connessione fisica, rendendo la loro vita sessuale più gratificante.

La terapia psico-sessuologica di coppia offre uno spazio sicuro e privo di giudizi per affrontare queste tematiche, con l'obiettivo di migliorare la qualità della relazione sessuale e affettiva.

BIBLIOGRAFIA DELL'AREA 2 "TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DELL'UOMO E DELLA COPPIA"

VADEMECUM ED E-BOOK INFORMATIVO DI QUEST'AREA: LINK AL VADEMECUM DA SCARICARE IN PDF (AL SUO INTERNO INFORMAZIONI DALLA A ALLA Z)

Ministero della Salute – Linee guida per la prevenzione delle malattie ginecologiche

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – Salute sessuale e riproduttiva

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – Guidelines for Preventive Care

Sfakianoudis K, Simopoulou M, Nitsos N, Rapani A, Pantou A, Vaxevanoglou T, et al. A Case Series on Platelet-Rich Plasma Revolutionary Management of Poor Responder Patients. *Gynecol Obstet Invest.* 2019;84(1):99–106.

Éliás, M., Kónya, M., Kekk, Z. et al. Platelet-rich plasma (PRP) treatment of the ovaries significantly improves fertility parameters and reproductive outcomes in diminished ovarian reserve patients: a systematic review and meta-analysis. *J Ovarian Res* 17, 104 (2024).

Garavelas A, Mallis P, Michalopoulos E, Nikitos E. Clinical Benefit of Autologous Platelet-Rich Plasma Infusion in Ovarian Function Rejuvenation: Evidence from a Before-After Prospective Pilot Study. *Medicines (Basel).* 2023;10(3):19

Linee Guida EAU 2022 – “Livelli di Evidenza e Raccomandazioni” (SIU- Società Italiana di Urologia)

Raccomandazioni della Società Italiana di Andrologia per conoscere e preservare la fertilità maschile-
SIA

CREA- Linee Guida per una sana alimentazione-Revisione 2018

Linea Guida AIOM 2014 - “PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ NEI PAZIENTI ONCOLOGICI”

Loren AW, Mangu PB, Beck LN, et al: Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 31:2500–2510, 2013

Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, et al: American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *J Clin Oncol* 24:2917–2931, 2006

Polipo G., *Psicologia dell'estetica-Istruzioni per una bellezza sostenibile*, AIPE, 2014

Vindigni, V., Pavan, C., Semenzin, M., Grana, S., Gambaro, F. M., Marini, M.,...Mazzoleni, F. (2002). The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *European Journal of Plastic Surgery*, 25, 305–308.

Sarwer, D. B. (2002). Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: Results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surgery Journal*, 22, 531–535

Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504–510.

Rotundo, L. (2015). *Disturbo da dismorfismo corporeo e chirurgia estetica. Una ricerca empirica*. Edizioni Accademiche Italiane

Peebles L., *The new science of menopause: these emerging therapies could change women's health*, 637, 782-784 (2025)

“Benessere in menopausa”, vademecum di O.N.Da

Crump J, Suker A, White L. Endometriosis: A review of recent evidence and guidelines. *Aust J Gen Pract*. 2024 Jan-Feb;53(1-2):11-18. Doi: 10.31128/AJGP/04-23-6805. PMID: 38316472.

Ferrero S. Endometriosis related infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2024 Jul;95:102504. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102504. Epub 2024 May 14. PMID: 38755048.

Endometriosis: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2024 Nov 11. PMID: 38815122.

Rempert AN, Rempert TH, Liu A, Hernández A, Blanck J, Segars J, Singh B. A Systematic Review of the Psychosocial Impact of Endometriosis before and after Treatment. *Reprod Sci*. 2024 Jul;31(7):1828-1860. doi: 10.1007/s43032-024-01515-w.

Sepulcri, R. D. P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and ReproductiveBiology*, 142(1), 53-56.

Endometriosis Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology, 2022, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group