

Milano



Comune
di Milano

Assessorato alla Salute

O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

La salute delle donne: benessere in menopausa

Informazioni utili per le donne

Carla De Albertis

*Assessore alla Salute
del Comune di Milano*



L'Assessorato alla Salute del Comune di Milano si pone come obiettivo primario la promozione della cultura della salute e della prevenzione, attraverso l'informazione e la sensibilizzazione sull'importanza delle sane abitudini e dei corretti stili di vita. L'universo "Salute-Donna" è proprio uno dei punti salienti del programma che l'Assessorato si propone di realizzare: affrontare le problematiche della salute di genere promuovendo una cultura della prevenzione, perché la prevenzione è l'arma più efficace per cogliere le malattie allo stadio iniziale e per garantire una migliore qualità della vita. L'Assessorato alla Salute ha instaurato una proficua collaborazione con O.N.Da, attuata attraverso una serie di azioni concrete rivolte alle donne nelle varie fasce di età in cui sono presenti problematiche diverse legate alla salute psico - fisica, al fine di diffondere tra le donne milanesi le nozioni biologiche fondamentali e la consapevolezza dei benefici che possono trarre dall'attenzione nei confronti dei corretti stili di vita e della sane abitudini. In questo "opuscolo" viene affrontato il problema Menopausa attraverso gli interventi dei relatori che hanno partecipato al Convegno che si è tenuto a Palazzo Marino nel mese di ottobre 2006. Conoscenza, informazione, prevenzione: sono gli obiettivi che dobbiamo raggiungere, insieme.

Carla De Albertis

A handwritten signature in black ink that reads "Carla De Albertis".

Francesca Merzagora

*Presidente O.N.Da
Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna*



O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neudegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento. O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute in tutti gli ambiti.

Francesca Merzagora

A handwritten signature in black ink that reads "Francesca Merzagora".

La salute delle donne: benessere in menopausa

*Le relazioni sono tratte dalla Tavola Rotonda
"La salute delle donne: benessere in menopausa"
organizzata a Milano nell'ottobre 2006,
in collaborazione con l'Assessorato alla Salute.*

*Il presente opuscolo è reso possibile
grazie alla sovvenzione del Comune di Milano.*

Revisione dei testi a cura di Giovanna Gatti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) nel 1947 ha definito la salute come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale", di conseguenza nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato si può rilevare lo stato di "malattia". In quest'ottica la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione politica e sociale. L'evoluzione civile della società vede aumentare ogni giorno il numero di donne che raggiungono la prima linea anche in campo lavorativo con inevitabili aggravamenti di situazioni di stress che concorrono all'usura delle risorse psico - fisiche che le donne devono utilizzare anche sul fronte familiare.

Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri, e poi di quelli propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute.

Peraltro, vivendo più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all'interno della famiglia nell'assicurare l'appropriatezza delle cure, per il partner e per i figli. Le donne, inoltre, sono sottoposte a condizionamenti di vario genere (di tipo familiare, lavorativo, mediatico, ecc) che ne limitano la libertà di azione.

Tutte queste considerazioni sono alla base dell'idea che ha portato nel 2005 a costituire O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che si propone di studiare le principali problematiche e tematiche di salute femminile aumentandone la consapevolezza.

Promuovendo studi, pubblicazioni e convegni che identifichino le differenze di genere tra uomo e donna, si vuole contribuire a delineare nuove strategie di promozione della salute femminile, definendo i passi per raggiungere l'equità in tema di salute.

O.N.Da si propone inoltre di promuovere e divulgare la ricerca di base e clinica sulle principali patologie legate alla salute femminile e di valutare l'impatto sociale ed

economico nonché le implicazioni giuridiche e assicurative legate alle principali patologie femminili al fine di suggerire strategie per una migliore allocazione delle risorse.

L'Osservatorio ha anche l'obiettivo di valorizzare il ruolo della donna nella società in funzione della promozione del proprio e altrui benessere, sollecitando azioni educative in merito ai fattori di rischio, all'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce, nonché sugli stili di vita più salutari.

Umberto Veronesi
(Direttore Scientifico,
Istituto Europeo di Oncologia,
Milano)

La salute delle donne: il ruolo della scienza e dell'etica



La menopausa è un tema difficile perché rappresenta un momento critico nella vita della donna, ma anche perché è spesso oggetto di letture e interpretazioni riduttive: in realtà sulla menopausa esistono contraddizioni tra le più straordinarie nella storia della medicina. Storicamente, infatti, a questa fase fisiologica della vita della donna è stata associata una sorta di beatificazione della terapia ormonale sostitutiva: la stessa terapia è stata successivamente demonizzata, creando confusione e danno psicologico a tanta parte dell'universo femminile. In sintesi, la medicina non è stata capace di comunicare correttamente le proprie scoperte con gli inevitabili risvolti sulla salute. Non si può negare che la perdita della capacità riproduttiva sia un cambiamento drammatico: l'essere vivente, qualsiasi essere vivente (non solo l'uomo), è nato per la riproduzione. I due istinti più forti per tutte le creature viventi sono la sopravvivenza e la riproduzione: quando la capacità riproduttiva viene meno si perde in un certo senso lo scopo principale della vita.

Certo, la drammatizzazione è sbagliata: le donne sono in grado di reagire adeguatamente a questo periodo di difficoltà grazie alle notevoli risorse intellettive, tuttavia dal punto di vista biologico è come se il corpo perdesse la sua funzione più importante e, conseguentemente, la natura non sapesse più come impiegare gli organismi non più adatti a riprodursi.

Le condizioni psichiche delle donne che si trovano ad affrontare la menopausa sono piuttosto problematiche: si osserva spesso demotivazione, unita a volte a depressione (non sempre riconosciuta dalla donna stessa che la vive) oppure inusuale irritabilità. Molta parte della reazione dipende dalla struttura di personalità della donna e dalla sua capacità di reagire allo stress del cambiamento: ricordiamo per esempio la "sindrome del nido vuoto" esperita di frequente dalle donne abituate a dedicarsi interamente alla casa e alla famiglia. Questa condizione, estremamente difficile, si verifica quando i figli crescono ed escono di casa, i mariti sono assenti per lavoro e le donne entrano nel periodo del climaterio: il vuoto è drammatico e corrisponde a un momento importante della vita fisica e intima. I comportamenti possibili sono tanti: ricordiamo l'aumento preoccupante dell'alcolismo in alcune fasce di età, oppure il rapporto patologico con il cibo, o ancora, e per fortuna qui si tratta di reazioni estremamente positive, la slatentizzazione della creatività.

Alcune donne, infatti, scoprono proprio in menopausa di possedere capacità artistiche inespresse e trovano nella scrittura, nella pittura, nella recitazione oppure nel ricamo e nelle composizioni floreali una nuova ragione di vita.

Una passione in grado di farle sentire ancora vive e pienamente gratificate. Una vita sociale o professionale intensa aiuta moltissimo: le donne impegnate nel sociale o nel lavoro di solito trovano maggiori motivazioni per reagire costruttivamente alla menopausa. I disagi fisici legati alla menopausa possono essere considerevoli: le vampate di calore sono il sintomo riferito più frequentemente e con maggiore fastidio, ma esiste anche l'osteoporosi che diventa progressivamente rilevante con l'avanzare dell'età, e anche l'atrofia delle mucose non può essere trascurata. La secchezza vaginale può limitare i rapporti sessuali e rendere ancora più difficile l'accettazione della nuova visione di se stesse; la secchezza riguarda anche la cute, con la perdita dell'elasticità dei tessuti, oppure la congiuntiva con qualche problema di idratazione degli occhi. Nelle donne obese è possibile che si verifichi un'iperplasia dell'endometrio che, nel tempo, può degenerare a tumore: per questo è estremamente importante che i controlli ginecologici rimangano regolari anche in una fase della vita dove la donna tende a ridurre la propria attenzione per la sfera sessuale.

Una soluzione ottima per i sintomi da menopausa è la terapia ormonale sostituiva: la somministrazione di ormoni è stata usata per anni nei Paesi del Nord Europa e degli Stati Uniti, poi alcuni studi clinici hanno gettato qualche ombra sull'assunzione di estrogeni (uniti o meno al progesterone).

I dubbi sollevati sul possibile rischio di tumore mammario durante terapia sostitutiva hanno creato un enorme danno alle donne: l'atteggiamento medico è passato dal totale e libero favore a questa terapia al proibizionismo più assoluto, con l'evidente conseguenza di una perdita di strumenti preziosi per la qualità di vita. Il danno è stato doppio: da un lato si è avuta la privazione di una terapia utile, dall'altro è nata l'idea di un rischio esagerato per la salute, con paure spesso immotivate e atteggiamenti di rifiuto. La realtà è che il bilancio rischio / beneficio nell'uso della terapia sostitutiva è decisamente a favore del beneficio, soprattutto nelle donne per le quali esistano le indicazioni alla somministrazione di ormoni. Bisogna ricordare che all'aumento lieve di rischio di tumore mammario corrisponde in alcuni studi una riduzione del rischio di tumore del colon, e un effetto positivo indubbio

sulla mineralizzazione delle ossa. Un elemento importante è che nessuno studio ha mai dimostrato un aumento della mortalità in donne che hanno fatto uso di terapia ormonale sostitutiva!

Un problema da ricordare, purtroppo, è l'esigenza di conciliare i bisogni delle donne con la produzione e la commercializzazione dei farmaci da parte delle case farmaceutiche e la necessità di risparmiare da parte delle aziende sanitarie: talvolta il dibattito sulla terapia ormonale sostitutiva non ha contemplato la partecipazione attiva delle donne e ha mantenuto livelli estranei alla realtà femminile.

Ciò che dobbiamo ricercare è la personalizzazione delle terapie, ma anche un sempre maggiore coinvolgimento delle donne nelle decisioni mediche perché davvero la nostra azione si riveli totalmente incisiva ed efficace.

Giovanni Scambia
(Cattedra Ostetricia e Ginecologia,
Università Sacro Cuore
e Ginecologia Oncologica,
Policlinico Gemelli,
Roma)

La definizione del termine menopausa e l'interesse medico e sociale legato a tale materia hanno assunto particolare rilevanza a partire da un passato prossimo: rappresentano oggi un argomento di primaria attenzione nella cura della salute della donna.

La menopausa: cos'è



La scomparsa del ciclo mestruale per almeno 12 mesi consecutivi è l'elemento che contraddistingue l'ingresso della donna in menopausa, ma rappresenta solo uno dei molteplici effetti correlati all'interruzione della produzione ormonale da parte dell'ovaio e alla perdita della capacità riproduttiva. Nel corso della vita l'ovaio esaurisce la sua riserva follicolare mediante un lento decadimento fisiologico: questo fenomeno si manifesta con la sospensione della produzione di estrogeni e progesterone e una riduzione della quota di androgeni. Nel periodo indicato come climaterio si combinano svariati sintomi che costituiscono la manifestazione degli effetti della carenza degli estrogeni sui diversi organi.

I disturbi vasomotori conseguono al calo estrogenico a livello dei centri di regolazione del sistema nervoso autonomo; vampate e profuse sudorazioni notturne sono presenti in forma moderata nel 70% circa delle donne e in forma severa in un altro 15%. Possono insorgere spontaneamente e ricorrere molte volte al giorno, oppure conseguire a semplici

stimoli come variazioni di temperatura, cibi piccanti, caffeina, alcool o bevande calde. Compaiono precocemente e tendono a persistere per un tempo variabile da alcuni mesi a molti anni, per poi gradualmente dissiparsi. I disturbi dell'umore come ansia, depressione e irritabilità, così come la cefalea, l'insonnia e il senso di affaticamento insorgono precocemente: sono correlati ad alterazioni funzionali del sistema limbico ma in parte possono essere ricondotti a fenomeni secondari complessi, o alla privazione di sonno causata dai frequenti risvegli per le vampate e sudorazioni notturne; possono essere modulati in base all'influenza di fattori psicosociali e allo stile di vita: la loro frequenza, severità e durata si manifestano con ampia variabilità. La carenza dello stimolo estrogenico sui tessuti del distretto urogenitale comporta lo sviluppo di secchezza, irritazione e prurito delle mucose, difficoltà e dolore ai rapporti sessuali per ipotrofia dei tessuti vaginali e vulvari; l'aumento dello stimolo alla minzione, anche nel corso della notte, così come l'urgenza dello stimolo e l'incontinenza urinaria, sono invece correlati alla ipotrofia della mucosa uretrale, del trigono vescicale e di alcuni tessuti del pavimento pelvico. Questi disturbi interessano una donna su due, ma è possibile che le stime ne sottovalutino la frequenza: la comparsa tardiva ostacola la segnalazione del disturbo al medico, nella persuasione che essi dipendano dall'invecchiamento. Il distretto cutaneo può manifestare segni di ridotto trofismo come l'assottigliamento, conseguente alle modificazioni quantitative e strutturali delle fibre elastiche e collagene, la secchezza, correlata alla riduzione della funzionalità delle ghiandole sebacee, e la comparsa di macchie cutanee con accentuazione delle linee d'espressione. La ridotta capacità di concentrazione e i disturbi della memoria conseguono ad alterazioni delle funzioni del sistema nervoso centrale.

Può aggiungersi un possibile danno cerebrovascolare conseguente ai disturbi cardiocircolatori che insorgono tardivamente. La riduzione della libido dipende dall'abbassamento dei livelli di androgeni (principalmente il testosterone) e in parte dalle diverse modificazioni organiche dovute all'abbassamento degli estrogeni: riduzione dell'elasticità vaginale, minore lubrificazione delle mucose, insufficienza erettile del clitoride, infezioni batteriche ricorrenti sostenute dalla progressiva modificazione del pH vaginale. Un ruolo non trascurabile è imputabile all'auto percezione di un progressivo decadimento

dell'immagine corporea. Altri sintomi aspecifici della deprivazione da estrogeni nei tessuti periferici sono il dolore articolare e la tensione mammaria.

Per i primi cinque anni dall'inizio della menopausa si verifica una perdita di tessuto osseo che annualmente corrisponde a circa il 2%; negli anni successivi la velocità di riassorbimento tende a ridursi ma espone in ogni caso a un rischio di osteoporosi. Con l'avanzare dell'età il rischio di aumento della pressione arteriosa cresce, ma il passaggio alla menopausa rappresenta un momento particolarmente critico in cui il sistema cardiocircolatorio affronta la riduzione dell'effetto vasodilatatorio degli estrogeni: è frequente che in questo momento si manifesti in forma conclamata l'ipertensione, favorita dal concomitante aumento ponderale, con distribuzione centralizzata dell'adipe, e dalla ritenzione idrica. Il rischio di malattia coronarica si correla strettamente a tale circostanza, alla quale si aggiunge lo sviluppo di alterazioni del metabolismo dei grassi e l'ipercolesterolemia.

Esiste un rischio di malattia neoplastica più alto rispetto alle altre età della vita: il tumore della mammella, il primo per incidenza e prevalenza, ricorre con frequenza crescente con l'avanzare dell'età fino a una quota dell'8% tra i 50 e 80 anni. Il carcinoma del polmone colpisce maggiormente tra 50 e 65 anni. Inoltre, per una donna che ha raggiunto la menopausa il rischio di ammalarsi entro i 75 anni di carcinoma dell'endometrio è stimato intorno all'1-3%.

Il carcinoma ovarico, la principale causa di morte per patologia maligna ginecologica, incide maggiormente tra i 60 e 70 anni, e l'età media alla diagnosi è 63 anni. Anche il carcinoma del colon è caratteristico dell'età matura, tanto che solo il 3% incide prima dei 40 anni.

E' evidente la necessità di effettuare una sorveglianza vigile, mirata alla prevenzione delle patologie correlate all'età e alla menopausa, oltre che alla diagnosi precoce delle malattie neoplastiche.

La menopausa e i tumori



La menopausa è un momento della vita in cui l'incidenza di patologie tumorali è particolarmente elevata: è inevitabile che, con l'avanzare dell'età, il rischio di tumore aumenti significativamente. Il tumore più frequente è il carcinoma mammario, seguito dal carcinoma del colon retto e dell'utero. Il tumore maligno del polmone sta purtroppo assumendo dimensioni inquietanti proprio nella popolazione femminile, forse a causa dell'abitudine al fumo di sigaretta che sembra ancora troppo radicata soprattutto nelle donne. Anche i tumori di stomaco e pancreas hanno una certa rilevanza in termini di incidenza. La mortalità per tumore segue più o meno l'incidenza, anche se esistono differenze importanti tra la mortalità per carcinoma mammario che sta diminuendo (grazie alla diagnosi precoce e alle terapie disponibili) e quella per tumore del polmone (considerato, lo ricordiamo, un "big killer") o per tumore di colon, pancreas e stomaco. Il rapporto incidenza/mortalità è globalmente in fase di cambiamento per quasi tutti i tumori: assistiamo a una tendenza alla riduzione della mortalità, forse perché la donna ha recepito molto bene gli inviti alla diagnosi precoce e applica coerentemente le regole suggerite dalle campagne informative.

Pensare alla menopausa e al rischio tumorale porta inevitabilmente ad affrontare il discorso della terapia ormonale sostitutiva (HRT), cioè la somministrazione di estrogeni, da soli oppure in combinazione con il progesterone (il progesterone è stato introdotto in terapia ormonale sostitutiva per proteggere l'endometrio dai possibili danni da estrogeni), per alleviare i sintomi da menopausa: molto è stato detto sul possibile rischio di carcinoma mammario in donne che fanno uso di HRT, non sempre in maniera davvero equilibrata. Gli studi disponibili mostrano che tale rischio, pur presente in piccola misura (così come è presente un rischio maggiore di malattia tromboembolica), è controbilanciato da indubitabili vantaggi legati alla prevenzione dell'osteoporosi (e delle conseguenti fratture) e del cancro del colon retto.

La protezione dal tumore del colon nella terapia combinata estrogeni/progesterone non deve essere sottovalutata alla luce della maggiore letalità di questo tumore rispetto al carcinoma mammario. In realtà i risultati dei diversi studi sono stati a volte piuttosto contraddittori, non confermando sempre rischi e benefici nei gruppi di donne esaminati. In sintesi, l'associazione estrogeni/

progesterone sembra aumentare il rischio di tumore mammario ma ridurre il rischio di tumore del colon retto; gli estrogeni somministrati da soli diminuirebbero invece il rischio di tumore della mammella ma non influenzerebbero l'incidenza di cancro del colon retto.

Un atteggiamento prudente ma non allarmistico è opportuno: in presenza di sintomi e segni da menopausa, con un'influenza dimostrabile sullo stato di salute e sulla qualità di vita della donna, la terapia ormonale dovrebbe essere prescritta in maniera personalizzata insieme a controlli ginecologici e senologici regolari, nonché a un monitoraggio dello stato cardiocircolatorio.

Come sappiamo, la diagnosi precoce del carcinoma mammario è un'arma importante di prevenzione secondaria: individuare una neoplasia quando è in stadio iniziale significa con ogni probabilità salvare la vita della donna ed evitare terapie eccessivamente invasive; l'approccio ideale, non sempre ottenibile in oncologia, sarebbe la prevenzione primaria cioè la somministrazione di preparati (o l'assunzione di atteggiamenti) atti a evitare lo sviluppo dei tumori. Un farmaco che, in un grande studio italiano, si è rivelato utile per ridurre il rischio di tumore della mammella è tamoxifen: questa molecola ha dimostrato di ridurre l'incidenza del carcinoma mammario in donne che assumevano terapia ormonale sostituiva. Questa osservazione ha motivato i ricercatori a studiare più approfonditamente tamoxifen, già usato in terapia adiuvante in donne operate, nella prevenzione primaria del carcinoma mammario: è stato recentemente sviluppato lo studio HOT (HRT Opposed by Tamoxifen), in cui vengono reclutate donne sane sottoposte a HRT per lo stato di menopausa, che ricevono una bassa dose di tamoxifen (5 mg al giorno) oppure un placebo per un tempo globale di 5 anni. Lo scopo principale dello studio è verificare la capacità di tamoxifen di proteggere dal tumore mammario donne sottoposte a HRT. I risultati non sono ancora definitivi, tuttavia alcune osservazioni preliminari e generiche sono possibili: se paragonate alle donne che partecipano agli studi americani, le donne italiane reclutate nello studio HOT sono più giovani e più magre, quindi meno propense a sviluppare complicanze dalla somministrazione di estrogeni. La cura delle abitudini alimentari e del peso corporeo è infatti estremamente importante per ridurre il rischio personale di neoplasia della sfera ginecologica e senologica.

Inoltre, il tasso di adesione allo studio HOT ha mostrato una tendenza maggiore ad accettare la ricerca in donne meno preoccupate per un eventuale tumore mammario. Donne molto più preoccupate hanno avuto maggiori resistenze nei confronti dello studio, quasi si verificasse una rimozione del problema a causa di una preoccupazione eccessiva e non controllata.

Lo studio non è stato ancora completato: attendiamo i risultati con la consapevolezza che identificare una molecola in grado di proteggere le donne sane dal carcinoma mammario significa introdurre nell'uso comune un'arma potentissima a tutela della salute femminile.

Maria Luisa Brandi
(Dipartimento di Medicina Interna,
Università di Firenze)

L'Osteoporosi: rompere il silenzio



L'osteoporosi è una malattia del metabolismo osseo causata da una riduzione della quantità e qualità dell'osso, con aumento della fragilità e fratture spontanee o da trauma lieve. Le sedi più frequenti sono le vertebre, l'avambraccio, il femore e il bacino, ma anche altri segmenti scheletrici possono rappresentare, se fratturati, il primo segno di malattia. Le cause sono molteplici: la più frequente è la carenza di estrogeni in menopausa. L'osteoporosi è stata indicata come "epidemia silenziosa": questo rispecchia lo sviluppo subdolo della malattia, con assenza di sintomi eclatanti per molto tempo. Purtroppo anche in assenza di sintomi la malattia avanza e l'osso diventa fragile, fino a fratturarsi. Spesso è la frattura di una vertebra a permettere la prima diagnosi.

L'osteoporosi colpisce una su due donne dopo i 45 anni, e un uomo su cinque. Il 46% di tutte le fratture osteoporotiche diagnosticate è vertebrale, il 16% è del femore e un altro 16% dell'avambraccio. Quando questa patologia colpisce un individuo ne aumenta il rischio con un effetto amplificatore: in donne che hanno sofferto di una frattura vertebrale esiste un aumento di cinque volte della probabilità di soffrire di una futura frattura rispetto a donne che non hanno mai presentato fratture osteoporotiche.

Esistono fattori di rischio, ma il più delle volte i pazienti affermano di non essere stati informati per tempo del rischio che correvano: alcuni fattori genetici, il trattamento con farmaci che danneggiano il metabolismo osseo, la menopausa prima dei 45 anni e numerosi disordini del tratto gastroenterico sono cause importanti di osteoporosi.

La prevenzione è importante e si basa su un adeguato stile di vita: nell'età adulta è buona norma osservare abitudini salutari per mantenere il patrimonio scheletrico acquisito. Ogni giorno è necessario introdurre con l'alimentazione una quantità di calcio, il minerale di cui è ricco lo scheletro, raccomandata per ogni età e momento fisiologico. Latte e latticini sono gli alimenti più ricchi: non introdurli giornalmente richiede di assumere il prezioso minerale attraverso altre vie, come le acque minerali ricche di calcio o i supplementi. Esiste un ormone amico, la vitamina D, che permette di assorbire calcio a livello intestinale: questa vitamina viene sintetizzata a livello cutaneo sotto l'effetto dei raggi solari (l'esposizione alla luce solare di braccia e gambe senza protettori solari deve essere minimo di dieci minuti tre volte alla settimana). I supplementi di vitamina D vengono in aiuto se l'esposizione al sole è scarsa o insufficiente.

La vita sedentaria è nemica assoluta delle ossa! Il movimento è infatti un formidabile stimolo alla costruzione di nuovo osso. Marcia, corsa, salto con la corda, palestra, ginnastica posturale oppure pesi leggeri costituiscono attività che possono essere praticate senza rischi (anzi con molti benefici) per tutta la vita.

Nella diagnosi di osteoporosi il medico curante è il migliore consigliere e aiuta a decidere quale percorso intraprendere: la mineralometria ossea computerizzata (MOC) con strumentazioni DXA è l'esame più accreditato per stabilire quanto osso mineralizzato sia presente. Usualmente i siti misurati sono la colonna lombare e il femore, più raramente l'avambraccio. Questo esame permette anche di valutare nel tempo gli effetti di una terapia. Gli esami del sangue e delle urine potranno in certi casi guidare la diagnosi di malattia. Se si sospetta una frattura vertebrale è utile eseguire una radiografia della colonna dorsale e lombare che permetta una valutazione morfometrica dei corpi vertebrali.

Alcuni test genetici possono essere condotti in famiglie con storia clinica di osteoporosi.

Quanto alla terapia, esistono numerosi farmaci che hanno dimostrato efficacia nel prevenire le fratture. Le molecole a disposizione hanno meccanismi di azione diversi, agendo come inibitori della distruzione ossea oppure come stimolatori della formazione di nuovo tessuto. Il medico curante sceglie il farmaco più adatto al singolo individuo e la sequenza ideale nella terapia combinata con farmaci ad azione diversa.

E' importante che la terapia venga associata a vitamina D e/o calcio laddove esista una carenza di tali fattori. L'osteoporosi deve essere curata cronicamente per ottenere la protezione dal rischio di frattura: a tale scopo sono state sviluppate formulazioni che permettono una maggiore aderenza alla terapia, quali la somministrazione settimanale di farmaci.

Come già detto, l'osteoporosi può riconoscere come prima manifestazione la frattura: il primo sintomo è un dolore acuto che impedisce i normali movimenti, compromettendo l'attività della vita quotidiana. Per fortuna, è a disposizione una tecnica che permette di ripristinare l'integrità delle vertebre attraverso l'introduzione di cemento osseo. Questo metodo di solito stabilizza la frattura. A lungo termine la paziente è maggiormente esposta ad altre fratture e a patologie cardiopolmonari, talvolta anche mortali, quindi sono necessari controlli molto accurati. Sono possibili anche fratture del femore: l'intervento chirurgico con protesi di anca deve essere repentino e accompagnarsi alla necessaria terapia farmacologia.

L'osteoporosi dovrebbe essere recepita dai medici curanti come un problema da affrontare. Le donne in menopausa dovrebbero essere informate sul rischio di ammalarsi di questa patologia, tanto più se la menopausa avviene prima dei 45 anni. La storia familiare deve essere tenuta in forte considerazione. Chi cronicamente assume farmaci quali i cortisonici deve essere istruito sui mezzi di prevenzione.

Il medico curante può fornire tutte le informazioni utili a seguire uno stile di vita corretto, primo amico dell'osteoporosi.

**Piero Sismondi,
Nicoletta Biglia**
(Oncologia Ginecologica,
Ospedale Mauriziano Umberto,
Torino)

La terapia ormonale sostitutiva in menopausa: lo stato dell'arte



La terapia ormonale sostitutiva, nota con la sigla HRT, è prescritta in tutto il mondo dall'inizio degli anni '60 per la cura dei sintomi della menopausa e per la prevenzione dell'osteoporosi. Si tratta di somministrare per via orale o attraverso cerotti o gel cutanei gli ormoni sessuali, estrogeni e progesterone, che fino all'età della menopausa sono prodotti dalle ovaie. Gli effetti benefici di questa terapia sui sintomi menopausali, vampate di calore prima di tutto, ma anche secchezza vaginale, insonnia e alterazioni dell'umore, sono noti da tempo, così come è dimostrata la capacità di contrastare l'osteoporosi con una riduzione delle fratture vertebrali, del femore e di altri distretti ossei. Molti studi hanno suggerito che l'uso degli estrogeni dopo la menopausa abbia un effetto protettivo sul rischio di patologie cardiovascolari, che rappresentano nel nostro Paese la principale causa di morte.

Un freno alla diffusione dell'HRT è stato per qualche tempo il timore che gli ormoni potessero influenzare sfavorevolmente il rischio di sviluppare alcuni tumori, in particolare quelli sensibili agli estrogeni, (mammella ed endometrio): su questo argomento la ricerca medica ha dati sostanzialmente concordi, elencati di seguito.

- 1) Non esiste alcun aumento di rischio per i tumori dell'utero se la terapia viene prescritta in modo adeguato, cioè associando agli estrogeni anche un progestinico.
- 2) Non c'è alcun effetto sfavorevole sulla mammella per terapie di breve-media durata (3-4 anni dopo l'inizio della menopausa), mentre terapie prolungate oltre i 5 anni determinano un modesto aumento del rischio di tumore mammario.
- 3) C'è una significativa protezione nei confronti del tumore del colon-retto.

Ma allora perché esistono ancora dubbi e timori sull'uso della terapia ormonale sostitutiva? La motivazione è da ricercarsi nella pubblicazione, nel 2002, di un importante studio americano noto come WHI (Women's Health Initiative Study), che negava l'effetto protettivo degli estrogeni nei confronti delle malattie cardiovascolari e sottolineava i rischi per la mammella: in seguito a questa pubblicazione si è abbattuta una vera "bufera" sull'HRT, grazie anche a una campagna di stampa molto negativa e spesso poco informata, che ha suscitato sconcerto e preoccupazione non solo fra

le donne, ma anche fra molti medici. Si pensi che in Italia l'uso di estrogeni è sceso, di conseguenza, a meno del 5% della popolazione in menopausa, ma anche nei paesi dove questa terapia era maggiormente diffusa si è assistito a una forte riduzione dell'uso degli ormoni! Ancora oggi, sebbene si stia andando verso un maggiore equilibrio su questo argomento e vi sia una ripresa di fiducia nelle terapie ormonali, il timore e la confusione permangono e le donne sono spesso riluttanti ad assumere la HRT anche quando tormentate da fastidiosi disturbi.

La realtà è che la terapia ormonale è molto utile ed efficace quando realmente indicata, e se somministrata sotto controllo medico. In sintesi, lo studio WHI ha ribadito l'effetto favorevole della HRT su tutti i sintomi menopausali e sulla prevenzione delle fratture vertebrali e femorali, ha confermato l'effetto protettivo degli estro-progestinici sui tumori del colon-retto e la neutralità sui tumori dell'utero, ma ha evidenziato un piccolo aumento del numero di tumori della mammella nelle donne trattate con HRT per oltre 5 anni, dato che era già noto da anni sulla base di studi di minori dimensioni. L'aumento di rischio è molto contenuto, e va comunque analizzato tenendo conto che le donne che si sottopongono a HRT sono di solito molto scrupolose nel seguire con attenzione il programma di diagnosi precoce senologica loro proposto.

La terapia ormonale sostitutiva rimane l'unico trattamento che sia nel contempo capace di controllare l'ampio spettro di sintomi correlati alla menopausa, dalle vampate, alla secchezza vaginale, e di ridurre il numero di fratture osteoporotiche del femore, delle vertebre o di altri distretti ossei. L'effetto sul rischio tumorale è di protezione per i tumori del colon-retto, che rappresentano nel nostro paese la quarta causa di morte per tumore, e di modesto aumento per i tumori della mammella: tale aumento del rischio tuttavia si evidenzia solo per terapie di lunga durata, superiori a 5 anni, poco diffuse nel nostro Paese, dove in genere la durata di trattamento è molto inferiore.

La prevenzione delle patologie cardiovascolari non è al momento inclusa tra le indicazioni alla terapia sostitutiva, tuttavia l'analisi delle conoscenze oggi disponibili fa ritenere che un effetto favorevole possa esistere se l'uso degli estrogeni è iniziato precocemente, negli anni immediatamente successivi alla menopausa, prima che si siano verificati danni importanti nel sistema vascolare e in donne che si possano

considerare ragionevolmente “sane” in termini di peso corporeo, pressione arteriosa e prive di fattori di rischio tromboembolico.

Il bilancio rischi-benefici della terapia ormonale sostitutiva deve essere valutato caso per caso a seconda dell'età, delle caratteristiche fisiche e cliniche, del profilo di rischio familiare e della sintomatologia delle singole donne che si trovano ad affrontare quell'inevitabile e importante periodo della vita che inizia con la cessazione dei cicli mestruali.

Nicoletta Biglia
(Oncologia Ginecologica,
Ospedale Mauriziano Umberto,
Torino)

Alternative terapeutiche non ormonali



Per le donne in menopausa che soffrono di vampate di calore ma non possono affidarsi a una terapia con estrogeni per la presenza di controindicazioni o perché riluttanti ad assumere ormoni esistono alternative terapeutiche sia farmacologiche sia ‘naturali’ (cioè a base di composti derivanti dalle erbe).

Fitoestrogeni

Sono composti presenti in numerose piante caratterizzati da un'azione simile a quella degli estrogeni: tra i più importanti ricordiamo gli isoflavoni (genisteina, dadzeina, ecc) contenuti principalmente nella soia, i lignani, presenti in alte concentrazioni nei semi di lino e in altri cereali, e i cumestani, che si trovano principalmente nel trifoglio rosso e nei germogli. Un'altra sorgente di fitoestrogeni è rappresentata da alcune piante officinali come la cimicifuga racemosa e l'erba medica (medicago sativa). Alcuni studi hanno messo in evidenza che queste sostanze, grazie alla struttura chimica simile agli ormoni femminili, sono in grado di legarsi ai recettori per gli estrogeni, pur essendo dotati di una potenza nettamente inferiore rispetto a questi: il loro impiego viene proposto nei disturbi legati alla menopausa come alternativa “naturale” alla terapia ormonale sostitutiva. I risultati degli studi effettuati non sono concordi sul reale beneficio: possiamo dire che, nella migliore delle ipotesi, i fitoestrogeni riducono lievemente la frequenza delle vampate di calore (riduzione media del 15%). Il beneficio, quando esiste, appare modesto: in una donna che per esempio sperimenta quotidianamente 10 o 12 vampate al giorno si ottiene una riduzione media di una vampata al giorno. Nessun effetto positivo è stato dimostrato sulla secchezza vaginale né su altri sintomi come i disturbi dell'umore, l'ansia, la cefalee. Inoltre, i fitoestrogeni non hanno dimostrato di essere in grado di migliorare significativamente la densità minerale

ossea, né esiste alcuna prova che siano capaci di ridurre il numero di fratture da osteoporosi.

Le informazioni sul rischio oncologico dei fitoestrogeni sono estremamente carenti: di questo bisognerebbe sempre tenere conto prima di deciderne l'assunzione. Infine, non sono noti gli effetti dell'uso per lunghi periodi o a dosaggi elevati. Recentemente il Ministero della Salute ha stabilito che, in caso di assunzione di integratori dietetici contenenti fitoestrogeni, l'apporto giornaliero di isoflavoni della soia non debba superare 80 mg al giorno. Secondo l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) la soia e gli isoflavoni potrebbero essere utili soltanto a breve termine nel trattamento dei sintomi vasomotori della menopausa. Resta comunque da stabilire se gli effetti positivi siano dovuti ai fitoestrogeni in sé o alla loro combinazione con altri componenti degli alimenti.

Cimicifuga racemosa

È una pianta officinale originaria del Nord America, della famiglia delle Ranunculaceae. Alta due metri, se ne utilizza la radice: gli indiani americani preparavano un decotto come rimedio contro l'artrite, la stanchezza e i morsi di serpente. Le sostanze attive più conosciute sono triterpeni, alcaloidi, fitosteroli e polifenoli (isoflavoni, acido isoferulico e tannini), oltre naturalmente a vitamine e minerali. Questi preparati sono proposti per alleviare i disturbi classici della menopausa: sudorazione, vampate di calore, disturbi del sonno. Alcuni studi hanno mostrato una certa efficacia della cimicifuga racemosa nel controllo delle vampate di calore, sebbene inferiore ai benefici ottenibili con gli estrogeni. Il 7 agosto 2006 il Ministero della Salute ha tuttavia inviato una circolare alle aziende di settore, invitandole a sospendere la commercializzazione dei prodotti contenenti cimicifuga racemosa: la decisione è stata presa in Italia dopo la pubblicazione, a luglio, di un comunicato stampa dell'EMEA (Agenzia Europea del Farmaco) circa la presunta tossicità epatica della pianta. Nell'attesa che l'Istituto Superiore di Sanità faccia le debite valutazioni, si ritiene sconsigliato l'uso della cimicifuga racemosa.

Antidepressivi

Fino a pochi anni fa il trattamento dei sintomi della menopausa per le donne che avevano avuto un carcinoma della mammella era considerato "tabù": l'idea generale era che si trattasse di problemi irrilevanti, quasi frivoli per una paziente oncologica! Le stesse donne erano riluttanti a parlare

di sintomi come le vampate di calore, la secchezza vaginale o la difficoltà nei rapporti sessuali. Grazie ai progressi in campo diagnostico e terapeutico, molte donne trattate per tumore della mammella guariscono o comunque hanno un lungo periodo di benessere dopo l'intervento: questa consapevolezza ha aumentato l'attenzione verso la qualità di vita e l'opportunità di preservare la salute dai danni dell'invecchiamento e della carenza ormonale. L'uso della terapia ormonale sostitutiva (HRT) in donne trattate in precedenza per un carcinoma mammario è attualmente controindicato per il dubbio che l'adozione di terapie con estrogeni comprometta l'efficacia delle terapie oncologiche: che cosa fare se una donna operata al seno manifesta problemi per i sintomi da menopausa? Le vampate di calore rappresentano il principale sintomo che spinge la paziente con carcinoma mammario a richiedere un trattamento: gli unici farmaci efficaci e sicuri per il controllo delle vampate di calore in queste donne sono gli antidepressivi appartenenti alla classe dei SSRI (selective Serotonine reuptake inhibitors), fra cui la fluoxetina, la paroxetina e la venlafaxina, utilizzati a dosi più basse rispetto a quelle richieste per la cura della depressione. Sono oggi in studio anche altri antidepressivi, come la mirtazapina, che sembra fornire analoghi benefici, il citalopram, la sertralina. Infine, è stato valutato al dosaggio di 900 mg/die il gabapentin, un farmaco utilizzato da anni con diverse indicazioni (epilessia, dolore cronico, attacchi di panico). In conclusione, la necessità di fornire un aiuto alle donne che presentano severi sintomi menopausali e non possono o non vogliono assumere estrogeni stimola la ricerca di trattamenti non ormonali, capaci di alleviare i sintomi e nel contempo privi di importanti effetti collaterali.

Gianna Schelotto
(Psicologa, Genova)

Una scandalosa normalità



Non tutte le rivoluzioni fanno rumore: ce n'è una che si muove silenziosa e sotterranea senza essere meno innovativa e interessante. Il territorio su cui la rivolta infuria è quello dell'interiorità profonda. Pochi eventi si sono radicalmente trasformati come l'atteggiamento verso la menopausa: il sovvertimento arriva da lontano, dal periodo di contraddizioni e fermenti che ha caratterizzato la fine degli anni '60 e il decennio del '70. A quel tempo le donne oggi in menopausa erano ragazze, ed è probabile che qualche scintilla di rivolta, sepolta, sia stata riattizzata dagli ormoni in caduta libera o dagli impulsi innovativi che le rese dei conti comportano.

Molti sono stati i cambiamenti legislativi intervenuti a partire dagli anni '70.

Ripercorriamoli brevemente:

- *nel 1970 il Parlamento Italiano approva la legge sul divorzio (ribadita poi con referendum). Si tratta di un divorzio "moderno": non è una sanzione, ma un rimedio. Il concetto di colpa perde significato*
- *nel 1972 la Corte costituzionale dichiara contrario allo spirito della Costituzione l'articolo 553 del codice penale che vieta la pubblicizzazione di metodi contraccettivi (contenuto nel titolo del codice penale relativo ai "delitti contro l'integrità della stirpe"). Viene introdotta la possibilità di prevenire le nascite indesiderate*
- *nel 1975 viene approvato il nuovo diritto di famiglia: sono riconosciuti alle donne diritti patrimoniali ed economici prima impensabili*
- *nel 1981 viene abrogato il delitto d'onore*

Difficile pensare che questo fermento non abbia avuto una ricaduta sul piano sociale, e più nascostamente sulle donne e sulla loro immagine di sé!

Secondo G.Greer la menopausa ha per ogni donna una sua unicità, non diversamente dalle impronte digitali: ogni storia è originale e irripetibile. Non possiamo tuttavia trascurare alcuni aspetti di contorno che caratterizzano questo importante "passaggio" della vita. Come si esprime il "terremoto emotivo"? Molte donne insistono e rafforzano la "sindrome di Atlante": pensano di non aver scelta, di dovere arrivare a tutto e superare ogni cosa. Trasformano la stanchezza, la vulnerabilità in senso di colpa. Altre, al contrario, vinte dalla fatica e dalle paure, si arrendono e usano la menopausa come una malattia (trasformano la loro infelicità in malattia). La menopausa rappresenta comunque un lutto, un distacco da situazioni e immagini di sé che erano strutture portanti dell'identità. L'elaborazione di questo lutto prevede stadi che permettono, con incertezze e sofferenze, il superamento della crisi. Si comincia con la negazione: finché è possibile le donne dicono a se stesse che niente sta succedendo, nulla è cambiato. Questo atteggiamento va dal semplice ignorare sintomi e malesseri fino all'attardarsi in gesti e modalità di improbabili giovinezze.

Il secondo stadio è la rabbia: le donne si sentono invisibili, non trovano comprensione, appoggio, immaginano che tutti complottino contro di loro. Hanno reazioni aggressive. Diventano litigiose e irruenti, come se si accorgessero all'improvviso che la loro vita è stata spesa più per assecondare i bisogni degli altri che per soddisfare i propri. Può insorgere la depressione: sembra che tutta l'aggressività, non avendo trovato né riscontri né cambiamenti né comprensione, si riversi direttamente sulla donna stessa. Nella maggioranza dei casi le donne attraversano una sorta di negoziazione con il mondo esterno e con il temibile interlocutore rappresentato da se stesse.

Il problema della menopausa col quale si liquida, di solito medicalizzandolo, l'intero fenomeno, ha certo un ruolo centrale, ma è troppo riduttivo e tendenzioso per dare ragione della complessità e della ricchezza di questa mutazione. Le donne oltre la soglia dei cinquant'anni vivono in genere più di un quarto di secolo, ma non c'è niente nella cultura, nel costume, nelle abitudini che anticipi i comportamenti, fornisca notizie, informazioni o modelli su questa parte dell'esistenza. Come se il cinquantesimo compleanno fosse un punto di arrivo oltre il quale non è consentito viaggiare! Eppure tante donne non intendono fermarsi a guardare vivere gli altri.

Tutto avviene in silenzio, quasi si trattasse di un impulso improvviso, un lampo d'estate: un giorno, senza segni premonitori o motivi scatenanti, queste donne si riprendono la vita. Alcune se ne vanno di casa, altre restano ma cambiano tutto il possibile: mobili, auto, lavoro, colore dei capelli e uomini. Se erano docili e pazienti diventano aggressive e intolleranti, se si preoccupavano di tutto si scoprono tranquille fino all'indifferenza; le parsimoniose si fanno prodighe, le gelose si mostrano liberali e comprensive, le solerti impigriscono, le perfezioniste si abbandonano al piacere proibito della sciatteria; le bellissime si arrendono e le bruttine hanno negli occhi una luce strana, obliqua e maliziosa che nessuno aveva mai notato prima. Sembrano scoprire all'improvviso di non voler più vivere una vita modellata sui bisogni altrui. Gli ormoni hanno un peso sulle trasformazioni dei comportamenti, ma è probabile che non tutto dipenda da questo: in realtà a volte il climaterio semina i suoi malesseri su terreni di pregressa infelicità, e donne che covavano disagi, frustrazioni, sofferenza, trovano la spinta risolutiva per cambiare la propria esistenza.

Ciò che importa è che le donne ne escono in genere più consapevoli, più forti, in molti casi più libere.

E, finalmente, si riprendono la vita.

La menopausa: se i rimedi non fossero solo farmacologici?



Fare esercizio fisico, mangiare sano e dedicare attenzione a se stesse. La menopausa è un periodo in cui queste raccomandazioni assumono grande importanza: calo degli ormoni, interruzione del ciclo mestruale e sintomi del climaterio sono eventi che letteralmente rivoluzionano l'esistenza! Lo sconvolgimento è profondo: cambiano bruscamente l'immagine di se stesse e il ruolo nella coppia, nella famiglia e nella società.

Niente più consapevolezza della propria importanza riproduttiva, difficile rapporto con la femminilità. Per non parlare della vita sessuale, che può subire un repentino e brutale cambiamento! A meno che la donna non ricordi di essere sempre e profondamente se stessa e decida di seguire quelle semplici ma fondamentali indicazioni di fitness: tempo e impegno all'attività fisica, alimentazione adeguata, amore e attenzione per l'interiorità.

L'esercizio fisico innanzitutto: regola il tono ormonale, con un ruolo importante nel mantenimento del peso corporeo (meno ritenzione idrica e accelerazione del metabolismo), riduce l'insonnia, allevia le vampate di calore grazie a un migliore tono vascolare, previene la perdita di calcio dalle ossa (osteoporosi) e migliora il rischio cardiologico.

L'alimentazione aiuta perché il consumo regolare di latte e latticini riduce l'osteoporosi, e una buona quantità di isoflavoni contribuisce a controllare i sintomi da climaterio (mangiare soya fa bene e ha un'influenza positiva sulle vampate di calore).

L'attenzione a se stesse non è meno importante: la donna in menopausa, pur avendo perso alcune caratteristiche legate alla capacità riproduttiva, ha la straordinaria occasione di dedicare più tempo e amore a se stessa. Può tirare fuori doti artistiche e intellettuali che ha mantenuto sopite a causa degli impegni nella cura della casa, dei figli, del posto di lavoro: può permettersi di essere pienamente se stessa perché consapevole di affrontare un momento della vita solo suo che l'ha posta di fronte a un nuovo ruolo sociale e familiare. Un ruolo che la donna può modellare davvero su se stessa. Un ruolo tutto da costruire!

Indice

- O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna
Francesca Merzagora
Pag 2
- La salute delle donne: il ruolo della scienza e dell'etica
Umberto Veronesi
Pag 4
- La menopausa: cos'è
Giovanni Scambia
Pag 6
- La menopausa e i tumori
Andrea Decensi
Pag 9
- L'osteoporosi: rompere il silenzio
Maria Luisa Brandi
Pag 11
- La terapia ormonale sostitutiva in menopausa: lo stato dell'arte
Piero Sismondi
Nicoletta Biglia
Pag 14
- Alternative terapeutiche non ormonali
Nicoletta Biglia
Pag 16
- Una scandalosa normalità
Gianna Schelotto
Pag 18
- La menopausa: se i rimedi non fossero solo farmacologici?
Giovanna Gatti
Pag 21

In collaborazione con:



Via Ripamonti, 435 - MILANO - Tel. 57489761

Presidente
Manuela Belingardi



Sottovoce è l'associazione dell'Istituto Europeo di Oncologia costituita nel 1997 e presieduta da Manuela Belingardi con lo scopo di aiutare i pazienti ricoverati e i loro familiari reclutando e formando personale volontario che opera nei vari reparti dell'Istituto.

Tra le varie iniziative di Sottovoce figura la sua Biblioteca che si propone di offrire ai pazienti, come già avviene nella maggior parte degli ospedali americani, materiale di supporto in grado di chiarire dubbi sulla propria esperienza di malattia, di offrire spunti di riflessione, letture divulgative e informazioni sanitarie in generale.

Questa pubblicazione farà parte della Biblioteca di Sottovoce e girerà all'interno dell'Istituto Europeo di Oncologia.

Manuela Belingardi

La Salute delle donne: benessere in menopausa

Obiettivi

Questa pubblicazione nasce da un accordo di collaborazione tra O.N.Da e l'Assessorato alla Salute del Comune di Milano per offrire alla popolazione milanese di varie fasce di età informazioni concrete sulle differenti problematiche legate alla salute psico-fisica.

La menopausa, che segna la cessazione dell'attività riproduttiva, costituisce per la donna un passaggio delicato che viene vissuto più o meno bene a seconda delle caratteristiche individuali, della propria realizzazione in ambito personale e professionale e dall'esservi giunte dopo aver trascorso la prima parte della vita orientata alla tutela della propria salute.

Il termine menopausa è ancora vissuto con disagio e sono scarse e spesso contraddittorie le informazioni su come affrontarla serenamente.

Questa pubblicazione vuole contribuire a colmare il vuoto esistente, perché essere informate sulla propria salute è un diritto delle donne che consente di fare scelte consapevoli.

Milano



Comune
di Milano

Assessorato alla Salute

Largo Treves, 1 Milano 20121
Tel: 02.88463195 Fax: 02.88463138

O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

Via Fatebenefratelli, 17 Milano 20121
Tel: 02.29015286 Fax: 02.29004729
e-mail: info@ondaosservatorio.it
www.ondaosservatorio.it