Club di Potenza
Progetto nazionale "CurarSI"

Salute In rosa



Dalla prevenzione alla cura: consapevolezza e strategie

Parte 1

Opuscolo informativo

Indice

- Odontoiatria di genere Pag. 3
- Osteoporosi: prevenzione e cura Pag. 5
- Carcinoma mammario: fattori di rischio e prevenzione Pag. 11
- Diagnosi precoce e percorsi di screening Pag. 18
- Cariopatia ischemica: il cuore delle donne Pag. 22
- Nutrizione di genere Pag. 27

Elenco autori

- Giorgia Parente (Odontoiatra)
- Maria Montaruli (Reumatologa)
- Pina Di Santo (Chirurga Senologa)
- Margherita Mancino (Radiologa)
- Antonio Lopizzo (Cardiologo)
- Maria Carmela Padula (Biologa Nutrizionista)



Odontoiatria di genere

a cura della dott.ssa Giorgia Parente

L'**odontoiatria di genere** ha lo scopo di indagare in modo più approfondito e specifico le differenze tra donne e uomini per garantire in accesso più equo alle cure sanitarie. Tra uomini e donne esistono differenze biologiche, sociali e psicologiche che hanno un impatto sulla salute orale e sull'aspetto del sorriso.

Il CORDIS Europa (Il servizio Comunitario di Informazione in materia di Ricerca e Sviluppo) riporta che negli Stati Unite le donne sono incluse negli studi scientifici finanziati solo dal 1993. Ciò comporta delle diseguaglianze tra i due sessi in termini di assistenza sanitaria, prevenzione, accesso alle cure.

In uno studio della Bradford University emerge che, analizzando 49 variabili facciali le donne presentano sorrisi più ampi rispetto agli uomini, sono più attente ai controlli periodici e richiedono più trattamenti sbiancanti ed ortodontici con allineatori trasparenti.

Gli **allineatori dentali** (clear aligner) sono dispositivi ortodontici trasparenti e rimovibili utilizzati per la cura delle malocclusioni. Sono progettati sulla bocca di ogni paziente. Si effettua la scansione 3D con lo scanner intraorale, poi si passa alla progettazione del caso con i records digitali e radiografici. Vanno indossati 22 ore al giorno.

SALUTE DEL CAVO ORALE E DONNA

Nel corso della vita la donna subisce dei **cambiamenti ormonali** che, causando una variazione della risposta immunitaria, possono influire sulla salute del cavo orale:

- **adolescenza**: aumento della reattività della placca batterica che porta alla gengivite
- **gravidanza**: il progesterone rende i vasi sanguigni più permeabili. Si verifica un amento delle gengiviti e la tipica lesione dell'epulide gradivica
- **menopausa**: il calo di estrogeni fa si che vi siano alterazioni nel processo osseo, e spesso le terapie con bifosfonati possono causare necrosi ossea. La riduzione della secrezione salivare porta xerostomia.

Osteoporosi: prevenzione e cura



a cura della dott.ssa Maria Montanaruli

L'**osteoporosi** è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una riduzione della densità minerale ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità e del rischio di fratture.

È una delle patologie croniche più diffuse al mondo: si stima che oltre 500 milioni di persone, soprattutto donne in postmenopausa, ne siano affette.

Una donna su tre e un uomo su cinque sopra i 50 anni subiscono una frattura da fragilità, ma fino all'80% dei casi resta senza diagnosi o trattamento. In Italia colpisce circa 5 milioni di persone, per l'80% donne.

La forma più comune, legata all'età e alla menopausa è nota come **osteoporosi primaria**, mentre l'**osteoporosi secondaria** è correlata all'uso di farmaci (glucocorticoidi, inibitori dell'aromatasi), malattie endocrine o gastrointestinali.

FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE

I fattori modificabili comprendono sedentarietà, dieta povera di calcio e vitamina D, abuso di sale, alcol e caffeina, fumo, peso corporeo non adeguato e disturbi alimentari. I fattori non modificabili includono età, sesso femminile e familiarità.

La prevenzione si basa su uno stile di vita sano: attività fisica regolare (cammino, esercizi con carico), dieta equilibrata ricca di calcio e vitamina D, esposizione al sole, mantenimento del peso ideale, astensione da fumo e alcol. Importante anche il monitoraggio dei fattori individuali di rischio.

DIAGNOSI

La diagnosi si fonda sulla **densitometria ossea** (DXA), che misura la densità minerale ossea (BMD) e fornisce due indici:

- T-score: confronto con il picco di massa ossea di un giovane adulto;
  - Osteopenia: da -1,0 a -2,5
  - Osteoporosi: ≤ -2,5
- Z-score: confronto con soggetti della stessa età e sesso, utile nei soggetti giovani.

Si ricorre alla DXA per:

- donne ≥ 65 anni
- donne in postmenopausa < 65 anni con fattori di rischio
- uomini e donne con fratture da fragilità o segni radiografici di ridotta densità ossea.

Lo strumento FRAX calcola il rischio a 10 anni di fratture maggiori.

Gli **esami di laboratorio** servono a escludere forme secondarie (deficit di vitamina D, iperparatiroidismo, ipogonadismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, malassorbimento, mieloma, ecc.).

TRATTAMENTO

- Gli obiettivi terapeutici sono:
- prevenire le fratture
- mantenere la funzione
- ridurre il dolore.

Utili correzione dei fattori di rischio, assunzione di calcio (1000–1200 mg/die) e vitamina D (600–800 UI/die) ed eventuale terapia farmacologica.

Si riportano i seguito i farmaci principali:

1. **Antiriassorbitivi**

- Bisfosfonati (alendronato, risedronato, acido zoledronico): riducono il riassorbimento osseo e sono terapia di prima linea. I possibili effetti collaterali sono: osteonecrosi della mandibola e fratture femorali atipiche. Dopo 3–5 anni di terapia si può valutare una "vacanza terapeutica".
- Denosumab: anticorpo monoclonale anti-RANKL, efficace anche nei pazienti con insufficienza renale. Va sospeso solo dopo transizione a un bisfosfonato per evitare rapide perdite ossee.
- Raloxifene: modulatore del recettore estrogenico, utile nelle donne in postmenopausa, riduce il rischio di fratture vertebrali e carcinoma mammario invasivo.
- Terapia ormonale sostitutiva: non più raccomandata come prima scelta per i rischi cardiovascolari e oncologici.

2. **Agenti anabolizzanti**

- Teriparatide e Abaloparatide (analoghi del PTH): stimolano la formazione ossea, indicati nei casi gravi o resistenti.
- Romosozumab: anticorpo anti-sclerostina con doppio effetto anabolico e antiriassorbitivo; aumenta la densità ossea ma ha rischio cardiovascolare, perciò è controindicato in chi ha avuto infarto o ictus recenti.

MONITORAGGIO E GESTIONE CLINICA

Il monitoraggio si effettua con DXA ogni 2-3 anni per i pazienti in terapia. Nei casi trattati con agenti anabolici, la valutazione si fa al termine del ciclo terapeutico (12-24 mesi). Il dolore da frattura vertebrale si gestisce con analgesici, fisioterapia e supporti ortopedici; in casi selezionati si considerano vertebroplastica o cifoplastica, sebbene le evidenze siano limitate.

PREVENZIONE DELLE FRATTURE

Oltre all'adeguata integrazione e all'esercizio fisico, è essenziale ridurre il rischio di cadute (migliorare equilibrio, illuminazione domestica, correzione visiva). La terapia farmacologica preventiva è indicata nei soggetti con osteopenia e rischio FRAX elevato, o in trattamento cronico con corticosteroidi.

PUNTI CHIAVE

- Il picco di massa ossea si raggiunge verso i 30 anni; nelle donne la perdita accelera dopo la menopausa (circa 2%/anno per 10 anni).
- Le fratture da fragilità (vertebrali, femorali, del radio, omero) sono spesso il primo segno della malattia.
- La DXA è l'esame di riferimento per diagnosi e monitoraggio.
- Il trattamento combina correzione dello stile di vita, integrazione nutrizionale e farmaci specifici.
- Il successo terapeutico si valuta nel tempo attraverso la stabilità o l'aumento della densità ossea e la riduzione delle fratture.



Carcinoma mammario: fattori di rischio e prevenzione

a cura della dott.ssa Pina Di Santo

Il **tumore della mammella** è una malattia caratterizzata dalla crescita incontrollata di cellule presenti nel tessuto del seno. Può svilupparsi sia nelle donne che negli uomini, anche se è molto più frequente nelle donne. Le cellule maligne possono invadere i tessuti vicini e diffondersi ad altri organi (metastasi). Sebbene le cause non siano del tutto note, di configurano quali fattori di rischio principali l'età avanzata, le mutazioni genetiche e altri fattori ambientali.

Esistono forme diverse di tumore al seno, alcune a crescita lenta e altre più aggressive.

In Italia colpisce circa 55.000 persone ogni anno, quindi il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne e la fascia d'età più a rischio è quella compresa tra i 50 e i 69 anni.

L'incidenza del tumore alla mammella appare in leggera crescita ma, a fronte di questo, la sopravvivenza è in aumento (circa 87% a cinque anni) grazie alla diagnosi precoce e alle terapie sempre più innovative ed efficaci.

Il tumore della mammella è una patologia a eziologia multifattoriale, determinata dall'interazione di fattori genetici, ormonali, ambientali e legati allo stile di vita.
Fondamentale per difendersi da qualsiasi patologia o tumore è la **prevenzione primaria** che è correlata a:

- stile di vita sano
- esercizio fisico moderato e costante
- dieta equilibrata
- consumo moderato di alcol
- astensione dal fumo

FATTORI DI RISCHIO

In base alla complessità della patologia, i f**attori di rischio** vengono suddivisi in non modificabili e modificabili, con un impatto diretto sulle strategie di prevenzione.
Tra i fattori **non modificabili** riveste un ruolo centrale l'**età**, poiché l'incidenza aumenta progressivamente dopo i 40 anni e raggiunge il picco nella fase post-menopausale.
Anche il **sesso** rappresenta un fattore determinante: la malattia interessa prevalentemente le donne, mentre coinvolge l'uomo in meno dell'1% dei casi.

La **familiarità** costituisce un elemento rilevante poiché avere un parente di primo grado affetto da carcinoma mammario raddoppia o triplica il rischio, mentre la presenza di più parenti di primo grado può addirittura moltiplicarlo fino a sei volte. Dal punto di vista genetico, circa il 5–10% dei tumori mammari è ereditario ed è dovuto a mutazioni germinali dei **geni BRCA1 e BRCA2**, che espongono rispettivamente a un rischio medio entro gli 80 anni del 72% e del 69%. Altre mutazioni più rare, come quelle dei geni PALB2, CHEK2, ATM e TP53, sono associate a sindromi genetiche specifiche che aumentano ulteriormente il rischio.

Anche i **fattori riproduttivi ed endocrini** sono fondamentali: un'esposizione prolungata agli estrogeni endogeni rappresenta una condizione favorevole allo sviluppo tumorale. Rientrano in questa categoria il menarca precoce, la menopausa tardiva, la nulliparità o una prima gravidanza oltre i 30 anni, così come la mancanza o la breve durata dell'allattamento al seno. Al contrario, una gravidanza precoce riduce il rischio fino al 50% e ogni gravidanza successiva comporta un'ulteriore riduzione del rischio di circa il 10%. La densità mammaria elevata, valutata tramite mammografia, rappresenta un altro fattore di rischio importante sia per la maggiore probabilità di sviluppo della malattia, sia perché rende più difficile la diagnosi precoce.

Un rischio aggiuntivo riguarda l'esposizione a **radiazioni ionizzanti** in età giovanile, come avviene nei trattamenti per linfoma di Hodgkin, che può aumentare il rischio fino a sette volte.

Tra i **fattori modificabili** rientrano invece **terapie ormonali** e **stili di vita**. L'uso prolungato della terapia ormonale sostitutiva in menopausa, soprattutto quando combina estrogeni e progestinici, aumenta moderatamente il rischio, in misura maggiore nei primi cinque anni di trattamento. Anche i contraccettivi orali, soprattutto quelli di generazioni precedenti, comportano un incremento del rischio che tende a ridursi dopo la sospensione.
L'**alimentazione** svolge un ruolo decisivo: un consumo elevato di grassi saturi, carni rosse e alcol, associato a una dieta povera di fibre, frutta e verdura, incrementa l'incidenza della malattia. L'**obesità**, particolarmente in post-menopausa, rappresenta un fattore di rischio ben documentato, poiché il tessuto adiposo diventa una fonte primaria di estrogeni. Al contrario, l'**attività fisica** regolare riduce il rischio di carcinoma mammario del 20–30%, migliorando il metabolismo insulinico e lipidico e modulando l'equilibrio ormonale.

Un ulteriore elemento sfavorevole è costituito dal consumo di **alcol**, che aumenta il rischio in modo dose-dipendente, con una crescita del 7–10% per ogni 10 grammi di alcol ingeriti al giorno. Il **fumo di sigaretta**, soprattutto se iniziato in giovane età, contribuisce alla carcinogenesi mammaria attraverso meccanismi ossidativi e mutageni diretti sul DNA.

Alla luce di questa complessità, il carcinoma mammario può essere considerato il risultato dell'interazione dinamica tra fattori genetici, ambientali e comportamentali. Comprendere tali relazioni è essenziale per impostare strategie di prevenzione efficaci e per facilitare una diagnosi precoce, elementi fondamentali per ridurre la mortalità e migliorare la prognosi. Negli ultimi anni, l'anticipazione diagnostica e i progressi terapeutici hanno determinato un miglioramento significativo degli esiti clinici, rendendo possibile la guarigione nella maggior parte delle pazienti con diagnosi precoce.
La **diagnosi precoce** tramite esami può ridurre la mortalità per tumore alla mammella. Oltre agli screening, di seguito approfonditi, e gli interventi sullo stile di vita, uno strumento in più è l'autoesame che la donna può eseguire ogni mese su di sé (autopalpazione).

AUTOPALPAZIONE

L'autopalpazione è un semplice test di autovalutazione che consente di conoscere la struttura e l'aspetto generale della mammella, permettendo di cogliere, precocemente, qualsiasi cambiamento insolito rispetto alla fisionomia della mammella stessa. Le donne, comprese quelle portatrici di protesi mammarie, dovrebbero periodicamente eseguire un autoesame del seno in modo da evidenziare eventuali mutamenti o lesioni sospette da segnalare al Medico. Se questo esame viene praticato correttamente, una volta al mese e sempre nello stesso periodo, può limitare il rischio di diagnosticare un tumore in fase avanzata. A partire dai 20 anni si consiglia effettuare l'autopalpazione al termine del ciclo mestruale quando la mammella è meno tesa e dolente, mentre le donne in gravidanza ed in menopausa possono eseguirla in qualsiasi momento. Fare attenzione all'eventuale presenza di:

- variazioni di dimensioni e/o forma e/o asimmetria della mammella
- alterazione cutanea come una retrazione e/o irritazione
- arrossamento e/o desquamazione e/o retrazione del capezzolo
- tumefazione della mammella
- secrezione dai capezzoli

comparsa di un nodulo nel cavo ascellare

Appena ci si accorga di una di queste alterazioni rivolgersi immediatamente al Medico Specialista per una corretta valutazione diagnostica.

COME SI ESEGUE L'AUTOPALPAZIONE

- Davanti allo specchio, in un ambiente ben illuminato, osservare le mammelle tenendo le braccia distese lungo i fianchi; poi appoggiarle sul bacino e spingere forte in modo da contrarre i muscoli del petto. Scrutare le eventuali imperfezioni del seno: solo raramente le due mammelle sono del tutto identiche.
- Piegare il braccio sinistro dietro la nuca e cominciare a palpare delicatamente la mammella sinistra con la mano destra e le dita tese per evidenziare eventuali masse anomale , indurimenti o ispessimenti, viceversa per l'altro seno. Lo stesso procedimento verrà eseguito per il cavo ascellare.
- Sdraiarsi ponendo un cuscino o un asciugamano ripiegato sotto la spalla destra, collocando la mano destra sotto la nuca. Premere delicatamente con le dita tese della mano sinistra il seno destro, descrivendo movimenti circolari lenti, per cogliere eventuali noduli, viceversa per l'altro seno.

Stringere delicatamente i capezzoli tra le dita per rilevare possibili fuoriuscite di secrezioni.

Diagnosi precoce e percorsi di screening





a cura della dott.ssa Margherita Mancino

La **diagnosi precoce** è senza dubbio l'unica arma vincente su questa malattia; scoprire in tempo un tumore della mammella, può consentire l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche meno aggressive e meno invalidanti, migliorandone notevolmente la prognosi. L'esame clinico effettuato da medico competente, specialista, ha più del 70% di possibilità di evidenziare precocemente un tumore della mammella, ma solo la diagnostica per immagini è in grado di riconoscere le lesioni neoplastiche di piccole dimensioni. La partecipazione ai **programmi di screening**, organizzati su invito attivo nella fascia d'età 45-74 anni, può ridurre del 40% la mortalità per questa malattia.

MAMMOGRAFIA

La **mammografia** è la metodica diagnostica più attendibile di prevenzione secondaria, essendo in grado di segnalare la presenza di tumori mammari non ancora palpabili, in fase preclinica. Le moderne apparecchiature con tomosintesi permettono di riscontrare piccole lesioni non visibili con i vecchi mammografi e, utilizzando bassi dosaggi di raggi X, consentono senza rischi la ripetizione routinaria dell'esame.

ECOGRAFIA MAMMARIA

L'**ecografia mammaria** non è un esame alternativo alla mammografia, bensì è complementare, fornendo informazioni diverse. La metodica si avvale di ultrasuoni e rappresenta l'indagine di I livello in donne giovani, in allattamento ed in gravidanza. Risulta fondamentale nelle mammelle dense, a elevata componente ghiandolare ed è insostituibile nella caratterizzazione di un nodulo palpabile o non , differenziando le lesioni benigne da quelle sospette/maligne. Rappresenta la guida per procedure interventistiche (prelievo citologico ed istologico, nonché per il reperimento pre-operatorio) ed è indispensabile nella valutazione di impianti protesici.

- In **età inferiore ai 40 anni** si puo' ricorrere all'esame clinico e all'ecografia. Se è presente un dubbio diagnostico si procede alla mammografia e ad approfondimenti cito/istologici.
- In **età compresa tra 40 e 49 anni** è opportuno effettuare controlli mammografici periodici, consigliati ogni 12-18 mesi. In questa fascia d'età è consigliabile che la mammografia sia integrata dall'esame clinico e da ecografia contestuale, resa necessaria dall'effetto "schermante" della elevata densità mammaria.

- In **età superiore a 50 anni** la mammografia è raccomandata con periodicità di due anni , anche sel'attuale aumento di incidenza di lesioni maligne consiglia di non superare la soglia dei 18 mesi.

Si preferisce intensificare i controlli (annuali) in donne con mammelle mammograficamente dense o con familiarità per carcinoma mammario o ovarico.

Nelle donne ad alto rischio (familiarità per carcinoma mammario o ovarico) o con positività ai test genetici per BRCA1 e BRCA2 i controlli ecografici devono essere più ravvicinati, semestrali, associatianche ad una risonanza magnetica mammaria con mezzo di contrasto ed una mammografia annuali.

Anche per le donne in terapia ormonale sostitutiva è consigliato il controllo annuale, in quanto in letteratura è segnalato un rischio di incidenza di tumore al seno significativamente aumentato per le donne che effettuano la terapia da almeno 5 anni.

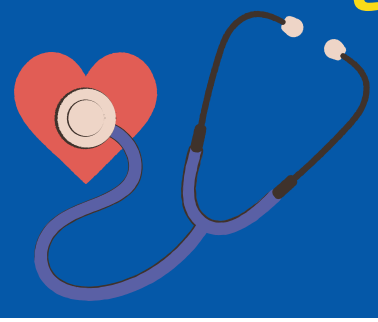
RISONANZA MAGNETICA

La risonanza magnetica non rappresenta indagine di routine nella diagnostica senologica.

Essa viene utilizzata in fase pre-operatoria nella ricerca di multifocalità, per la ricerca di carcinoma occulto quando gli esami tradizionali sono negativi e per il monitoraggio di lesioni mammarie trattate con chemioterapia prechirurgica. Risulta fondamentale nel follow-up della mammella sottoposta a chirurgia conservativa e/o radioterapia,nello studio di donne a rischio genetico o familiare e per la valutazione di donne con protesi. In un iter diagnostico razionale, in presenza di reperti mammografici o ecografici dubbi si ricorre alla diagnostica interventistica, che permette di tipizzare le lesioni e di inviare al chirurgo solo quelle decisamente sospette, evitando, quindi, inutili interventi su lesioni benigne.

ESAME CITOLOGICO PER AGO-ASPIRATO

L'**esame citologico per ago-aspirato** (FNAC) consiste nel prelievo, sotto guida ecografica o stereotassica, tramite un piccolo ago, di frammenti del nodulo rilevato, tuttavia tale metodica non è esente da un tasso di inadeguati o falsi negativi. L'ulteriore passo è rappresentato da una biopsia con aghi di calibro variabile in relazione al tipo di lesione, eseguita in regime ambulatoriale con anestesia locale e prelievo di frustoli di tessuto sui quali viene eseguito un esame istologico dirimente.



Cardiopatia ischemica: il cuore delle donne

a cura del dott. Antonio Lopizzo

Le **malattie cardiovascolari** rappresentano la principale causa di morte in Italia, con una prevalenza ancora più marcata nel genere femminile. In Italia, le malattie cardiocircolatorie sono responsabili del 48,4% dei decessi nelle donne (132.968 casi) e del 38,7% negli uomini (109.518 casi), seguite dai tumori.

Le donne rappresentano il 52% della popolazione della Comunità Europea e hanno un'aspettativa di vita più alta, raggiungendo mediamente gli 86 anni, circa 4 anni in più rispetto alla media maschile. Tuttavia, sebbene vivano più a lungo, si ammalano di più e utilizzano più frequentemente i servizi sanitari e i farmaci (42% delle donne rispetto al 32% degli uomini).

CARDIOLOGIA E MEDICINA DI GENERE

Il concetto di Medicina di Genere ha avuto un momento cruciale nel 1991, quando Bernardine Healy denunciò sul New England Journal of Medicine il comportamento discriminatorio dei cardiologi americani nei confronti delle donne.

La cardiologa americana introdusse la metafora della "Sindrome di Yentl" (una ragazza costretta a vestirsi da maschio per studiare), per evidenziare la tendenza a basare la diagnosi e la cura della donna su protocolli sviluppati sul corpo maschile, visto storicamente, fin da Aristotele e Galeno, come la "norma" o l'"uomo imperfetto".
La **Medicina di Genere** è definita come la distinzione delle ricerche e delle cure non solo dal punto di vista anatomico, ma anche in base alle differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. Questa prospettiva è cruciale, poiché storicamente gli studi clinici e preclinici sono stati eseguiti prevalentemente sul genere maschile (umano e animale).

CARDIOPATIA ISCHEMICA E SINTOMATOLOGIA FEMMINILE

L'approccio storico ha conseguenze dirette sulla gestione delle emergenze cardiache. In caso di **Infarto Miocardico Acuto** (IMA), una donna ha meno probabilità di un uomo che i sintomi vengano riconosciuti subito, portando alla perdita di minuti preziosi per salvarle la vita.
La sintomatologia nell'IMA è spesso atipica:

- precordialgia (dolore al petto) è spesso assente

prevalgono sintomi come: nausea e vomito, dolore al collo, difficoltà a respirare, sudori freddi e vertigini.

Questa presentazione atipica aumenta il rischio che le donne non ricevano il trattamento di angioplastica o i trattamenti farmacologici intensivi nei tempi utili, rispetto agli uomini. Le conseguenze sono gravi: il 38% delle donne colpite da IMA muore entro un anno, contro il 25% degli uomini. Inoltre, il bypass aortocoronarico è più rischioso e meno efficace. È rilevante anche che il 70% dei casi di torsione di punta (aritmia grave indotta da alcuni farmaci, come antiaritmici o antibiotici) si verifica nelle donne.

DIFFERENZE DI GENERE PRINCIPALI

Le differenze di genere sono determinate da fattori complessi che includono dimensione e composizione corporea, differenze genetiche-molecolari-fisiologiche, ormonali, e socioculturali.

FARMACI. Il metabolismo è diverso tra uomo e donna a causa della diversa attività dei citocromi epatici, influenzata dagli ormoni sessuali. I parametri farmacocinetici variano nelle diverse fasi della vita di una donna (adolescenza, età fertile, menipausa). I farmaci possono avere, nelle donne, una biodisponibilità diversa a causa di differenze in termini di: peso corporeo minore e massa grassa superiore, acidità gastrica maggiore, meccanismo di assorbimento ed eliminazione diversi.

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE. Le donne presentano fattori di rischio con specificità di genere:

- **fumo**: prima della menopausa, il rischio risulta più alto del 60% rispetto agli uomini
- **peso**: l'aumento nei primi anni di menopausa determina obesità centrale e un incremento dei fattori di rischio di sindrome metabolica
- **diabete/Ipertensione**: il diabete gestazionale aumenta il rischio di diabete mellito tipo II di 7-12 volte. L'ipertensione sistolica aumenta più rapidamente nelle donne, correlata al declino degli estrogeni e a storia di pre-eclampsia
- **ipercolesterolemia**: dopo i 65 anni, il C-LDL medio è più elevato nelle donne
- **contraccettivi orali:** aumento del rischio di trombosi
- **sindrome dell'ovaio policistico - ipertensione gestazionale**
- **parto pretermine**
- **chemio e radioterapia per cancro mammario**
- **depressione**: correlata a fattori psico-sociali, determina un aumento del rischio cardiovascolare del 50%

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

È essenziale diffondere tra gli operatori sanitari l'importanza delle differenze di genere per una terapia basata sull'Evidence-base medicine (EBM). È altresì fondamentale aumentare la consapevolezza nella donna verso la sua specifica biodiversità e renderla partecipe della propria cura, specialmente in considerazione delle interazioni tra farmaci convenzionali, rimedi botanici e supplementi alimentari.



Nutrizione di genere

a cura di dott.ssa Maria Carmela Padula

La **nutrizione di genere** studia come le differenze biologiche, ormonali e socioculturali tra uomini e donne influenzino i fabbisogni nutrizionali, il metabolismo e il rischio di sviluppare specifiche patologie.

- Le donne hanno una percentuale più bassa di massa magra (muscoli, ossa, organi) ed una percentuale più elevata di massa grassa rispetto agli uomini.

Negli uomini prevale un accumulo viscerale/addominale, associato a un maggior rischio metabolico e cardiovascolare; nelle donne, soprattutto in età fertile, è più comune un accumulo sottocutaneo su fianchi, glutei e cosce (pattern "ginoide" o "a pera"), considerato meno rischioso dal punto di vista infiammatorio e cardiometabolico (gli estrogeni esercitano un'azione antinfiammatoria e protettiva). Dopo la menopausa la diminuzione degli estrogeni porta spesso a un aumento del grasso viscerale anche nelle donne (pattern "androide" o "a mela", con conseguente aumento dell'infiammazione (**inflammaging**) e del rischio cardio-vascolare, oltre che perdita di massa ossea.

Anche i fabbisogni energetici e di micronutrienti, così come le abitudini alimentari variano tra i generi e nelle donne in particolare durante le varie fasi della vita (es gravidanza e allattamento, menopausa).

- Durante la **fase fertile**, un'alimentazione equilibrata può quindi potenziare l'effetto protettivo ormonale, mentre abitudini alimentari scorrette – es. diete ricche di zuccheri semplici, grassi saturi e cibi ultraprocessati – favoriscono l'infiammazione sistemica, amplificando sintomi come sindrome premestruale, dismenorrea (dolore mestruale), cefalea, disturbi dell'umore e influenzano negativamente la capacità riproduttiva, oltre a creare un ambiente che può sostenere e promuovere la crescita tumorale (es carcinoma mammario).
- Con il calo progressivo degli estrogeni fino alla **menopausa** conclamata, una dieta sana ed antinfiammatoria diventa particolarmente importante: alimenti ricchi di fibre, omega-3 (pesce azzurro, semi di chia, noci), composti antiossidanti (frutta, verdura, spezie come curcuma e zenzero) e grassi buoni (olio extravergine di oliva) aiutano a modulare la risposta immunitaria e a contrastare l'inflammaging.

GRASSO CORPOREO, ORMONI E INFIAMMAZIONE

Il controllo del peso corporeo, e soprattutto della massa grassa corporea, è cruciale: il tessuto adiposo viscerale è un organo endocrino attivo, capace di produrre molecole pro-infiammatorie. Un eccesso ponderale può quindi amplificare stati infiammatori preesistenti e aumentare il rischio di malattie cardiovascolari, diabete, disturbi osteo-articolari e tumori.

Il sovrappeso e l'obesità e l'infiammazione, l'eccesso di zuccheri grassi saturi, oltre che di alimenti ultraprocessati, sono infatti i principali fattori di rischio modificabili del carcinoma mammario, che ha frequenza più elevata nelle donne in condizione di sovrappeso o obesità e tale correlazione si deve ancora al contributo del grasso viscerale allo stato infiammatorio dell'organismo ed alla disregolazione degli ormoni in circolo.

CONSIGLI PRATICI

Frutta e verdura: consumare regolarmente frutta e verdura di stagione e a chilometro zero, fonti di fitocomposti protettivi. La fibra vegetale modula il picco glicemico e contribuisce alla salute intestinale. Consigliato il consumo di verdure come antipasto.

Carboidrati/Zuccheri: limitare zuccheri raffinati, dolciumi industriali, farine bianche, bevande zuccherate e alimenti ad alto indice glicemico. Preferire cereali integrali ed adeguare l'apporto di carboidrati complessi al proprio fabbisogno. Preferire la cottura al dente della pasta.

Grassi "buoni" e proteine "sane". Limitare grassi saturi, carni rosse e latticini in eccesso. Prediligere pesce azzurro, semi, frutta secca (anche ricchi di acidi grassi omega 3) e legumi come fonte proteica.

Qualità delle fonti alimentari. Privilegiare alimenti freschi, di stagione e a chilometro zero. Evitare cibi ricchi di zuccheri, grassi saturi e additivi, poiché possono contenere interferenti endocrini, sostanze che alterano l'equilibrio ormonale. Evitare pesticidi, metalli e materiali plastici a contatto con gli alimenti.

In conclusione, nelle donne l'alimentazione può:

- contribuire al benessere metabolico, ormonale e infiammatorio/immunitario lungo tutto l'arco della vita
- configurarsi quale fattore essenziale nella prevenzione primaria delle principali malattie cronico-degenerative non trasmissibili (es. malattie cardiovascolari, diabete, tumori).



Club di Potenza