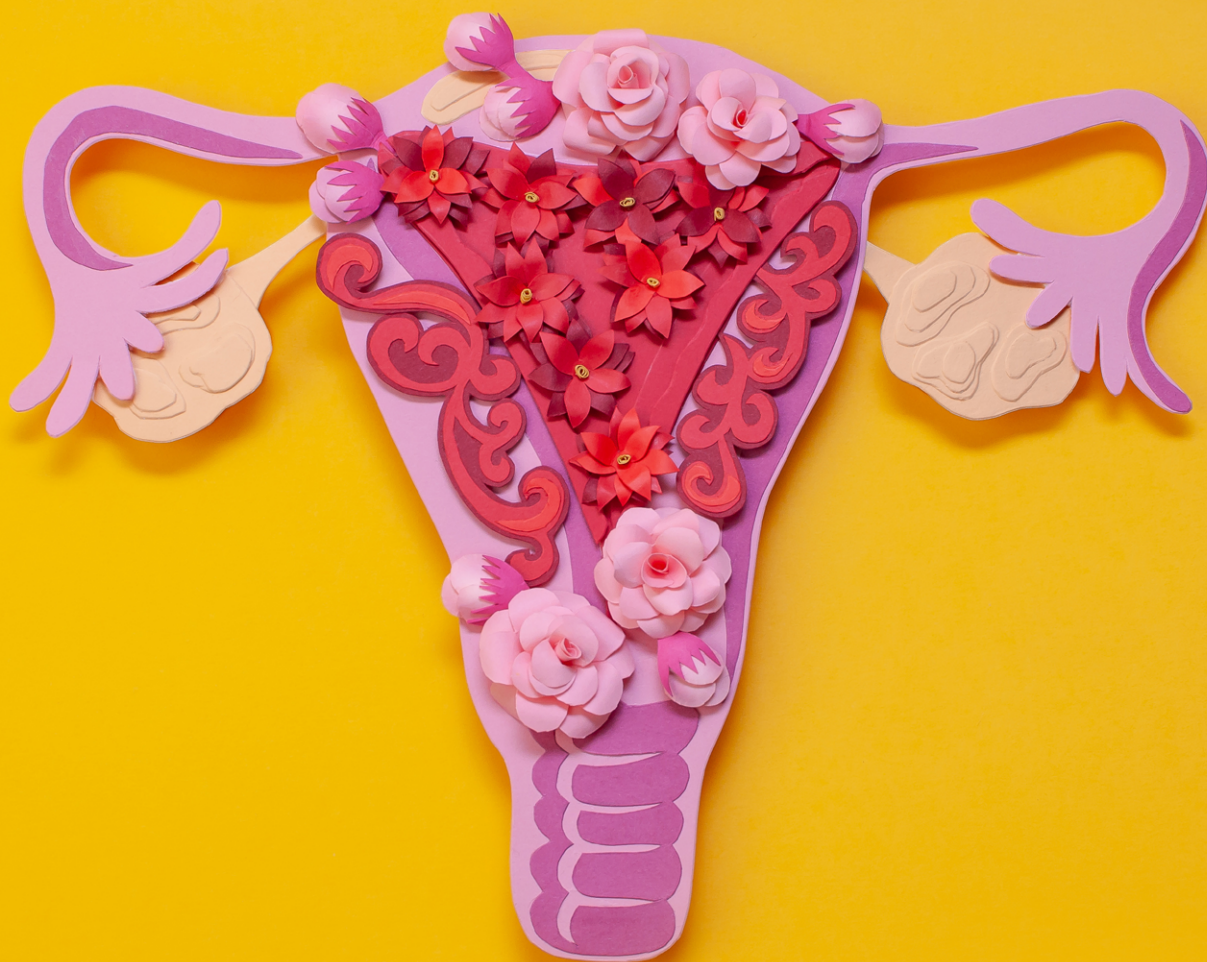


pazienti.it

Endometriosi: una guida completa



In collaborazione con:



**Fondazione
onda**

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

Endometriosi in Italia: una panoramica generale

Cos'è l'endometriosi

L'**endometriosi** è una malattia cronica che colpisce l'**apparato riproduttivo femminile**, in cui l'endometrio, il tessuto che riveste le pareti dell'utero, anziché svilupparsi all'interno della cavità uterina, fuoriesce dalla sua sede fisiologica.

Le **sedi anomale** verso cui più frequentemente migra il **tessuto endometriale** sono vicine all'utero e includono, per esempio:

- le **ovaie**
- lo spazio **tra la vagina e il retto**
- la **vagina** stessa e le **tube di Falloppio**

Meno comunemente, l'endometrio può invadere altri organi, quali l'intestino, i reni e la vescica.

È insolito che il tessuto endometriale si diffonda oltre la **regione pelvica** (la parte compresa tra l'addome e le cosce), ma non è impossibile.

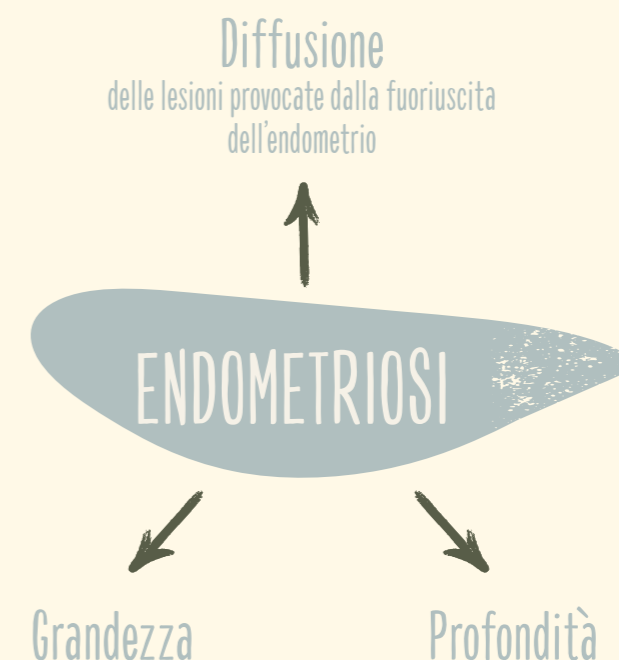
Le **cellule dell'endometrio**, anche se al di fuori della cavità dell'utero, rispondono ugualmente agli stessi **ritmi ormonali dell'ovulazione**: crescono, si irrobustiscono e poi si sfaldano.

Se però l'endometrio non si trova nella sua sede naturale non può essere espulso con il ciclo. Durante le **mestruazioni**, quindi, le porzioni di endometrio, dislocate in sede anomala, causano infiammazione cronica e dolore, e provocano danni tissutali e funzionali negli organi colpiti.

Fonti:

<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4487&area=Salute%20donna&menu=patologie>

L'endometriosi è suddivisa in **quattro stadi**, in base a:



Si va dallo stadio I° (forma lieve), con lesioni contenute e di piccole dimensioni, al IV° stadio (forma più grave), quando l'endometrio invade tutta la zona pelvica, determinando numerose **lesioni profonde**.

Chi ne soffre e chi sono i soggetti a rischio

In Italia, soffrono di endometriosi almeno **3 milioni di donne**, ossia il 10% di quelle in età fertile, cioè quel periodo di tempo che va dalla comparsa della prima mestruazione alla menopausa.

Purtroppo, l'**età media della diagnosi** è 27 anni, con un picco per le pazienti nella fascia tra i 25 e 35 anni, anche se l'endometriosi può presentarsi già nell'adolescenza oppure in tarda età.

Fonti:

<https://www.osservatoriomalattie.it/endometriosi/14481-endometriosi-in-italia-si-stimano-circa-3-milioni-di-casi>
<https://www.ondaosservatorio.it/focus-onda/ginecologia/endometriosi/>

Le cause dell'endometriosi

Cause

L'**endometriosi** è una condizione cronica, che dipende dalla crescita di tessuto endometriale in una sede diversa dall'utero.

La **causa** non è stata ancora del tutto chiarita, ma si ritiene che sia una patologia complessa, alla quale concorrono sia fattori genetici sia fattori ambientali.

La **componente ereditaria** dipende dal fatto che questa condizione risulta più frequente tra parenti di primo grado, ovvero madre-figlia, mentre la frequenza decade drasticamente con l'aumentare del grado di parentela e, a confermarlo, sono anche studi di concordanza tra gemelli.

Tra i **fattori ambientali predisponenti**, si annoverano:

- l'**esposizione** a livelli elevati di **ftalati**
- composti organici che contengono **cloro** oppure **fluoro**
- l'**esposizione intrauterina al fumo** di sigaretta
- lo **stress ossidativo**
- eventuali **alterazioni del sistema ormonale** o del **sistema immunitario**
- **infezioni** del tratto genitale

È stato inoltre osservato che l'endometriosi interessa con più frequenza donne che hanno avuto il primo figlio dopo i 30 anni o nelle donne senza figli; ancora, nelle pazienti con un ciclo precoce o una menopausa tardiva, e in quelle con cicli mestruali brevi, irregolari e abbondanti, o in presenza di alcune alterazioni anatomiche dell'utero.

Al contrario, l'endometriosi tende a interessare meno spesso donne con gravidanze multiple, che hanno allattato a lungo, con ciclo tardivo, che usano contraccettivi orali a

Fonti:

<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4487&area=Salute%20donna&menu=patologie>

basso dosaggio e che fanno regolare attività fisica.

John A. Sampson e la sua teoria della **mestruazione retrograda**

Per tentare di fare luce sulle **possibili cause dell'endometriosi** sono state formulate diverse teorie. Una di queste è la **teoria della mestruazione retrograda** formulata da **John A. Sampson**.

Secondo questa teoria, normalmente, durante la mestruazione, il sangue mestruale e tutte le sue componenti vengono espulsi per via vaginale.

A volte, però, può succedere che esse risalgano, anziché scendere, attraverso le tube di Falloppio, nella cavità pelvica sino a quella addominale, dove possono proliferare, invadendo i tessuti circostanti.

Questa teoria è supportata dalla frequente **presenza delle lesioni endometriosiche** negli organi della cavità addominale (come le ovaie, l'intestino o la vescica) e dalle somiglianze tra le cellule dell'endometrio e quelle delle alterazioni patologiche dell'endometriosi, oltre al fatto che l'endometriosi interessa soprattutto donne in età fertile, quindi, con il ciclo mestruale.

Di contro, nonostante la **"mestruazione retrograda"** si verifichi in circa il 90% delle donne durante il ciclo, l'endometriosi interessa solo il 10% di queste, a indicare che **altri fattori sono coinvolti** nell'origine della malattia.

Inoltre, l'ipotesi di Sampson non spiega la presenza di lesioni endometriosiche nelle zone extra-pelviche e, in alcuni casi, in uomini soggetti a trattamenti chemioterapici con farmaci a base di ormoni, soprattutto nei casi di cancro alla prostata.

P. Gruenwald e la teoria della **metaplasia celomatica**

Una seconda ipotesi, detta **teoria della metaplasia celomatica**, proposta da **P. Gruenwald** nel 1942, afferma che le cellule dei tessuti connettivi presenti in tutti gli organi, compresi quelli della cavità pelvica, possono sviluppare delle cellule endometriali.

I processi biologici e molecolari che spiegherebbero questa transizione non sono stati del tutto chiariti, ma si pensa a una **influenza degli ormoni steroidei** o di altri composti ormonali.

A sostegno di questa teoria, c'è l'evidenza di donne che non presentano il ciclo mestruale e anche di uomini che hanno l'endometriosi, così come la presenza di lesioni riconducibili alla malattia praticamente in tutti gli organi con tessuti di derivazione mesoteliale, come le cavità pleuriche oppure il diaframma.

Sempre a supporto di questa teoria, c'è anche la possibilità che le cellule dell'endometrio, che si trovano tipicamente nell'utero, possano essere trasportate attraverso la **circolazione linfatica e sanguigna** in altri distretti corporei, dove riuscirebbero a proliferare.

Secondo la **corrente di pensiero detta Mulleriana**, invece, l'endometriosi si svilupperebbe **già nell'età fetale**, a causa di una errata localizzazione e proliferazione dell'endometrio in una sede diversa da quella uterina.

Endometriosi dall'adolescenza all'età matura: i fattori a rischio

Adolescenza

Già dal **periodo adolescenziale** o addirittura già dal primo ciclo mestruale, detto **menarca**, possono comparire i **primi segnali** che rimandano all'endometriosi.

In particolare, è stato registrato che circa l'8% delle adolescenti con dolori mestruali forti, che hanno tendenza a peggiorare nel tempo, hanno lesioni endometriosiche.

Fondamentale risulta, quindi, riconoscere e prestare attenzione a **particolari segnali** che potrebbero essere indicativi, quali:

- **ciclo abbondante**, irregolare e molto doloroso
- **spotting intermestruale** (presenza di perdite brune tra un ciclo e l'altro)
- **disturbi intestinali** ricorrenti (tra cui diarrea, stitichezza e dolori addominali)
- **disturbi gastrici**
- **difficoltà urinarie**, come frequenti cistiti o bruciore durante la minzione
- **dolore pelvico**

Fonti:

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/endometriosis/symptoms-causes/syc-20354656>

L'endometriosi può anche **influire** sui livelli di attenzione e comportare una sensazione di stanchezza persistente e apparentemente non riconducibile ad attività particolarmente faticose, con un **impatto negativo** soprattutto sul rendimento scolastico/lavorativo e sulle attività fisiche e sportive.

Importantissimo, per le ragazze che avvertono questi disturbi, è **non trascurarli** parlandone apertamente coi genitori e facendo riferimento a uno specialista per gli approfondimenti necessari.

Un utile supporto potrebbe essere **tenere un diario dei sintomi**, in modo da tracciare la sintomatologia, in particolare l'intensità e la localizzazione del dolore, così come la frequenza con cui si manifesta.

La **prima visita ginecologica**, in caso ci sia il sospetto di endometriosi, deve comprendere un'**anamnesi accurata** e un **esame obiettivo ginecologico** approfondito, ai quali seguono esami strumentali, come l'ecografia transvaginale, per evidenziare soprattutto manifestazioni endometriosiche a livello delle ovaie, mentre per ricercare eventuali formazioni in altre sedi, è necessaria una risonanza magnetica oppure un clisma opaco.

A livello di **diagnostica di laboratorio**, il dosaggio del **marcatore CA125**, essendo un marcatore aspecifico, non è utile alla diagnosi, ma solo per il monitoraggio e il follow-up della malattia.

Età fertile

L'endometriosi interessa circa il 10% delle **donne europee in età fertile**, con il picco massimo di pazienti nella fascia compresa **tra i 25 e i 35 anni** e si riscontra nel 30%-40% delle donne in età sub-fertile.

Questi dati sono giustificati dall'**ormono-dipendenza della malattia**, alla quale sono più sensibili le donne di giovane età.

L'endometriosi può determinare una diminuzione delle probabilità di concepimento e portare a una **condizione di sub-fertilità** sia direttamente, ossia interessando gli organi dell'apparato riproduttivo femminile, sia attraverso effetti indiretti, come alterazioni immunologiche o delle dinamiche dell'endometrio, oppure del microambiente ovocitario e peritoneale.

La **terapia farmacologica** per la cura dell'endometriosi in realtà non determina un significativo aumento delle probabilità di concepimento spontaneo.



Di conseguenza, per le donne il cui sintomo principale della patologia è l'**infertilità**, deve essere valutata la possibilità di **intervenire chirurgicamente in laparoscopia**, per rimuovere le lesioni ectopiche dell'ambiente pelvico, in modo da incrementare le probabilità di concepimento.

In un'ottica di **personalizzazione della terapia** devono essere presi in considerazione anche altri fattori, quali l'età della paziente, la sua riserva ovarica e se sussistono ulteriori cause favorevoli l'infertilità.

Sia l'induzione di una superovulazione che l'inseminazione intrauterina rappresentano due modalità di trattamento adeguate, per favorire il concepimento; ciononostante, la tecnica principe nei casi di endometriosi rimane la **fecondazione in vitro** con un tasso di natalità cumulativa superiore al 60% dopo quattro cicli.

Menopausa

La **menopausa** è il periodo della vita della donna durante il quale il ciclo mestruale si interrompe e si entra in una situazione di amenorrea fisiologica, dovuta all'esaurimento della riserva ovarica.

In generale, le donne con endometriosi traggono sollievo e vantaggio dall'interrompersi del ciclo e, generalmente, stanno meglio di prima: è, infatti, estremamente raro un **peggioramento della patologia durante la menopausa**.

Dovrà essere attentamente valutata con il clinico l'indicazione per una eventuale terapia ormonale sostitutiva nelle donne con corredo sintomatico menopausale importante, a fronte del rischio di una riacutizzazione della malattia.

Fonti:

<http://www.sichig.it/wp-content/uploads/2011/06/FERRARI.pdf>
<https://www.fondazioneferonzo.org/fertilita/ultime-notizie-fertilita/endometriosi-ostacolo-al-concepimento/>

Come riconoscere la malattia: i sintomi

I campanelli d'allarme dell'endometriosi: attenzione al dolore!

Il **dolore nell'area pelvica** è il segno più comune dell'endometriosi. Tuttavia, l'intensità del dolore non determina automaticamente lo stadio della patologia, perché la sofferenza può essere particolarmente acuta anche durante uno stadio iniziale, così come è possibile essere in uno stadio avanzato e sperimentare poco disagio. Talvolta, addirittura, la patologia può essere **asintomatica**.

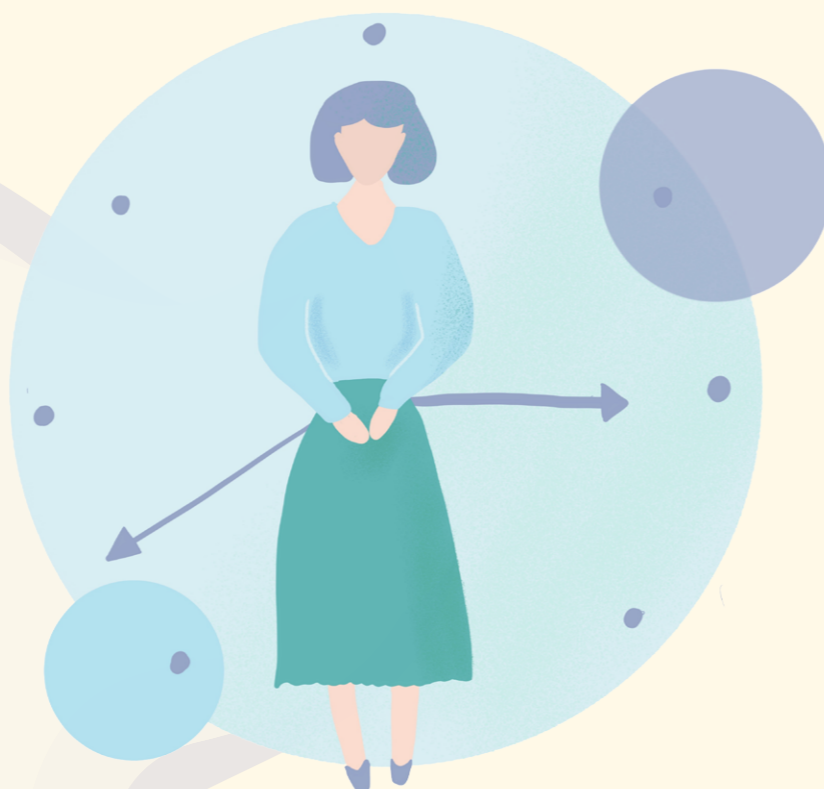
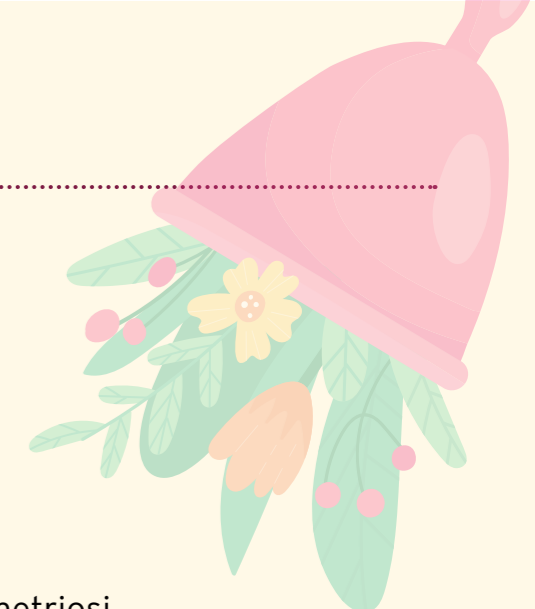
Gli altri **sintomi** variano, da lievi a moderati a gravi, e possono includere:

- **crampi** mestruali
- dolore nella **parte inferiore dell'addome**, prima e durante le mestruazioni
- **dolore lombare e pelvico** a lungo termine
- ciclo mestruale **superiore a 7 giorni**
- **intenso flusso mestruale**, a causa del quale bisogna cambiare frequentemente assorbente (circa ogni 1-2 ore)
- **problemi intestinali e urinari**, tra cui diarrea, stitichezza, e gonfiore, o presenza di sangue delle feci e nell'urina
- **nausea** e vomito
- stato di **fatica**
- dolore durante il **rapporto sessuale**
- **sanguinamento** anche tra una mestruazione e l'altra

Il **dolore e gli altri sintomi** possono influenzare negativamente i diversi ambiti della vita delle pazienti, affettivo, relazionale e professionale oltre all'impatto economico correlato alle spese mediche.

La difficoltà, talvolta l'impossibilità ad avere rapporti sessuali, mina l'intimità e l'equilibrio di coppia.

L'endometriosi è quindi una malattia "interna" alla paziente, che spesso non



sperimenta sintomi particolari, se non un intenso dolore debilitante, che può diventare cronico.

La sua **apparente invisibilità** e la tendenza, sia da parte delle pazienti stesse che dei medici, a sottovalutare la sofferenza o a catalogare frettolosamente come dismenorrea (mestruazioni dolorose) il dolore mestruale, fa sì che l'endometriosi non venga diagnosticata in tempo, con il rischio che peggiori e diventi invalidante.

Per questo è importante **sottoporsi regolarmente a controlli ginecologici** e non sottovalutare mai alcuna anomalia, soprattutto se si presentano uno o più sintomi.

Infine, ricordate: un forte dolore mestruale non è una condizione fisiologica del ciclo e merita i dovuti approfondimenti per comprenderne la/e causa/e.

Endometriosi: come viene diagnosticata

Diagnosi

Diagnosticare l'endometriosi è complesso, perché esistono numerose indagini a cui bisogna sottoporsi.

Anzitutto, il ginecologo valuterà la **storia personale e familiare** del disturbo, prestando particolare attenzione ai sintomi.

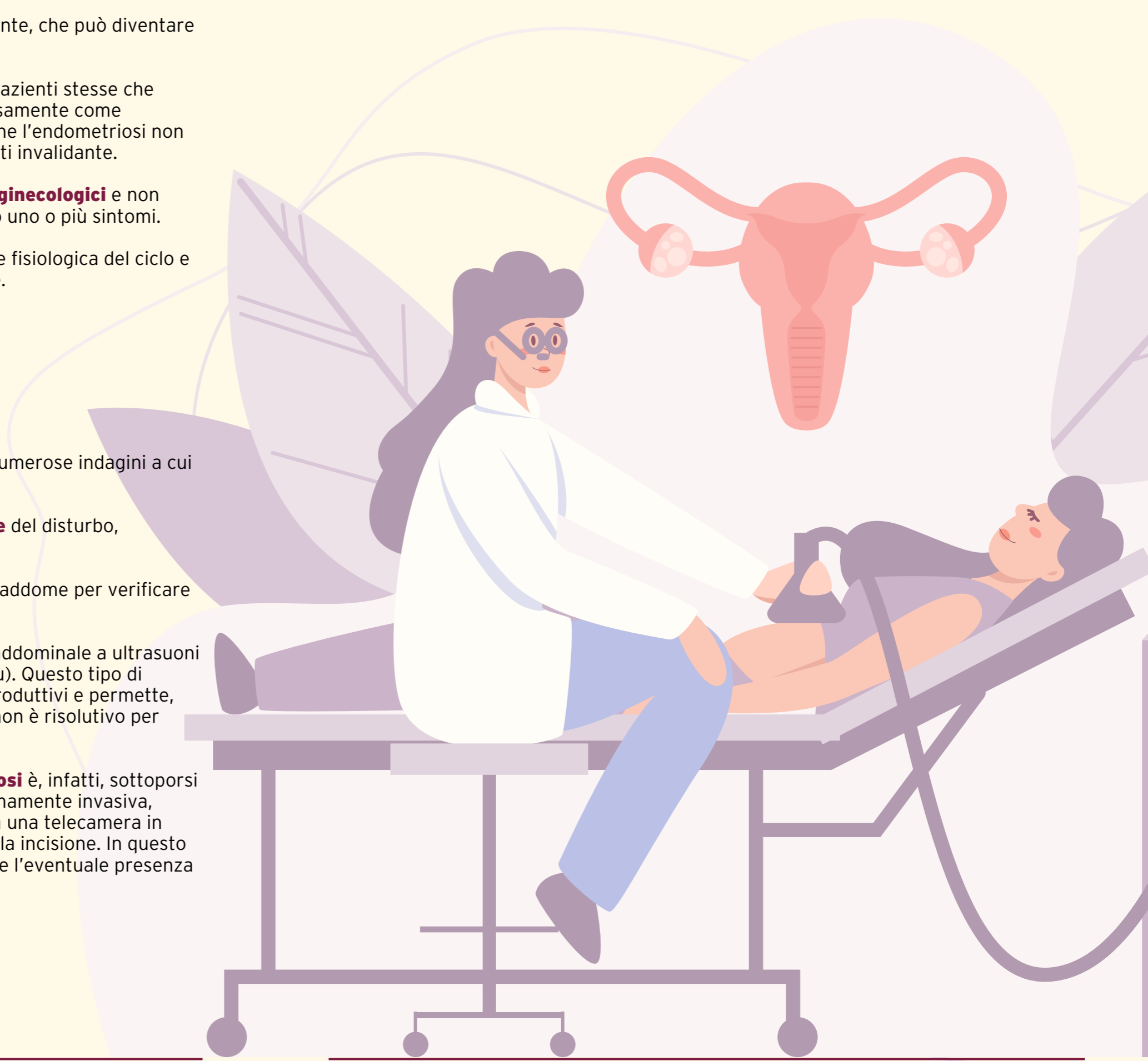
Segue poi un esame fisico, in cui il medico visita manualmente l'addome per verificare la presenza di eventuali masse palpabili.

Il ginecologo può inoltre sottoporre la paziente a un'**ecografia** addominale a ultrasuoni (se la paziente è ancora vergine) o transvaginale (se non lo è più). Questo tipo di esame fornisce immagini dettagliate dello stato degli organi riproduttivi e permette, quindi, di identificare cisti associate all'endometriosi. Tuttavia, non è risolutivo per diagnosticare tale condizione.

L'unico modo certo per **confermare la presenza di endometriosi** è, infatti, sottoporsi a una **laparoscopia chirurgica**. Si tratta di una procedura minimamente invasiva, in cui un sottile tubo illuminato, detto laparoscopio, con allegata una telecamera in miniatura, viene inserito nella zona pelvica attraverso una piccola incisione. In questo modo, è possibile effettuare una ispezione della zona e verificare l'eventuale presenza di endometriosi.

Fonti:

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/149109#symptoms>



Una **diagnosi** dettagliata di endometriosi include anche lo stadio della malattia, che può essere classificato come segue:

- **STADIO 1:** lesioni minime e isolate
- **STADIO 2:** lesioni lievi
- **STADIO 3:** lesioni numericamente moderate, profonde o superficiali con evidenti aderenze
- **STADIO 4:** lesioni molteplici e gravi, sia superficiali che profonde, con evidenti aderenze

Endometriosi: una diagnosi precoce è possibile?

Individuare precocemente l'endometriosi consente di impedirle di peggiorare e di provocare danni irreversibili agli organi colpiti, contenendo così le complicanze.

Arrivare a una **diagnosi di endometriosi in tempi brevi** è possibile soltanto con l'aiuto di un valido ginecologo, ma contribuiscono all'anamnesi (raccolta della storia medica familiare e personale) un **diario** e una **mapa del dolore**.

Ricapitoliamo quindi quei sintomi a cui è bene fare attenzione, per poi riportarli al ginecologo.

Come già sottolineato, bisogna comprendere che il **dolore eccessivo**, oltre a non essere normale, è il primo elemento a cui prestare attenzione, perché può segnalare l'esordio della malattia.

La **dismenorrea**, ossia quel dolore mestruale intenso che aumenta con l'arrivo del flusso, deve quindi destare dei sospetti. Ma anche la difficoltà ad avere rapporti sessuali, soprattutto se si tratta di una situazione mai presentatasi in passato, deve suscitare prudenza e attenzione, così come un **dolore cronico nella zona pelvica**.

Anche il dolore durante la defecazione, noto come **dischezia**, deve mettere in allarme, soprattutto se diventa intenso durante la fase mestruale.

Una buona idea per assumere consapevolezza è tenere un **diario del dolore**, da sottoporre poi successivamente al ginecologo. Tale diario deve essere impostato

Fonti:

https://www.endometriosi.it/che-cose-lendometriosi/diagnosi/?qclid=EAlaIqobChMI6NOG-z75wIVxeN3Ch1sCqgLEAAYASAAEqlqDfD_BwE

come un **calendario mensile**, con un focus speciale verso i giorni del ciclo: si parte, quindi, dal primo giorno del flusso mestruale e si finisce con il primo giorno del ciclo successivo (lato lungo del diario). Ogni giorno viene poi diviso in 24 ore (lato corto del diario). Si devono quindi scegliere tre colori diversi: uno per segnalare l'assenza di dolore, uno per il dolore moderato e uno per il dolore intenso.

Grazie alla **compilazione del diario**, lo specialista avrà a disposizione un quadro chiaro per comprendere l'intensità e la variazione del sintomo, sia giornalmente che mensilmente.

Dato che i **sintomi dell'endometriosi** non si limitano però al ciclo mestruale, bisogna anche tenere a mente la localizzazione degli altri dolori, per poi riportarla al proprio medico. Ripercorriamo qui di seguito le altre **spie dell'endometriosi**, che includono infertilità, menopausa precoce e vari sintomi minori.

L'**infertilità** può essere conseguenza di una lesione delle tube di Falloppio o anche dell'assenza di rapporti sessuali, evitati proprio a causa del fastidio/dolore,

Anche gli interventi locali, come l'asportazione di un ovaio o di cisti ovariche, volti a rimuovere le lesioni endometriosiche, possono causare menopausa precoce e sterilità.

Infine, **ulteriori segni di cui prendere nota** includono: stanchezza o spossatezza, minzione dolorosa, gonfiore, comparsa di allergie e intolleranze alimentari, nausea e disturbi gastrici.

Fonti:

https://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/adolescenza/2009/08/28/news/endometriosi_come_arrivare_alla_diagnosi_precoce-5586518/
<https://www.mbamutua.org/lavoce/soffrissi-endometriosi-riconoscere-la-malattia/>

Vivere con l'endometriosi

Endometriosi: qual è l'impatto sulla qualità della vita?

L'**endometriosi** è una patologia ginecologica cronica, tra le più comuni tra le donne in età fertile, con una prevalenza del 10%.

Essa si associa a dolore pelvico cronico, da lieve a molto intenso, dismenorrea, ossia cicli mestruali dolorosi, infertilità o subfertilità e dispareunia, ossia dolore durante i rapporti sessuali, e sensazioni dolorose avvertite durante l'espletamento delle funzioni intestinali.

Questi sintomi hanno un **impatto negativo sulla qualità della vita delle donne** che ne soffrono, sia per quanto riguarda le relazioni psico-sociali che per quanto riguarda l'attività lavorativa, ma anche la sessualità e i rapporti col partner ne possono risentire.

Da questo punto di vista, l'endometriosi, oltre a essere una patologia la cui gestione risulta essere tra le più costose, è anche una condizione che ha un **impatto negativo** su molti aspetti della vita delle pazienti, ed è la causa di limitazioni fisiche importanti di cui risentono la salute, il lavoro e in generale la vita quotidiana.

Nonostante ciò, è emerso che **esiste un ritardo diagnostico** di circa sei-sette anni tra l'avvertimento dei primi sintomi e la diagnosi, che consente di accedere alle prime cure e terapie.

Questa tendenza è molto preoccupante, perché mette in luce che le pazienti sopportano i sintomi per anni prima di rivolgersi a uno specialista, per pudore, per paura di non essere capite e per l'imbarazzo. Oltretutto, non è infrequente da parte dei clinici la sottovalutazione della dismenorrea.

In generale, non è tanto l'endometriosi come patologia in sé ad avere un impatto negativo sulla vita, quanto la sua gestione, in particolare quella del sintomo che viene avvertito come il più disabilitante: il **dolore pelvico cronico**.

Esso provoca, infatti, una riduzione dell'adattamento sociale, un aumento delle patologie psichiatriche, come la **depressione**, e alterazioni della vita sessuale. La dispareunia causa una significativa **riduzione della soddisfazione sessuale**, incidendo negativamente sul benessere della coppia.

Il dolore è anche all'origine di un **peggioramento dell'attività lavorativa** delle pazienti per quanto riguarda la qualità del lavoro svolto, la disabilità fisica che provoca, l'assenteismo e la crescita professionale.

Fonti:

<https://win.mnlpublmed.com/public/1233A02.pdf>

Il **trattamento del dolore pelvico**, sia a livello di chirurgia laparoscopica che a livello farmacologico, risulta quindi essere l'approccio più vantaggioso per migliorare la qualità della vita, oltre alla presa in carico delle stesse pazienti da una équipe multidisciplinare per supportarle durante i trattamenti.

La **condivisione** è di grande valore: confrontarsi con altre donne che vivono la medesima esperienza di malattia è una preziosa opportunità per scambiare consigli e alleviare il peso. E, laddove subentrino difficoltà ad accettare l'endometriosi, potrà essere di grande aiuto il sostegno psicologico offerto da un professionista.

Come si cura l'endometriosi

La cura

Tutt'oggi, i **trattamenti** in uso per la terapia dell'endometriosi sono volti a consentire una migliore gestione dei sintomi e ad evitare che essi abbiano un impatto troppo negativo sulla vita, diventando invalidanti.

Va chiarito che, essendo una malattia cronica, **non esiste tutt'ora una cura definitiva**.

Trattamenti farmacologici

In generale, i **trattamenti farmacologici** non eliminano completamente l'endometriosi, e anche qualora ci riuscissero, il disturbo può ripresentarsi una volta terminata la cura.

Dopo il trattamento farmacologico, però, i tassi di fertilità delle pazienti trattate variano dal 40% al 60%, mentre non cambiano nelle donne con endometriosi minima o lieve.

Antinfiammatori non steroidei

I **farmaci antinfiammatori non steroidei**, detti FANS, tra cui ibuprofene, chetoprofene, naprossene, possono essere utilizzati per alleviare il dolore e, nei casi meno gravi, potrebbero anche essere sufficienti.



Contraccettivi orali

I **contraccettivi orali** combinati, ossia che contengono un estrogeno e un progestinico, vengono somministrati per sopprimere la funzione delle ovaie e, quindi, rallentare la crescita del tessuto endometriale ectopico, riducendo così il sanguinamento e il dolore.

I contraccettivi orali possono essere assunti in modo continuo, specie se il dolore peggiora durante le mestruazioni, e vengono utilizzati principalmente per le donne che non stanno pianificando una gravidanza.

Oltre alla somministrazione orale di farmaci contenenti estrogeni e progestinici, esistono anche soluzioni che sfruttano l'assorbimento cutaneo, come i cerotti transdermici a rilascio graduale, oppure gli anelli trasvaginali.

Agonisti ed antagonisti del fattore di rilascio delle gonadotropine (Gonadotropin Releasing Hormone, GnRH)

Gli **agonisti del GnRH** sono in grado di bloccare lo stimolo che, partendo dal cervello, induce le ovaie a produrre estrogeni e progestinici, provocandone una riduzione.

Gli **effetti collaterali degli agonisti del GnRH** sono comparabili a quelli avvertiti durante la menopausa, come vampate di calore, rigidità articolare, sbalzi di umore e secchezza vaginale. Da aggiungersi agli effetti collaterali, se il trattamento supera i 4-6 mesi, una riduzione della densità ossea, che può predisporre all'osteoporosi.

Per contrastare ciò, possono essere somministrate piccole dosi di un progestinico o un bifosfonato (come alendronato, ibandronato o **risedronato**).

Danazolo

Il **danazolo** è in grado di inibire il rilascio dell'ovulo, interferendo negativamente con l'ovulazione e bloccando le mestruazioni.

Gli importanti **effetti collaterali**, come l'aumento ponderale e lo sviluppo di caratteri maschili, ovvero maggiore peluria sul corpo, perdita dei capelli, riduzione del volume delle mammelle e abbassamento del tono della voce, ne limitano l'uso.

Queste categorie di farmaci sono di solito utilizzati solo se le donne non possono assumere contraccettivi orali combinati o quando il trattamento con questi ultimi è risultato inefficace.

Trattamenti chirurgici

Nei casi di pazienti con endometriosi da moderata a grave, il trattamento più efficace risulta essere la **rimozione del tessuto endometriale ectopico** e degli eventuali endometriomi per via chirurgica.

La **chirurgia** è indicata nei casi in cui la **terapia farmacologica** non allevia il dolore addominale o pelvico grave, quando le aderenze nella parte inferiore dell'addome o nella pelvi causano sintomi gravi o quando il tessuto endometriale ectopico blocca una o entrambe le tube di Falloppio, o ancora quando sono presenti endometriomi.

Gli **interventi** che sono volti alla salvaguardia degli organi dell'apparato riproduttivo femminile sono detti "conservativi"; sono chiamati, al contrario, "non conservativi", gli interventi che causano la rimozione di interi organi femminili con funzione riproduttiva o di parti di essi.

Chirurgia conservativa

Solitamente, queste procedure chirurgiche vengono effettuate in **laparoscopia**, attraverso una piccola incisione in prossimità dell'ombelico, con un elettrobisturi o un laser per rimuovere o distruggere il tessuto della lesione endometriosa.

In altri casi, si può procedere con la **chirurgia addominale** che prevede l'incisione dell'addome. In ambedue le situazioni, il medico cerca di rimuovere quanto più tessuto endometriale ectopico possibile, salvaguardando le ovaie e l'utero e, di conseguenza, la fertilità della paziente.

A seconda dello stadio dell'endometriosi, il 40%-70% delle donne sottoposte a trattamento chirurgico può avere una gravidanza.

Ciononostante, la **rimozione chirurgica del tessuto endometriale** dislocato è una misura solo temporanea, infatti, nella maggior parte delle donne l'endometriosi è recidiva, a meno che non si proceda all'asportazione delle ovaie.

Chirurgia non conservativa

La **rimozione dell'utero**, ma non delle ovaie, detta **isterectomia**, è spesso indicata nelle pazienti che non hanno in programma gravidanze e nei casi in cui i farmaci non alleviano il dolore addominale o pelvico.

Quando vengono, invece, rimosse entrambe le ovaie e l'utero, si parla di **isterectomia più salpingo-ooforectomia bilaterale**. Questo tipo di intervento viene effettuato se la paziente, di solito vicina alla menopausa, desidera un **trattamento definitivo** per eliminare completamente il disturbo, oppure se l'endometriosi ha frequenti recidive.

La salpingo-ooforectomia bilaterale ha gli **stessi effetti della menopausa**, in quanto determina una riduzione dei livelli di estrogeni. Nel caso di pazienti sottoposte a questo tipo di intervento e con meno di 50 anni di età, è possibile assumere estrogeni per ridurre la gravità dei sintomi conseguenti all'intervento chirurgico e anche un progestinico, per impedire lo sviluppo di eventuali residui di tessuto endometriale ectopico.

Per le donne con più di 50 anni di età, invece, è sufficiente il solo progestinico, per ridurre eventuali sintomi persistenti dopo l'asportazione delle ovaie.

Dieta per l'endometriosi

La dieta

Diversi studi hanno dimostrato che esiste una **relazione tra la dieta e la patogenesi** e la progressione dell'endometriosi.

In particolare, un **regime alimentare povero di nutrienti** determina significative alterazioni del metabolismo dei lipidi, soprattutto degli steroidi, tra cui gli ormoni sessuali, e altera la normale regolazione dello stress ossidativo e dell'epigenetica dell'espressione genica: tutti meccanismi coinvolti nell'eziologia dell'endometriosi.

Al contrario, cibi che contrastano questi meccanismi patogenetici servono a potenziare gli effetti delle terapie messe in atto per la gestione della patologia e rappresentano degli adiuvanti fondamentali, su cui ogni paziente può agire in modo proattivo.

I cibi consigliati

È **consigliabile** che le pazienti che convivono con l'endometriosi aumentino il consumo di **alimenti ricchi di fibre** fino al 20%-30% per pasto.

Le **fibre** possono essere introdotte nell'organismo assumendo frutta e verdura, legumi, cereali integrali, che contengono anche poco glutine, frutta secca e semi oleosi, che forniscono ferro e acidi grassi omega 3.

Vanno preferiti alimenti di origine vegetale che, insieme ai legumi e ai cereali, contengono folati, metionina, vitamine B6, A, C ed E, che agiscono a livello epigenetico influenzando l'espressione genica e le dinamiche di metilazione del DNA.

Frutta e verdura, alle quali si sommano tè, contengono anche polifenoli, come antocianine, flavonoidi, isoflavonoidi, lignani e acidi idrossibenzoici, che, essendo in grado di modulare l'attività di enzimi coinvolti nel metabolismo delle specie reattive dell'ossigeno,

Fonti:

<https://www.endometriosi.it/che-cose-lendometriosi/cure/>



possiedono un forte potere antiossidante.

Importantissimo è assicurarsi che frutta e verdura siano di agricoltura biologica o comunque che non siano presenti pesticidi, come composti organoclorurati, organofosfati e biperidine, che favoriscono la sintesi di specie reattive dell'ossigeno, riducendo la capacità antiossidante dell'alimento stesso e interferiscono con le vie metaboliche cellulari deputate alla sintesi di estrogeni e androgeni.

A questo proposito, si può utilizzare l'accorgimento di sbucciare sempre la frutta oltre a pulire tutto accuratamente, prima della preparazione.

È suggerito mangiare cibi che contengono acidi grassi omega 3 presenti nel pesce azzurro, come salmone, sgombro, aringhe, sardine.

Nel dettaglio, una **alimentazione ricca di acidi omega 3** sembra possa ridurre il dolore e l'infiammazione provocati dalle lesioni endometriose, favorendo così un miglioramento della qualità della vita delle pazienti.

Nutrienti come calcio, zinco, selenio, vitamine C ed E e composti bioattivi, come carotenoidi, flavonoidi, indoli e isotiocianati esercitano un effetto benefico, contrastando i meccanismi patologici che causano l'endometriosi, come il bilancio metabolico ormonale, la crescita cellulare e l'apoptosi.

Importante è anche fornire il corretto apporto di calcio, magnesio e vitamina D, per evitare la demineralizzazione ossea causata da alcune terapie mediche per l'endometriosi.

Tutti questi alimenti diminuiscono l'infiammazione, aiutano la digestione e il buon funzionamento dell'intestino, e riducono gli estrogeni circolanti nel sangue.

I cibi sconsigliati

Uno dei primi cibi dei quali sarebbe opportuno ridurre l'apporto è la **carne rossa**, perché, contenendo elevate concentrazioni di estradiolo e di estrone solfato, determina un incremento dei livelli di steroidi circolanti, sostenendo così la progressione della malattia.

La carne rossa, inoltre, contiene **acido arachidonico**, un acido grasso omega 6 che è il composto chimico alla base della sintesi di sostanze proinfiammatorie, quali prostaglandine, trombossani e leucotrieni, e diossina che interferisce negativamente sul sistema endocrino.

Deve perciò essere **preferita la carne bianca** da

Fonti:

Influence of diet on the risk of developing endometriosis. Jurkiewicz-Przondziona J, et al. Ginekol Pol 2017 - Review. PMID 28326519, **Nutritional aspects related to endometriosis.** Halpern G, et al. Rev Assoc Med Bras (1992) 2015 - Review. PMID 26841161

allevamento controllato.

Alimenti di tipo industriale, come merendine, patatine, barrette, snack, biscotti e prodotti confezionati sarebbero da evitare in toto, data la massiccia presenza di grassi di tipo trans e idrogenati, che favoriscono la sintesi di molecole coinvolte nei processi infiammatori.

I prodotti caseari e i latticini sarebbe bene ridurli al minimo, per la presenza di caseina e lattosio, soprattutto se provengono da allevamenti non controllati per il loro alto contenuto di ormoni e di antibiotici.

Anche alimenti contenenti soia, come salsa di soia, tofu, seitan, edamame, sarebbero da escludere, a causa del loro contenuto di fitoestrogeni.

Alimenti invece che sarebbero sempre da evitare sono alcolici, caffeina, ginseng, farine bianche e prodotti da forno raffinati, grassi saturi, zucchero bianco, dolci altamente zuccherini, avena e segale, per il loro alto contenuto di estrogeni, mentre il glutine è da introdurre solo quando è presente in farine integrali e grezze.

I micronutrienti

Micronutrienti che aiutano notevolmente nella riduzione dei sintomi della malattia, ma che sono talvolta difficili da trovare in alte concentrazioni nei cibi, sono vitamina D, omega 3, omega 6, curcuma, quercetina, partenio e nicotinamide.

Esistono tuttavia degli integratori che li contengono e a cui si può ricorrere.



Endometriosi: il valore di un giusto supporto psicologico

Gestire l'endometriosi

La **complessità della gestione di una patologia come l'endometriosi** è dovuta non solo al suo trattamento a livello clinico, ma anche alle sue implicazioni psicologiche, in quanto colpisce direttamente le dimensioni individuale, relazionale, sessuale, riproduttiva e sociale della donna.

L'endometriosi, come condizione cronica, **influisce negativamente sul benessere delle pazienti**, sulla loro salute mentale e, in generale, sulla qualità della vita. Il sintomo che risulta influire più negativamente sulla quotidianità delle donne che ne soffrono è il **dolore pelvico cronico** o ciclico, la cui gestione si ripercuote sulla vita intima, impedendo di avere rapporti sessuali senza provare dolore e, ancora, sulla vita lavorativa, causando frequenti assenze, e infine sociale, portando alla rinuncia di attività sportive o ricreative.

Sempre per quanto riguarda il dolore, diversi studi hanno dimostrato come queste pazienti presentano una maggiore sensibilità al dolore, per l'instaurarsi di meccanismi di ipersensibilità centrale, riduzione della soglia di percezione del dolore stesso e disturbi psicologici associati.

L'attuale conoscenza circa la **correlazione tra endometriosi e disturbi psichici** è purtroppo limitata. In generale, è stato osservato che le pazienti colpite dalla malattia sono maggiormente soggette a sviluppare **disturbi psicosociali e psichiatrici**, come alterazioni dell'umore, depressione e sindrome bipolare, ma anche ansia, scarsa capacità di adattamento e stress persistente.

Questo è stato osservato soprattutto per i casi in cui il **trattamento del dolore** risulta difficoltoso. I fattori che accentuerebbero maggiormente il disagio psicologico sarebbero l'iter diagnostico, la diagnosi di una eventuale situazione di ipofertilità e il percorso terapeutico.

È anche emersa come tratto distintivo delle donne con endometriosi, comparandole con quelle interessate da altre patologie ginecologiche, una **tendenza più spiccata all'introversione e all'ansia**.

È possibile ipotizzare che la sofferenza corporea e le sue conseguenze determinino una problematica sia psicologica

Fonti:
<https://endometriosis.org/resources/articles/psychology-and-endometriosis/>

che sociale che relazionale, causando, purtroppo, una rappresentazione di sé carente e deficitaria, e una scarsa autostima.

Sembra chiaro che la **rappresentazione deficitaria del sé** che si rileva in queste pazienti sia una conseguenza dei sintomi organici: il modo di percepire il proprio corpo e, quindi, se stesse come donne, cambia in seguito allo sviluppo della sintomatologia, alle sue conseguenze e alle sue ripercussioni sugli aspetti pregnanti dell'universo emotivo femminile.

I **meccanismi difensivi** sono finalizzati all'elaborazione dei vissuti di perdita e di accettazione luttuosa, e delle emozioni suscitate dalla malattia: in particolare, **vergogna, colpa e rabbia** rappresentano ulteriori fattori che possono aggravare la sintomatologia psichiatrica.

In quest'ottica, risulta più che mai fondamentale un **adeguato sostegno psicologico**, sia nell'immediato, cioè nel periodo successivo alla diagnosi, sia a lungo termine, ovvero durante il trattamento della stessa malattia e delle sue conseguenze.

Tale approccio di presa in carico deve considerare gli aspetti di accettazione della malattia, del dolore, della terapia farmacologica, delle relazioni e dei sintomi, per rendere possibile un **processo di accettazione** e revisione funzionale della vita.

I consigli utili e rimedi per convivere con la malattia

Come conviverci

L'endometriosi può risultare una **patologia difficile con cui convivere**, sia dal punto di vista fisico che da quello emotivo ed emozionale.

Ci sono però alcuni accorgimenti che, se adottati con regolarità, possono apportare dei **miglioramenti alla qualità della vita** delle pazienti.

Dieta

Assumere i cibi corretti può esercitare un'azione protettiva verso l'insorgenza e la progressione della patologia.

In dettaglio, come già descritto nelle pagine precedenti,



sembra che tramite determinati alimenti si possa agire sui meccanismi patologici alla base dell'endometriosi, come l'infiammazione, il metabolismo delle prostaglandine e l'attività degli estrogeni.

Esercizio fisico regolare

Spesso, pazienti che convivono con una patologia che provoca dolore cronico sono disincantate a praticare attività sportive, proprio per la paura dell'acutizzarsi della sensazione dolorosa.

Al contrario, però, è stato dimostrato che **l'attività fisica intensa**, tipica della corsa, del nuoto o della bicicletta, può aiutare a ridurre i sintomi. L'esercizio può essere funzionale a mantenere una buona circolazione sanguigna, fornire nutrienti e ossigeno a tutti i distretti corporei, diminuire la produzione di estrogeni, eliminare tossine, ridurre lo stress e liberare endorfine da parte del cervello, che aumentano la sensazione di piacere riducendo quella del dolore.

Inoltre, anche **l'attività fisica a bassa intensità**, come lo yoga, può alleviare i sintomi dell'endometriosi, mediante l'allungamento e lo stiramento dei muscoli e, con esercizi adeguati, può ridurre il dolore pelvico.

Controllare e gestire i propri livelli di stress

L'endometriosi può contribuire a innalzare il **livello di stress delle donne** che ne soffrono, soprattutto a causa del dolore che ha un impatto negativo sulla vita familiare, personale e lavorativa.

Un suggerimento è quello di **usare tecniche di rilassamento** che aumentino la consapevolezza del proprio corpo, riposizionino l'obiettivo sulla calma interiore e riducano l'azione degli ormoni dello stress, come il **cortisolo**.

Alcune **tecniche di rilassamento** alle quali ci si può approcciare con fiducia sono il training autogeno, il rilassamento muscolare progressivo, la visualizzazione e la respirazione profonda. Non esiste però una tecnica di rilassamento universale, ma ognuno deve scegliere quella migliore per sé, anche provandone diverse.

Fonti:
<https://www.webmd.com/women/endometriosis/tips-for-living-with-endometriosis>

Vitamine e integratori

Per contrastare lo stress ossidativo caratteristico dell'endometriosi, è opportuno non trovarsi mai in una situazione di carenza di vitamine A, C, D e Beta-carotene.

Prendere in considerazione trattamenti medici

Lo specialista può proporre a ogni paziente il trattamento medico più adatto per trattare l'endometriosi, chiarendo i rischi e i benefici di ognuno.

Nella valutazione delle varie **soluzioni terapeutiche**, sia farmacologiche che chirurgiche, vanno considerati vari fattori, tra cui l'età, i sintomi, se si sta pianificando una gravidanza, e i precedenti trattamenti affrontati.



Endometriosi, fertilità e gravidanza

Fertilità e gravidanza

L'endometriosi è una patologia ginecologica che si associa a una condizione di **ipofertilità**: non è perciò detto che chi ne soffre non possa generare figli.

Nei casi di donne che faticano ad avere una gravidanza, può essere che la malattia venga diagnosticata successivamente a questa problematica.

La **difficoltà a rimanere incinta** può essere ricondotta all'insorgenza di lesioni endometriosiche a livello degli organi dell'apparato riproduttore femminile, come le ovaie oppure le tube, come anche a livello della pelvi.

Tali formazioni ectopiche determinano uno stato infiammatorio cronico oppure danneggiano la qualità degli ovociti o, ancora, possono impedire l'impianto dell'embrione nell'utero, creando delle aderenze tra i tessuti che possono arrivare a ostruire il transito attraverso le tube.

In generale, quindi, l'endometriosi può creare un ambiente sfavorevole per una potenziale gravidanza.

Questo non vuol dire, però, che l'endometriosi rappresenti un **ostacolo insormontabile al desiderio di maternità**: infatti, seppur le probabilità di rimanere incinte sono più basse, esse rimangono comunque buone, tanto che le metà delle donne riesce a **concepire in maniera naturale**, a condizione che la diagnosi sia precoce.

Infatti, l'età in cui la paziente decide di avere un figlio conta più della malattia, concetto che, se spiegato alle coppie, induce le donne a cercare la gravidanza prima rispetto a quanto inizialmente pianificato.

L'approccio al trattamento dell'endometriosi dipende prevalentemente dai sintomi e dal desiderio di maternità. Il ricorso alla chirurgia, sia conservativa che non, viene a essere necessario quando la malattia è dolorosa e invalidante, e i precedenti trattamenti farmacologici non hanno arrecato i benefici sperati.

Va comunque tenuto conto che non si può operare ad

Fonti:

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/ginecologia/endometriosi-e-gravidanza-diventare-mamma-si-puo>

oltranza: infatti, ogni intervento è più complesso rispetto al precedente, motivo per cui si tende a non andare oltre i due.

Inoltre, il **mantenimento dell'integrità delle ovaie** risulta essere fondamentale per le donne in età fertile, quindi, la maggioranza, anche se spesso è difficile dato che le cisti endometriosiche a livello delle ovaie, anche bilateralmente, compaiono in una percentuale compresa tra il 30% e il 50% delle pazienti e il rischio di danneggiarle durante un intervento chirurgico è piuttosto consistente.

L'**uso della pillola contraccettiva** può rappresentare una valida opportunità per preservare la fertilità femminile. Il trattamento va ovviamente sospeso, quando si vuole finalizzare il concepimento.

Un'altra possibilità è la **crioconservazione degli ovociti**, ma tale procedura non risulta essere coperta dal Sistema Sanitario Nazionale e viene spesso proposta nei centri di procreazione medicalmente assistita privati.

Anche in queste circostanze va tenuto conto dei limiti anagrafici delle aspiranti madri; infatti, qualora la diagnosi di endometriosi avvenga a ridosso dei 40 anni, è sconsigliato crioconservare gli ovociti.

Per quanto riguarda il ricorso alle **tecniche di procreazione medicalmente assistita**, le possibilità di avere un bambino per le pazienti con endometriosi risultano analoghe a quelle di donne con altre problematiche che possono interessare le tube, oppure nei casi in cui la causa dell'infertilità è ignota e nei casi di infertilità di coppia.

Rimanere incinta con l'endometriosi è quindi possibile.

A volte, la gravidanza può attenuare i sintomi della malattia, ma non sempre, a causa dell'aumento di volume dell'utero che esercita una pressione sulle zone pelviche interessate.

In questa situazione, non è ovviamente consigliato il ricorso alla terapia ormonale e non è possibile intervenire chirurgicamente in laparoscopia, per rimuovere le lesioni.

Durante la gravidanza si consigliano, quindi, rimedi soft, come antidolorifici, yoga o stretching per il mal di schiena oppure la borsa dell'acqua calda, e una dieta ricca di fibre.

Le **complicanze durante la gravidanza** oppure durante il parto, come preeclampsia, placenta previa, parto prematuro e ricorso a taglio cesareo, risultano essere leggermente più frequenti nelle donne con endometriosi, rispetto alla popolazione generale.



A chi rivolgersi

A chi rivolgersi, se c'è il sospetto di endometriosi

Combattere l'endometriosi richiede l'intervento di un intero team di esperti sanitari, per ricevere le cure e il supporto necessari.

Il team di assistenza medica può includere una vasta gamma di specialisti, che vanno da esperti di ostetricia e ginecologia, a professionisti della salute mentale.

Se si rivelano **sintomi di dolore pelvico**, sanguinamento mestruale anormale, intenso dolore durante il ciclo o i rapporti sessuali, il medico di base può infatti raccomandare una **visita specialistica**.

Allo stesso modo, se si riscontrano disturbi gastrointestinali, il medico di famiglia ha il dovere di invitare a rivolgersi a un **gastroenterologo** per ulteriori indagini.

Ricevere una diagnosi di endometriosi, spesso, richiede anche più visite presso **vari specialisti**, nel tentativo di studiare la sintomatologia e definire con esattezza il quadro clinico del paziente.

Una volta ricevuta la **diagnosi**, l'intero team potrebbe ancora essere coinvolto per affrontare tutti gli aspetti della cura e fornire sollievo.

Ecco, quindi, le **figure a cui rivolgersi**, nel caso in cui si sospetti di avere endometriosi:

- Professionisti di **ginecologia e ostetricia**
- **Endocrinologo riproduttivo**
- **Gastroenterologo**
- **Psicologo e psicoterapeuta**

L'endometriosi e il dolore cronico che la accompagna gli altri fastidiosi sintomi e l'assenza di fertilità, possono avere pesanti ripercussioni sulla **salute mentale** di una donna. Per questo la figura di uno psicologo è chiave.

In alcuni casi, la vita sessuale di una donna è notevolmente influenzata dal dolore pelvico o da altri problemi legati all'endometriosi. Questo condiziona le relazioni intime, così come la sua percezione di sé e l'autostima.

Per le pazienti che soffrono di endometriosi non è perciò raro provare sensazioni di **disagio psicologico**, manifestando soprattutto **ansia o depressione**.

Ciò che è importante, tuttavia, è **riconoscere i segni di problemi di salute mentale** e cercare, dunque, un adeguato sostegno, rivolgendosi a: psichiatri, psicologi, assistenti sociali o consulenti di salute mentale.

Inoltre, tenere a mente che è opportuno non ricorrere alla terapia psicologica solo quando si sia raggiunto il picco di disagio. **Praticare comportamenti di consapevolezza** legati alla salute mentale, come entrare in un gruppo di supporto, ha certamente un impatto positivo su una donna affetta da endometriosi.

Fonti:

<https://endometriosis.net/type-doctor-see-for-symptoms/>

Endometriosi: quando si ha diritto all'esenzione per malattie croniche

Esenzione

Essere informati sull'endometriosi significa anche avere consapevolezza dei **diritti delle pazienti**. Il personale sanitario e le Istituzioni sono, quindi, tenuti a informare le pazienti su esami diagnostici a cui si ha diritto, perché previsti dal Sistema Sanitario Nazionale.

L'endometriosi è inserita nell'**elenco delle patologie croniche invalidanti**, ossia quei "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni", come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Pertanto, le forme più gravi di endometriosi danno **diritto all'invalidità** e all'**esenzione dal ticket**, per alcune prestazioni specialistiche.

Inoltre, dal 2017, i **LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)** del Servizio Sanitario Nazionale riconoscono l'endometriosi come patologia meritevole di tutele per gli stadi da moderati a gravi, che corrispondono allo stadio 3 e 4 della malattia.

Ad oggi, le **esenzioni previste dai LEA** includono:

- **Visita di controllo ginecologica** - Da effettuare **ogni 6 mesi**. È indispensabile per monitorare la malattia e le sue complicazioni più frequenti, e per prevenire eventuali aggravamenti
- **Ecografia transaddominale** - Da effettuare **ogni 6 mesi**. Tale ecografia include gli organi dell'addome inferiore, ossia i reni, i surreni, gli ureteri, la vescica, la prostata e le pelvi
- **Ecografia ginecologica** - Da effettuare **ogni 6 mesi**. Può essere transvaginale o addominale, a seconda dei casi
- **Ecografia transrettale** - Da effettuare **ogni 6 mesi**
- **Clisma opaco semplice con bario** - Si tratta di un esame radiologico che studia il colon e il retto, grazie alla proprietà dei raggi X, che permettono di osservare le pareti intestinali

Fonti:

<http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=1017&area=esenzioni&menu=vuoto>



ONDA:

Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere

La Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, promuove dal 2006 la medicina di genere a livello istituzionale, scientifico, sanitario-assistenziale e sociale, con l'obiettivo di sostenere, tutelare e migliorare la salute delle donne, secondo un approccio life-course, declinando attività e progetti sulla base delle specifiche esigenze dei diversi cicli vitali femminili.

I Bollini Rosa sono il riconoscimento che Onda attribuisce dal 2007 agli ospedali italiani che si distinguono per l'offerta di servizi orientati al genere e dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie femminili.

- www.ondaosservatorio.it
- www.bollinirosa.it
- www.bollinirosargento.it
- www.depressionepostpartum.it
- www.iononsclero.it

PAZIENTI.IT

Fondata nel 2010, Pazienti.it è una piattaforma italiana che si colloca nel panorama innovativo della sanità digitale, con l'obiettivo di promuovere la divulgazione d'informazioni medico-scientifiche autorevoli e proporre servizi innovativi, pensati su misura dei pazienti e degli specialisti.

Entrato a far parte del Gruppo Sapio (2015), società italiana leader nel settore dei gas tecnici e medicali, Pazienti.it, anno dopo anno, ha affermato la propria posizione, divenendo un importante riferimento per la salute digitale del nostro Paese, con oltre 2 milioni di visite mensili.

Punto di forza di Pazienti.it è la massima attenzione alla qualità dei contenuti e dei servizi proposti, garantita dal Comitato Scientifico del portale e dagli oltre ottomila medici specialisti iscritti.

Su Pazienti.it gli utenti hanno la possibilità di:

- trovare le risposte che cercano, navigando tra le pagine del dizionario medico e del blog sempre aggiornati
- instaurare un rapporto diretto con gli specialisti, attraverso il servizio di Q&A
- visitare migliaia di profili medici con tutte le informazioni più ricercate in rete
- scoprire i videoconsulti, prenotabili nella sezione del sito dedicata

paZIENTI.it

in collaborazione con



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere