

Etica, Salute & Famiglia

Periodico a cura del Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale
UCIPEM di Mantova e dell'Associazione Virgiliana di Bioetica
nuova edizione on-line

www.consultorioucipemmantova.it

Sommario

EDITORIALE

- [In Italia prosegue l'inverno demografico](#) *A. Savignano*

PRIMO PIANO

- **Dare parole al disagio: il ruolo preventivo della scuola** *P. Breviglieri*
- **Medicina di genere. Una nuova sfida** *G. Zacché*
- **Emozioni in gravidanza** *F. Amerini*

ATTIVITA' DEL CONSULTORIO

- **Progetto Menopausa** *C. Danielis*

SPIRITUALITA'

- **Un Dio che si affida agli uomini nel Primo Testamento** *E. Faglioni*

IL POST DEL MESE

ANNO XXVII, n.3

Maggio-Giugno 2023

Responsabili:

Gabrio Zacché

Armando Savignano

Luisa Menini

● In Italia prosegue l'inverno demografico



Ancora in calo la popolazione residente in Italia. Al 1° gennaio 2023 la popolazione è di 58 milioni e 851mila unità, 179mila in meno rispetto all'anno precedente, con una riduzione pari al 3%. Prosegue la tendenza alla diminuzione come emerge dal report dell'Istat sugli indicatori demografici.

Nonostante l'alto numero di decessi avvenuto in questi ultimi tre anni a causa della pandemia - rileva l'Istat - oltre 2 milioni e 150mila, di cui il 90% riguardante persone con più di 65 anni, il processo di invecchiamento della popolazione è proseguito, portando l'età media della popolazione da 45,7 anni a 46,4 anni tra l'inizio del 2020 e l'inizio del 2023. Pertanto, in questo periodo la popolazione residente è mediamente invecchiata almeno di ulteriori otto mesi. La popolazione di oltre 65 anni, che nell'insieme ammonta a 14 milioni 177mila individui ad inizio 2023, costituisce il 24,1% della popolazione totale contro il 23,8% dell'anno precedente. Il che significa che uno su quattro ha oltre 65 anni.

La Liguria è la regione più anziana, con una quota di over 65enni pari al 28,9%. Seguono il Friuli-Venezia Giulia (26,9%) e l'Umbria (26,8%). La regione con le percentuali più basse di ultrasessantacinquenni è la Campania (20,6%), seguita dal Trentino-Alto Adige (21,8%) e dalla Sicilia (22,9%).

Per contro, la natalità è al minimo storico in Italia e la mortalità resta ancora elevata: meno di 7 neonati e più di 12 decessi per 1.000 abitanti. Che fare in presenza di tale situazione? Le cause di tale fenomeno epocale sono molteplici: da quelle socio-economiche, a quelle politiche ma anche di ordine culturale, come abbiamo già avuto modo di rilevare. Ormai la maternità è diventata un obiettivo tra tanti a causa anche della crisi economica, che tuttavia ha un peso relativo rispetto alle questioni culturali e valoriali. Come è noto, sta emergendo una generazione di figli unici con molti nonni e qualche bisnonno, con i quali convive per un tempo sempre più lungo. Gli stessi valori su cui è fondata la nostra civiltà possono essere permeati da queste mutazioni. Così, ad esempio, il concetto di fratellanza è molto più difficile da apprendere in famiglia senza fratelli e sorelle. Oltre ai fattori socio-economici, vi sono dunque fattori culturali, che assumono un rilievo decisivo nell'opzione per la maternità. Dietro il calo delle nascite si cela il senso di sfiducia generalizzato, di pessimismo, che attanaglia l'Italia. Osservando la loro condizione precaria ed incerta, i giovani di oggi rifiutano di mettere al mondo i giovani di domani. E' insomma la paura del futuro il fattore decisivo per la crisi di fecondità. Forse, si verificherà un'inversione di tendenza solo quando ricominceremo a pensarci non in senso individualistico ma come una comunità, invece che come un agglomerato di meri interessi.

● Armando Savignano

Dare parole al disagio: il ruolo preventivo della scuola



I frequenti fatti di cronaca che ci riportano episodi di forte disagio e di esplosioni comportamentali nella fase preadolescenziale, ci colpiscono e ci interrogano profondamente. Se da un lato questi fenomeni appaiono accompagnati da situazioni sociali e psicologiche molto difficili e già facilmente individuabili, altre volte sembrano scaturire da condizioni emotive e ambientali apparentemente normali o “sotto soglia”; in alcuni casi vediamo ad esempio che un malessere espresso in forma abbastanza contenuta e comune, dà poi la carica e la stura per comportamenti dirompenti. In effetti, se pensiamo alle situazioni che talvolta vivono gli adolescenti quali atti di autolesionismo, episodi di aggressività, momenti di depressione o ansia non sempre questi aspetti sono strettamente connessi con un disturbo psichico che si manifesta in modo stabile e riconoscibile. Questi disagi interrogano i genitori, gli educatori e gli stessi insegnanti che di fronte ad essi si pongono la domanda se appartengono a manifestazioni “fisiologiche” e quindi temporanee o al contrario sono le spie di un imminente tracollo psichico o comportamentale. Riuscire a discriminare questi aspetti è molto difficile e talvolta francamente impossibile in quanto dobbiamo mettere in conto che la fase adolescenziale è caratterizzata da una tendenza al passaggio all’atto e all’impulsività che rende molto più probabile il verificarsi di esiti comportamentali improvvisi. Questi aspetti della fase evolutiva preadolescenziale e adolescenziale sono stati ampiamente confermati anche dagli studi neurofisiologici che hanno evidenziato come il processo di maturazione del cervello si possa considerare concluso solo attorno ai 25 anni e come quindi, nelle fasi precedenti, possano presentarsi modalità di funzionamento particolari, quali ad esempio la ricerca accentuata della gratificazione immediata, la difficoltà di controllo emotivo, la capacità di immaginare le conseguenze delle azioni o di pianificarle a lungo termine. In particolare, la corteccia prefrontale, deputata all’integrazione delle diverse reti cerebrali, alla funzione delle capacità empatiche e alla previsione del comportamento altrui, giunge a completare il suo

sviluppo solo nella tarda adolescenza. In questa condizione evolutiva quindi la possibilità di fare previsione può essere più difficile, nello stesso tempo però non possiamo esimerci dallo sforzo di intercettare i disagi presenti nei ragazzi e tentare di elaborarli e contenerli attraverso diversi dispositivi educativi, relazionali, terapeutici. In questa breve riflessione vorrei portare l'attenzione su quali potrebbero essere dei fattori protettivi e preventivi presenti nell'ambito scolastico. Ritengo infatti che la scuola costituisca per certi aspetti una "seconda famiglia" sociale per i ragazzi in quanto in essa sono presenti tutti gli ingredienti necessari e fondamentali per proseguire il percorso evolutivo impostato nella famiglia. La scuola è luogo di relazione tra pari, luogo di confronto con adulti, ambito di impegno e di sperimentazione di sé nei confronti di un compito, ambito di fondamentale rispecchiamento della propria identità, del proprio valore, delle proprie potenzialità. In questo senso la scuola ha enormi potenzialità e nello stesso tempo può vedere al suo interno il generarsi anche di significative sofferenze nei ragazzi: pensiamo ad esempio ai fenomeni di bullismo, di isolamento, di insuccesso scolastico, al senso di inferiorità che talvolta i ragazzi vivono nel confronto con gli altri.

Mi pare che un primo dispositivo che possa essere ipotizzato in senso preventivo è costituito da un momento in cui la classe ha modo di esprimersi in merito ai disagi o alle esperienze emotive che ciascun ragazzo sperimenta. Questa attività è stata denominata con più termini, tempo del cerchio, gruppo di parola, tra questi mi piace particolarmente l'espressione *Cerchio della Fiducia*.



Si tratta di una pratica che può essere svolta con una certa periodicità da un insegnante che ha la funzione di guidare e moderare il gruppo. Le regole che il gruppo deve fare proprie sono molto semplici: l'ascolto e il rispetto di ciò che ciascuno dice, l'impegno a tenere riservato ciò che viene detto e l'impegno ad ascoltarsi senza disprezzare o a prendere in giro i compagni. Gli obiettivi che questo momento permette di raggiungere progressivamente sono molteplici:

- A) Aiutare i ragazzi ad esprimersi e a mettere in parole stati emotivi o situazioni personali, che possono creare tensione e angoscia;

- B) Consolidare il senso di appartenenza e di coesione nel gruppo classe che può essere percepito come un luogo di protezione e di libertà di espressione;
- C) Aiutare i ragazzi a sentirsi “simili nella loro diversità”, ovvero tutti accomunati da momenti di maggiore/minore benessere, momenti di insicurezza che possono riguardare diverse situazioni ma che sono sempre molto frequenti alla loro età.
- D) Questo aspetto è molto significativo in quanto frequentemente i ragazzi soffrono della sensazione di essere gli unici ad avere difficoltà interne e questo fatto accresce enormemente il loro senso di insicurezza;
- E) Promuovere nei ragazzi un atteggiamento di responsabilizzazione nei confronti dei loro disagi, evitando di ripiegare in un tunnel di fatalismo o vittimismo. Di fronte ai problemi sia relazionali che emotivi è importante insegnare ai ragazzi che vi sono sempre diverse opzioni di scelta, e che in ogni modo occorre ricercare attivamente delle soluzioni o degli adattamenti. Questa fase di “problem solving emotivo e sociale” può essere assunto anche dai compagni che in modo libero possono scambiarsi suggerimenti ed idee.

La conduzione di questi momenti può essere gestita da uno o più insegnanti sensibili e formati, con un eventuale supporto esterno sia nella fase dell’avvio che in quella del suo funzionamento ordinario.

Non poter parlare dei propri problemi, sentirsi diversi, isolati, sprofondare nei propri pensieri e sensazioni senza un confronto con gli altri, sono le più sicure premesse per trasformare un problema comune di un adolescente in un macigno che schiaccia e verso il quale si possono immaginare delle soluzioni disadattive o anche catastrofiche. Questo tipo di intervento così brevemente descritto si colloca quindi nell’ambito di un rinforzo delle relazioni di coesione e di supporto all’interno della classe e di potenziamento delle capacità espressive e di consapevolezza dei ragazzi.

Sul versante più educativo/preventivo sono altresì disponibili diversi programmi su temi trasversali molto importanti che possono essere svolti a scuola da un team di insegnanti dopo un breve corso di formazione: mi riferisco ad esempio ai programmi regionali Life skills training o Unplugged. Altri programmi sono disponibili sul tema del bullismo o dell’educazione socio affettiva.

Credo inoltre che in questa fase storica sia importante centrare una serie di attività di riflessione con i ragazzi sul tema del modo in cui si vive nella realtà virtuale che certamente è non meno reale di quella sperimentata nella vita in presenza ma che assume regole e meccanismi di funzionamento specifici. E’ sempre più evidente infatti come l’impatto del mondo social, online o mediatico sia sempre più potente sul nostro funzionamento psichico e relazionale sia con aspetti di criticità ma anche di potenzialità. E’ essenziale quindi aiutare i ragazzi a muoversi in questa realtà particolare che assume talvolta connotazioni ipnotiche o dissociate rispetto alla percezione più globale e “incarnata” della realtà. Se da un lato la tendenza a vivere alcuni momenti in un mondo parallelo può essere fisiologica durante l’adolescenza, la pervasività dei sistemi mediatici e del mondo online, può amplificare questa propensione creando vere e proprie dissociazioni o confusioni tra ciò che si è

sperimentato, detto o agito online e quello che si agisce nella vita concreta e complessiva.

La terza dimensione che può essere favorita nella scuola in senso preventivo, oltre a quella relazionale ed educativa, consiste nel favorire una presa in carico terapeutica di fronte alle situazioni in cui il disagio si mostra significativo e persistente. Il passaggio da un disagio espresso a scuola, magari ad un insegnante con cui si ha maggiore confidenza, o la rilevazione di un problema familiare e la predisposizione di una presa in carico psicologica, sociale o medica, non è affatto semplice né banale. Non si tratta infatti semplicemente di dare indicazioni alla famiglia o al ragazzo, ma di creare un contesto in cui insegnante e operatore sociosanitario possano interloquire e riflettere per valutare il modo più funzionale per costruire quest'invio. Per questo è cruciale che il mondo della scuola e quello dei servizi psicologici o sociali sia sempre più vicino e vi sia il modo di parlarsi con fiducia non appena i livelli di sofferenza diventano significativi e non transitori.

Queste condizioni sono molto spesso presenti nei diversi territori anche grazie alla continuità con cui operatori ed insegnanti lavorano negli stessi, tuttavia è evidente che questo sforzo va ampliato e tenuto vivo da entrambe le componenti.



In sintesi: il mondo della scuola è un ambito di crescita di straordinaria rilevanza psicologica, identitaria e sociale ed è indubbio che in essa si possano esercitare importanti azioni preventive. Gli attori adulti di queste azioni sono senza dubbio gli insegnanti coadiuvati e sostenuti dalle figure che da un lato possono già “abitare” la scuola come psicologi scolastici ed educatori o che dall’altro sono i più stretti “vicini di casa”: servizi sanitari, sociali, risorse territoriali. Se gli insegnanti non possono lasciare soli i ragazzi di fronte ai loro compiti evolutivi, noi operatori non possiamo lasciare soli gli insegnanti in questa impresa, affascinante ma comunque estremamente impegnativa anche perché segnata inevitabilmente dà il senso di incertezza e da una quota di imprevedibilità che non è totalmente riducibile.

Paolo Breviglieri
Psicologo

Medicina di Genere

Una nuova sfida



Nel dibattito antropologico e sociologico contemporaneo, il termine gender ha sostituito il termine sesso per indicare la tipizzazione sociale, culturale e psicologica delle differenze tra maschi e femmine. Il genere è nella natura biologica degli esseri umani e si presenta con specifiche differenze genetiche, ormonali e fisiche; questo avviene prima di qualsiasi influenza ambientale, pedagogica e sociale.

La Medicina di Genere diventa una necessaria conseguenza, in quanto l'influenza del sesso e del genere cambia la fisiologia e la

patologia umana. Essa studia quindi le patologie note, malattie cardiovascolari, tumori, malattie metaboliche, neurologiche, infettive, ecc. considerando la loro incidenza e clinica separatamente nei due sessi. La Medicina di Genere riguarda quindi tutte le specialità del sapere medico. Qui di seguito faremo degli esempi.

Genere ed invecchiamento.

Nei paesi occidentali le donne hanno un vantaggio in numero di anni di vita rispetto agli uomini. Molte le teorie sul perché di questa differenza che spaziano dalla genetica alla cultura. In Italia ad esempio la speranza di vita alla nascita dell'uomo è 79,4 anni quella della donna è 84,5. Tuttavia la speranza di vita sana è identica nei due generi, quindi i 5 anni di vantaggio della donna possono essere anni di vita ammalata e disabile principalmente per le conseguenze delle malattie cardiovascolari, osteoarticolari e neurologiche (demenza e depressione). Questo ha una enorme influenza sulla qualità della sua vita e sulla spesa sanitaria. La donna inoltre soprattutto con età superiore ai 65 anni è molto più sola dell'uomo, ha un livello culturale inferiore e una situazione economica molto più fragile.

Genere e malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono un frequente motivo di mortalità e morbilità nelle donne. Negli ultimi 40 anni la mortalità per malattie cardiovascolari (infarto del miocardio, ictus) è diminuita fortemente nell'uomo e in modo molto poco significativo nelle donne. Ancor oggi sia le donne che il mondo medico pensano che queste malattie siano prevalentemente maschili. Questo ha fatto sì che il genere femminile quasi non esista nei trial epidemiologici che hanno descritto i fattori di

rischio e quindi la prevenzione. La donna ha dei sintomi molto diversi quando ha un infarto del miocardio: spesso non ha il dolore precordiale, ha dolori al collo, al dorso oppure non ha alcun dolore ma solo irrequietezza, ansia, lieve dispnea; per tale motivo può non essere ricoverata, essere soccorsa in ritardo o non essere indirizzata in area rossa del Pronto Soccorso. Di conseguenza la mortalità della donna in fase acuta e in periodo ospedaliero dopo un infarto è sempre superiore rispetto all'uomo. Ma anche la mortalità dopo 6 mesi da un infarto è superiore nella donna, e anche dopo 6 anni da un intervento per bypass. Nelle donne inoltre ammalano più facilmente le piccole arterie del cuore (il microcircolo) piuttosto che le grandi arterie per cui la diagnostica è più difficile e deve seguire percorsi differenti. L'infarto del miocardio è la prima causa di morte della donna, ma molti lavori che hanno focalizzato l'attenzione sui fattori di rischio per le malattie cardiovascolari non hanno incluso donne. L'età di insorgenza della patologia coronarica è più elevata nella donna, e dopo un infarto si ha una maggiore compromissione emodinamica con frequente deficit della cinetica ventricolare e più frequenti aritmie maligne. Nella donna i fattori di rischio per l'aterosclerosi sembrano avere un impatto diverso. Un esempio è il diabete che è più pericoloso per il cuore della donna che dell'uomo. Inoltre a fronte di una maggiore frequentazione della donna degli ambulatori medici, la diabetica e in genere la donna cardiopatica è meno trattata farmacologicamente. Lo scompenso è più frequente nella donna con età superiore ai 65 anni e più spesso che nell'uomo presenta una disfunzione diastolica, e anche a livello terapeutico risponde in modo diverso ai farmaci inseriti nelle linee guida costruite su casistiche che hanno considerato da 0 al 25% di donne. La cardiologia comunque è la specialità più avanzata nella conoscenza delle differenze di genere.

Oncologia

Molte differenze di genere sono state descritte in campo oncologico, ma anche in questo settore la presenza delle donne nei trial clinici è bassa, l'efficacia dei chemioterapici è diversa e la differenza delle caratteristiche cliniche delle neoplasie con la stessa istologia e stadio è talora osservata ma non inserita nell'attenzione clinica quotidiana e nelle linee guida. Gli animali da esperimento in oncologia sono prevalentemente se non esclusivamente di sesso maschile. Il cancro del colon è la seconda causa di morte in ambedue i sessi in Europa e negli USA, ma colpisce la donna con 5 anni di ritardo rispetto all'uomo, e la mortalità nella donna è ritardata di 5 anni. Si localizza più frequentemente nel colon ascendente, ha meno sintomi all'inizio poi si manifesta con caratteri di urgenza/emergenza (occlusione intestinale). Differente in questa neoplasia è anche la sensibilità ai differenti chemioterapici, gli effetti collaterali, il rischio di ricadute e la prognosi. Quindi, vi è la necessità di rivedere sia i programmi

di screening sia di trattamento. La mortalità per cancro del polmone dagli anni '50 ad oggi è aumentata del 500 per cento nella donna ed è la prima causa di morte per cancro nella donna. Anche se non fumatrice la donna sviluppa 2,5 volte più cancro del polmone dell'uomo, la localizzazione è prevalentemente periferica e la risposta alla chemioterapia è migliore. Differente e più grave è il potere carcinogenetico del fumo di sigaretta nella donna. Non si conoscono ancora le ragioni di queste differenze che non sono solo legate a fattori ormonali, ma anche genetici, metabolici, ed è assolutamente prioritaria la ricerca in questo campo. Le scelte degli investimenti nella ricerca hanno un grande valore etico. Il sesso quindi sembra influenzare sia lo sviluppo del cancro del polmone sia l'efficacia del trattamento, specialmente riguardo ai farmaci biologici. Il ruolo degli estrogeni inoltre sembra essere molto negativo poiché alcuni tumori a grandi cellule esprimono recettori per estrogeni. È indubbio quindi che si debbano attuare campagne per la prevenzione di tali neoplasie e che anche queste devono avere delle attenzioni differenti nei due generi. Il melanoma invece è una neoplasia che vede una maggiore sopravvivenza nella donna: meno metastasi viscerali, maggiore sopravvivenza anche dopo la prima ricaduta, fenomeni questi che possono essere relati al sistema immunitario e al ruolo degli estrogeni.

Malattie osteoarticolari

L'artrosi è patologia molto diffusa ed è causa di disabilità soprattutto nella terza età. La donna sopra ai 65 anni ha il doppio di artrosi alle mani e all'anca rispetto all'uomo e tre volte più artrosi al ginocchio. Gli studi sulle differenze di genere nell'artrosi sono assai pochi; la donna ha pure una aumentata velocità di perdita della cartilagine. L'artrosi è responsabile insieme alle conseguenze delle malattie cardiovascolari e alle malattie neurologiche (demenza) della scadente qualità di vita con perdita dell'autonomia per grave disabilità nei 5 anni di vantaggio nella spettanza di vita alla nascita rispetto all'uomo. L'osteoporosi invece e la conseguente perdita di forza dell'osso e aumentato rischio di frattura è stata studiata prevalentemente nella donna, soprattutto nella localizzazione vertebrale. Con ritardo di 10 anni anche l'uomo nella terza età sviluppa osteoporosi e rischio di frattura. E la mortalità dopo frattura dell'anca è superiore nell'uomo rispetto alla donna. Eppure la determinazione della densità minerale ossea (MOC) è testata 4 volte di meno nell'uomo. Molti farmaci per l'osteoporosi sono stati studiati solo nella donna! Se tale malattia rimane comunque sottostimata nel genere femminile, la consapevolezza di pazienti e medici riguardo all'osteoporosi maschile è ancor più bassa.

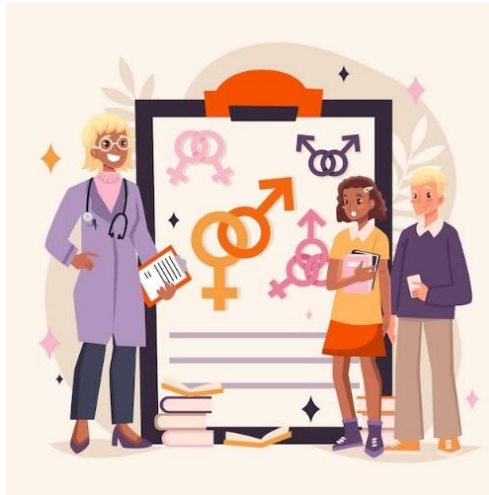
Demenza

Le demenze, patologie anch'esse età-associate, ritrovano una epidemiologia particolarmente significativa nel genere femminile tant'è che essere donna è considerato un "fattore di rischio" per lo sviluppo di demenza. Il rischio delle donne di ammalarsi di Alzheimer nel corso della vita è quasi doppio rispetto agli uomini e il carico assistenziale pesa 8 volte su 10 su una donna. E' probabile che le differenze ormonali e genetiche tra i sessi contribuiscano a questo aumento di rischio piuttosto che l'aumento della sopravvivenza della donna. Se dunque le differenze di sesso sono importanti (anche se a tutt'oggi poco o nulla chiarite nelle loro etiopatogenesi) nel determinare la maggiore numerosità di donne affette da demenza, altrettanto importanti (e quasi ignoti) possono essere le differenze di genere rispetto a sintomatologie sia di esordio che di decorso di malattia: differenze nella compromissione di aree cerebrali diverse a parità di tipo di demenza, differenze di tipologie e impatto di malattie associate (comorbidità) e, più in generale, risposte al trattamento farmacologico.

Farmacologia

Le differenze di genere in farmacologia sono senz'altro attribuibili in prima battuta alla diversa biologia tra i due sessi. Sicuramente le variazioni ormonali che si osservano nell'età fertile influenzano la farmacocinetica dei farmaci. Tuttavia vi sono altri fattori che possono condizionare queste differenze come il peso corporeo, la massa grassa e l'acidità gastrica. Esistono differenze anche nell'escrezione dei farmaci e nel sistema di metabolizzazione. Questi sono tutti fattori che influenzano ampiamente l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dei farmaci. Inoltre, differenze genere-relate sembrano influenzare anche la farmacogenomica e la farmacogenetica. Nella pratica clinica è facile osservare una maggior incidenza di eventi avversi nelle donne rispetto agli uomini e una diversa efficacia di alcuni farmaci nei due sessi. Mancano a supporto di queste evidenze derivanti da studi clinici controllati o studi su modelli animali. Infatti, a tutt'oggi la numerosità nelle donne negli studi clinici d'intervento è molto bassa e anche nella sperimentazione preclinica la maggior parte degli studi è stata condotta prevalentemente su animali maschi. Esistono notevoli differenze di genere nella risposta a farmaci come l'aspirina e gli ACE-inibitori, farmaci oggetto da moltissimi anni di sperimentazioni cliniche. Nel futuro prossimo acquista grande importanza eseguire studi di genere in farmacologia. Il disegno degli studi clinici e preclinici dovrebbe avere un approccio di genere al fine di giungere a conclusioni corrette per entrambi i sessi. Fondamentale peraltro sarebbe raggiungere il profilo di sicurezza di alcuni farmaci e valutare l'aderenza e la compliance alla terapia nelle donne. Siamo sicuri che la consapevolezza del futuro medico su queste problematiche aiuterà lo sviluppo di una farmacologia di genere.

Medicina di Genere in Italia



La Medicina di Genere in Italia non è “diventata una moda” ma comincia a diffondersi quale necessità di una medicina personalizzata che influenza sempre più il lavoro quotidiano del medico e l’organizzazione sociosanitaria. In questi ultimi 5 anni la diffusione della necessità di una Medicina di Genere ed una sua comprensione (anche il mondo medico ha avuto difficoltà a capirne il significato e la portata) è incredibilmente aumentata. Il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, l’Istituto Superiore di Sanità, la Fondazione Giovanni Lorenzini (Milano-Houston), il Gruppo Italiano Salute e Genere hanno messo in atto iniziative e ricerche che hanno sensibilizzato molte Società scientifiche, molte realtà politiche regionali e il Parlamento Italiano che il 27 Marzo 2012 ha approvato all’unanimità una mozione sulla Medicina di Genere. Vi sono ad oggi due proposte di legge sulla Medicina di Genere che speriamo possano trovare presto posto nei lavori parlamentari. In ambedue queste proposte che ricalcano molto la mozione del 2012 vi è la promozione dell’inserimento della Medicina di Genere nei programmi dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e della Scuole di Specializzazione. Intanto molte Regioni hanno inserito nel proprio PSSR (*Personal Safety and Social*) la Medicina di Genere, in particolare Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Marche, Puglia. A Padova l’Università degli studi ha fondato la prima Cattedra in Italia (e seconda in Europa) di Medicina di Genere. E’ un buon inizio anche se la Medicina di Genere non è una specialità a se stante ma deve diventare pervasiva in ogni campo della medicina, dalle materie precliniche a tutte le specialità.

Il 31 gennaio 2018 è stata approvata e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge 3/2018. L'articolo 3 di questa legge, "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio sanitario nazionale", richiedeva infatti la predisposizione di «un Piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale».



Con l'approvazione di questa legge l'Italia è stata il primo Paese in Europa a formalizzare l'inserimento del concetto di "genere" in medicina, indispensabile a garantire ad ogni persona la cura migliore, rispettando le differenze e arrivando a una effettiva "personalizzazione delle terapie". L'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere è stato istituito il 22 settembre 2020. All'interno dell'Osservatorio sono stati creati 6 gruppi di lavoro. I principali obiettivi dei Gruppi di Lavoro sono: monitorare le attività a livello centrale e regionale, individuare indicatori specifici di monitoraggio, proporre all'Osservatorio azioni di miglioramento delle attività relative alla Medicina di Genere, anche sulla base dei dati di monitoraggio. La newsletter è un prodotto di comunicazione ideato e sviluppato dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS in collaborazione con il Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG) e il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere.

Gabrio Zacchè

Emozioni in gravidanza



La gravidanza è un periodo molto particolare per la donna e per la coppia, è come un vortice emotivo improvviso e molto intenso. Questo momento di attesa implica una ridefinizione degli equilibri, dei ruoli, dei bisogni e delle relazioni.

Perché è importante parlare delle emozioni in gravidanza?

Prima di addentrarci nell'esplorazione di questo tema, vediamo come nascono, attraverso la teoria del "Cervello Tripartito di Paul McLean". Lui sostiene che il cervello di ognuno di noi assomiglia a una casa, divisa in tre piani e ognuno di essi svolge una specifica funzione.

Al primo piano troviamo il cervello rettiliano ossia la parte più antica che si sviluppa quando il feto è ancora nella pancia della mamma e si occupa della nostra sopravvivenza, infatti si creano gli istinti primari e le funzioni vitali (la respirazione, lo stimolo della fame e il bisogno di dormire).

Al secondo piano abbiamo il cervello limbico, che si sviluppa nei primi sette anni di vita e si occupa delle emozioni e del loro coordinamento, ed è qui che nascono le sei emozioni primarie: gioia, rabbia, tristezza, paura e disgusto. Quando in noi, si accende un'emozione, ci accorgiamo perché il nostro corpo modifica lo stato di equilibrio in cui è rimasto fino a quel momento. Le emozioni hanno proprio uno spazio riservato in una struttura del cervello, chiamata amigdala, grande quanto una mandorla e funziona come l'archivio della nostra memoria emozionale, difatti analizza l'esperienza corrente, con quanto è già accaduto nel nostro passato; è velocissima e agisce in una frazione di secondo, leggendo l'aspetto emotivo delle cose che percepiamo.

Infine abbiamo il cervello cognitivo ovvero la sede delle funzioni cognitive e relazionali, da cui partono i comandi e arrivano gli stimoli (capacità di problem solving e progettazione).

Parlare di emozioni è importante perché quando una donna scopre di essere incinta, il proprio mondo interiore si alimenta di fantasie, sogni e previsioni. Aspettare un bambino significa fare spazio nella testa, nel cuore, nel corpo, ed essere flessibili e accoglienti verso tutti i cambiamenti fisici, mentali, relazioni e soprattutto emotivi, che questo periodo comporta.

I nove mesi di gravidanza possono essere divisi in tre trimestri ed ognuno di essi è caratterizzato da diversi cambiamenti fisici, emotivi e comportamentali nella donna. Il primo trimestre è caratterizzato da un'ambivalenza emotiva tra gioia per l'arrivo del bambino e paura del cambiamento che porterà nella vita.

Quando la donna scopre di essere incinta, può emergere sia il bisogno di rallentare, sia la passività che si concretizza attraverso l'iperinsonnia ossia un bisogno di dormire più elevato rispetto al solito. Durante tale periodo si manifestano inoltre sintomi psicosomatici quali: nausea e vomito, che sono espressione di conflitti e ambiguità verso questo nuovo evento. L'origine di tale ambivalenza è riconducibile sia alla capacità della gestante di percepire due persone nello stesso corpo, sia nella ri-esaminazione dei propri vissuti inconsci; difatti il bambino è un essere a sé, ma un essere dentro di sé e questo favorisce un disorientamento.

Nel secondo trimestre, i primi movimenti fetali e la crescita della pancia, favoriscono più consapevolezza del futuro nascituro. A livello psichico avviene una differenziazione tra la madre e il bambino e per questo motivo si manifesta un aumento delle rappresentazioni materne, ovvero la gestante inizia a concepire con la fantasia il bambino come essere diverso da sé, ad attribuirgli una fisionomia e a chiamarlo per nome.

Nel terzo trimestre, le rappresentazioni nei confronti del bambino diventano meno chiare e specifiche, proprio perché si avvicina il termine della gravidanza, caratterizzata da irritabilità, sbalzi d'umore e paura legata al parto e nei confronti del figlio.

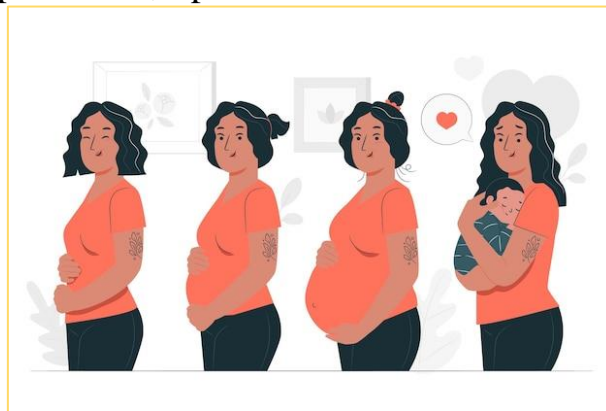
Come nella donna, anche nel padre si possono individuare tre fasi di cambiamento durante il periodo di attesa: la prima fase inizia con l'annuncio della gravidanza e possono manifestarsi sentimenti di gioia o al contrario di sorpresa-shock; nella seconda fase, quando generalmente la donna inizia ad accettare la gravidanza, l'uomo tende ad estraniarsi da essa; infine, con la terza fase, la gravidanza diventa più evidente grazie all'aumento del volume della pancia e alla percezione dei movimenti fetali e quindi anche l'uomo inizia a prendere maggiore consapevolezza del proprio stato di padre, avendo un'immagine più definita del bambino. Con l'avvicinamento del termine della gravidanza, anche il padre, come la donna, vive le preoccupazioni, riguardo la salute del bambino e della madre, al punto di vivere la nascita come un'azione liberatoria.

Lo stile di vita che la mamma conduce durante la gravidanza è di estrema importanza in quanto influisce successivamente sulla crescita del bambino.

Uno degli elementi più importanti nella futura mamma, durante la gestazione, è lo stato emotivo, perché ciò che può ferire il feto non è tanto la reazione fisico - ormonale della mamma di fronte ad un preciso avvenimento, ma, lo stato emotivo a lungo termine. E' importante quindi che la futura mamma non si isoli, ma che continui a parlare, a rassicurare ed a incoraggiare il proprio bambino.

Il periodo della gravidanza è fondamentale nella vita di ogni individuo in quanto incide su diversi fattori quali per esempio: lo sviluppo, la costruzione di legami, le prime esperienze che permetteranno poi un'interazione con il mondo esterno, il benessere e malessere futuro. In questo arco di tempo il feto si nutre di affetto e di emozioni, perciò è opportuno predisporre un ambiente il più possibile gradevole, positivo e armonico. Infatti quando la mamma vive delle emozioni positive, si attivano in lei grazie al sistema limbico, delle endorfine, che agiscono sia sulla crescita del bambino, sia sul suo sistema immunitario e questo permette la formazione di un carattere più stabile e sicuro. Al contrario invece, quando una futura mamma vive in uno stato ansioso e stressante, il bambino sarà irrequieto e agitato, questo si verifica perché l'ambiente materno in cui cresce il feto è inadeguato, in quanto la gestante ha difficoltà a gestire le proprie emozioni e i propri stati d'animo, quindi produce a livello ormonale catecolamine e cortisolo (ovvero gli ormoni dello stress), che giungono al feto, attraverso la placenta, provocandogli per esempio tachicardia e agitazione.

La pancia della mamma viene vissuta dal feto come ambiente di vita per cui è fondamentale che essa conduca, durante la gravidanza, una vita sana, equilibrata, felice, attiva, non troppo intensa, riposandosi nei momenti di eccessiva stanchezza.



La vita fetale, è un percorso di crescita insito in ogni persona, questo significa che il periodo della gravidanza, anche se breve, riveste un ruolo di estrema importanza per il divenire di ogni persona. Dopo la nascita, il processo di crescita precedentemente iniziato, viene modellato, corretto, arricchito, a seconda del mondo e dell'ambiente esterno, mentre nel Sé rimangono sempre incorporate le esperienze vissute nella vita fetale.

Francesca Amerini
Psicologa del Consultorio

Progetto Menopausa



Incontri su "La Menopausa"

Cosa succede al tuo corpo?

- 1** Questa nostra S...**CONOSCIUTA**
21/09 dalle 18.30 alle 20:00
Ostetrica Cristina Danielis
Psicologa Cinzia Chesi
- 2** Il Medico Risponde
28/09 dalle 18.30 alle 20:00
Ostetrica Cristina Danielis
Ginecologa Alberta Gavioli
- 3** Stili di vita **SANI**
05/10 dalle 18.30 alle 20:00
Ostetrica Cristina Danielis
Ostetrica Clara Dall'Acqua
- 4** Rapporto di coppia
12/10 dalle 18.30 alle 20:00
Ostetrica Cristina Danielis
Psicologa: Cinzia Chesi

Per Informazioni e/o iscrizioni:
Segreteria del Centro di consulenza familiare
Viale Albertoni 4/C - Mantova

Tel: 0376/323797 - Cell: 379/2734157
e-mail: consultoriomn@hotmail.it

La menopausa rappresenta un evento fisiologico nella vita della donna ed è caratterizzato dalla cessazione dell'attività ormonale ovarica.

Attualmente la donna, in età di menopausa ha ancora una vita attiva, caratterizzata dal lavoro, dalla presenza dei figli spesso ancora sotto il tetto genitoriale e magari i genitori anziani da accudire. E' inserita quindi in un contesto sociale impegnativo che richiede sforzo e grande partecipazione, per questo deve promuovere una vita in salute per sé e per la sua famiglia. E' cambiata anche la qualità della vita stessa; la donna vuole vivere il periodo della menopausa e viverla bene, in buona salute fisica e psichica. Pertanto, fin dagli anni 90 si è pensato ad un progetto finalizzato ad una miglior conoscenza di questa fase, che parte dai cinquant'anni circa, con una pratica clinica e l'uso di comportamenti e stili di vita che migliorino la qualità della vita stessa.

In questi anni la nuova cultura della menopausa da parte della classe medica ha portato a terapie mirate e corsi ad hoc con la partecipazione dei consultori familiari e degli operatori che ne sono coinvolti, al fine di offrire alle donne un'opportunità di confronto e conoscenza rispetto alla menopausa stessa che un tempo era un vero tabù, fatto di malesseri non espressi e un invecchiamento precoce della donna che viveva un disagio interiore e impotente e quindi non compreso all'interno della sfera familiare.

Destinatari

Questi corsi sono rivolti alle donne in età del climaterio/menopausa che si rivolgono al Consultorio Prematrimoniale UCIPEM tramite accesso diretto o indiretto e che desiderano fare un percorso di miglioramento della propria vita in questo momento di cambiamento.

Obiettivi

- Accompagnare la donna in questa fase di passaggio del ciclo vitale.
- Individuare e prevenire eventuali disagi psicologici che si possono presentare.
- Favorire e/o mantenere le buone relazioni familiari e di coppia.
- Adottare stili di vita corretti attraverso il potenziamento delle risorse individuali, guidando la donna ad ottimizzarne l'utilizzo.

Al progetto collaborano operatori di diversa estrazione: ginecologo, ostetrica, psicologo e nutrizionista, tutti impegnati nella pratica del consultorio.

Un approccio, quindi, trasversale che interessa tutta la sfera femminile nel suo contesto di salute fisica, emotiva e sociale.

Tipologia di intervento

Il progetto si concretizzerà in quattro incontri, con quattro temi differenti:

- Cos'è la Menopausa, quali cambiamenti e perché.
- Il ginecologo risponde e dà informazioni circa la T.O.S (terapia ormonale sostitutiva).
- La relazione di coppia, cambiamenti e strategie.
- Stili di vita e prevenzione.

L'ostetrica, conduttrice e relatrice sarà sempre presente ai suddetti incontri.

Dove

Presso la sede del Consultorio UCIPEM, Viale Albertoni N4, Mantova

Quando

Gli incontri sono a cadenza settimanale per quattro settimane consecutive, dalle 18 e 30 alle 20.

Sono previsti 4 incontri all'anno.

Sono gratuiti e in presenza.

Questo progetto presso il nostro consultorio, è attivo da un po' di tempo e l'adesione è sempre più accesa.

Il momento della condivisione insieme alla voglia e all'energia che fa parte delle donne, fa sì che la "Menopausa" sia un momento di crescita sia personale che di coppia, una opportunità per rinnovare e rinsaldare i rapporti famigliari nel tempo dando spazio ad altre opportunità nella relazione stessa.

Sino a qualche decennio fa la donna teneva per se questi cambiamenti, i disagi della menopausa erano "solo" affari da donne come d'altronde accadeva nel percorso della gravidanza e del parto, oggi questi eventi vengono condivisi con il partner e insieme al partner affrontati dando alla famiglia l'opportunità di crescere favorendo un rapporto stabile nel tempo.

Cristina Danielis
Ostetrica

Spiritualità

Un Dio che si affida agli uomini nel Primo Testamento



In un suo breve ma profondo saggio, abbastanza noto al pubblico italiano, Martin Buber sostiene che ciò che Dio concede alla sua creazione consiste nel “volersi lasciar conquistare dall’uomo consegnandosi a lui”, e a tale proposito precisa: “Dio vuole entrare nel mondo che è suo, ma vuole farlo attraverso l’uomo”, e questo viene da lui definito come “l’opportunità sovrumana del genere umano!”. Se, da una parte, tutto ciò sembra andare a favore dell’umanità considerata capace di “prendere in consegna” Dio, dall’altra c’è da chiedersi: un Dio che decide di mettersi nelle mani degli uomini, non rischia di diventare un Dio fragile, incapace di esercitare la sua cosiddetta onnipotenza?

Anche il testo biblico testimonia un orientamento in questa direzione, che appare molto chiaro nella chiamata di Abramo, al quale YHWH (il tetragramma sacro del Nome divino, che non si vocalizza per rispettarne la trascendenza) affida la sua benedizione all’umanità: “sii tu benedizione, benedirò coloro che benedicono te, e colui che sarà spregevole con te maledirò, e si benediranno in te tutte le famiglie della terra” (Gen 12, 2-3). E’ un Dio che vuole entrare nella storia, che vuole camminare con

l'umanità, ma fino a che punto risponde alle attese del pensiero umano che lo vorrebbe forte e invincibile?

Siamo quindi molto lontani dal Dio dei filosofi, dai caratteri quasi inossidabili: perfetto, onnipotente, onnisciente e via di seguito... La rivelazione ci mostra invece un Dio debole, fragile, che si consegna agli uomini perché ha bisogno della loro solidarietà. E a tale proposito è la mistica ebraica a ricordarci che, ogni volta che qualcuno compie il bene, non solo migliora la storia, ma produce qualcosa di buono anche in Dio, che ritrova la sua unità venuta meno nel darsi per amore alle sue creature. Alla perfezione impassibile, al "motore immobile" aristotelico, si contrappone l'amore appassionato del Dio biblico che tuttavia mostra la sua fragilità.

Hans Jonas, nel suo famoso saggio *Il concetto di Dio dopo Auschwitz*, ritiene che nel suo affidarsi agli uomini Dio si è giocato la sua onnipotenza, mentre Elie Wiesel ritiene che dopo la *Shoah* e dopo molte altre catastrofi sia necessario credere sia in Dio sia negli uomini. In tale orizzonte si delinea, da una parte, uno spazio notevole per la libertà umana alla quale Dio si affida, rischiando di non poter intervenire nella storia quando il male sopraggiunge oscurandolo, e, dall'altra, un'immagine divina per certi aspetti debole e fragile, ma tuttavia capace di *pathos* nei confronti delle sue creature con lui coinvolte nel mistero della sofferenza e del male.

Di fronte a ogni evento negativo, così come di fronte a ogni catastrofe naturale, è inevitabile chiedersi allora sia dov'era Dio, sia dov'era l'uomo. In fondo rimane l'idea che questo mondo, anziché una "casa" per l'uomo, si stia rivelando uno spazio pericoloso. E dove sia Dio, talvolta è difficile immaginarlo. Ma nella logica dell'alleanza biblica, dove Dio e l'uomo sono partner, l'iniziativa umana può rivelarsi decisiva. Chi conosce la vera gioia è come un uomo il cui spirito, per nulla abbattuto dopo che la sua casa è stata incendiata, si è messo subito al lavoro per ricostruire una nuova dimora e il cui cuore gioisce a ogni pietra posata. Di fronte alla fragilità di Dio che non riesce a impedire il male, l'impegno dell'uomo che ricostruisce ciò che è stato distrutto mostra quanto il bene e la gioia possano derivare dal frutto delle proprie mani, al quale Dio ha affidato la creazione.

Dal punto di vista biblico la storia è una partita che si gioca in due, e la fragilità, sia sul versante divino sia su quello umano, diventa lo spazio nel quale "scommettere" per dare un nuovo impulso al corso della vita. Ciò che appare perdente può rivelarsi vincente, ciò che sembra irrecuperabile può essere riscoperto come nuova opportunità.

Chi, per ragioni diverse, si misura quotidianamente con la fragilità che viene dalla malattia, da un contesto difficile, da una situazione precaria, o comunque da un'esperienza perdente, può lasciarsi sopraffare dal cosiddetto "destino" oppure può riprendere in mano la propria vita e, seppur convivendo con il limite, riorientare le proprie scelte nella prospettiva di un sano compromesso fra ciò che si desidera e ciò che è possibile. E' a questa umanità che Dio si affida, ed è questa umanità che non si scoraggia di fronte a un Dio debole, ma che sperimenta come egli possa essere vicino sia nella gioia, sia nella sofferenza; come ci si possa rivolgere a lui denunciando

ingiustizie e contraddizioni, non perché vengano necessariamente risolte, ma perché ciò che fa soffrire l'uomo è innanzitutto un'offesa per Dio.

E' interessante al riguardo un processo a Dio celebrato durante la *Shoah* da famosi rabbini internati ad Auschwitz: dopo giorni di accurato esame di ogni accusa, Dio è stato dichiarato colpevole di ciò che stava accadendo al suo popolo, tuttavia, dopo la sentenza, si è ricominciato a pregare. Di fronte a un male estremo, di cui Dio è ritenuto responsabile, l'agire dell'uomo si trasforma in preghiera, come a dire: "Continuo a dialogare con te nonostante tu ti sia rivelato debole e il mio affidarmi a te è consapevole del limite, ma tu rimani comunque il mio Dio nonostante ti abbia dichiarato colpevole". In altri termini: con Dio, contro Dio, ma non senza Dio.

Continua pertanto a sorprendere positivamente l'iniziativa umana là dove il male porta lacerazioni profonde, là dove la natura sembra accanirsi distruggendo e portando morte. Ci si accorge infatti che la debolezza sta nel rinunciare a reagire, nel lasciarsi sopraffare dagli eventi, mentre là dove si recupera la voglia di vivere, tutto riacquista forza. E tutto dipende dalla volontà umana, dalla capacità di rimettersi in gioco, guardando a ogni difficoltà come a una sfida, a un'opportunità per misurarsi con la propria capacità di superare ogni ostacolo mettendo in atto tutte le risorse possibili.

Ecco allora che la grandezza dell'uomo celebrata dal Salmo 8, che si coniuga con l'amore di Dio che si prende cura di lui, emerge nella prospettiva di un affidarsi reciproco a partire dalla decisione divina di dargli il "potere sulle opere delle sue mani" (Sal 8,7), che significa affidargli la creazione affidandosi a lui. E' nell'ambito di tale rapporto che si manifesta una fragilità che apre a molte domande riguardo agli attributi divini, e che non rassicura dal punto di vista di una teodicea volta a contrapporre la perfezione divina all'imperfezione umana. Si tratta semmai di recuperare una visione biblica di Dio dove, rispetto a ciò che si può dire di lui, prevale invece ciò che egli fa per gli uomini: non tanto chi è Dio in sé ma ciò che è Dio in relazione alla sua creazione. E se nel suo affidarsi all'umanità si rivela fragile, Dio rimane comunque l'unico capace di trasformare una storia anonima in storia di salvezza.

Egidio Faglioni
Sacerdote

Il post del mese



Domani

Io li conosco i domani che non arrivano mai
Conosco la stanza stretta
E la luce che manca da cercare dentro

Io li conosco i giorni che passano uguali
Fatti di sonno e dolore e sonno
per dimenticare il dolore

Conosco la paura di quei domani lontani
Che sembra il binocolo non basti

Ma questi giorni sono quelli per ricordare
Le cose belle fatte
Le fortune vissute
I sorrisi scambiati che valgono baci e abbracci

Questi sono i giorni per ricordare
Per correggere e giocare
Si, giocare a immaginare domani

Perché il domani quello col sole vero arriva
E dovremo immaginarlo migliore
Per costruirlo

Perché domani non dovremo ricostruire
Ma costruire e costruendo sognare

Perché rinascere vuole dire costruire
Insieme uno per uno

Adesso però state a casa pensando a domani

E costruire è bellissimo
Il gioco più bello
Cominciamo...

Ezio Bosso
Compositore (1971-2020)