

# **GINECOLOGIA E ATTIVITÀ FISICA**



---

**A cura di:**

**Gian Pasquale Ganzit e Luca Stefanini**  
Istituto di Medicina dello Sport, Torino

© SEEd srl  
C.so Vigevano, 35 - 10152 Torino  
Tel. 011.566.02.58 - Fax 011.518.68.92  
[www.edizioniseed.it](http://www.edizioniseed.it)  
[info@edizioniseed.it](mailto:info@edizioniseed.it)

ISBN 978-88-8968-829-8

---

SEEd S.r.l. declina ogni responsabilità derivante da un uso improprio delle informazioni contenute nel presente volume. Tali informazioni non devono essere utilizzate o interpretate come ausilio diagnostico e/o terapeutico e non devono essere intese come sostitutive del consulto del medico.

---

*Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941 n. 633 ovvero all'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.*

*Le riproduzioni per uso differente da quello personale potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dagli aventi diritto/dall'editore.*

---

---

## Sommario

---

1. Introduzione.....	5
2. Effetti dell'attività fisica sull'organismo umano .....	6
3. Classificazione delle attività sportive .....	14
4. La triade della donna atleta: disordini alimentari, amenorrea e osteoporosi .....	20
5. Osteoporosi.....	28
6. Gravidanza.....	37
7. Menopausa .....	44
Tabella riassuntiva delle attività fisiche nelle principali condizioni di interesse ginecologico.....	51
Bibliografia .....	56

## I. Introduzione

Rispetto a qualche decennio fa, oggi le donne sono sempre più impegnate nello sport, sia a livello agonistico che amatoriale. Questo è quanto emerge ad esempio dai dati ISTAT in merito alle quote di sedentari, ossia dei soggetti che non praticano alcun tipo di attività sportiva: mentre nel 1995 si riscontrava un 44,2% di soggetti sedentari tra le donne contro il 30,9% tra gli uomini, nei 5 anni successivi la quota è aumentata tra gli uomini (dal 30,9% al 33%) ed è invece diminuita tra le donne (dal 44,2% al 43,5%).

La sempre maggiore attenzione rivolta allo sport al femminile è dimostrata anche dalle recenti iniziative del CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano) volte ad analizzarne e approfondirne le peculiarità dal punto di vista medico, tecnico, biomeccanico e psicologico.

Nonostante la riconosciuta importanza dell'attività fisica per il benessere fisico e psichico, permangono alcune situazioni in cui essa è ignorata o sottovalutata. In particolare è ancora comune evitare la pratica sportiva nel periodo della gravidanza, benché numerosi articoli nonché le linee guida dell'*American College of Obstetrics and Gynecology* abbiano sottolineato i benefici di un'attività regolare (ossia circa 30 minuti di esercizio lieve-moderato quotidiani) nel caso in cui la gravidanza proceda in modo normale e senza particolari complicazioni. Analogamente, le donne in menopausa, e in generale le donne avanti con gli anni, sono spesso le più restie a intraprendere un'attività fisica, poiché spesso hanno condotto una vita sedentaria e nutrono numerosi pregiudizi nei confronti dello sport.

Il medico svolge in questo contesto un compito essenziale, poiché rappresenta la figura di riferimento in grado di fare da tramite tra le preferenze della donna e la necessità di praticare sport: potrà fornire utili consigli, tarare intensità e frequenza dell'allenamento sulla base delle condizioni fisiche della paziente e fugare dubbi e luoghi comuni.

Questo testo fornisce una panoramica su utilità, rischi e cautele da adottare nella pratica sportiva in particolari condizioni tipicamente

femminili. Oltre alla gravidanza e alla menopausa, quindi, è affrontata anche quella che viene definita la “triade della donna atleta”, ossia quella serie di disturbi, che vanno dall’amenorrea ai disturbi alimentari all’osteoporosi, che sono tipici dello sport al femminile.

Questi disordini sono spesso ignorati e non riconosciuti dall’atleta stessa, dai suoi familiari, dagli allenatori e dal personale medico. Le conseguenze, al contrario, possono essere molto gravi. Anche in questo caso, quindi, il medico dovrà essere in prima linea nel riconoscere i sintomi, evidenziando la presenza di questi disturbi, o il rischio della loro insorgenza, attraverso opportuni questionari e collaborando strettamente con la paziente al fine di adottare misure adeguate.

[...]

---

#### **4. La triade della donna atleta: disordini alimentari, amenorrea e osteoporosi**

---

Il termine “triade” si riferisce a tre condizioni patologiche (disturbi alimentari, amenorrea e osteoporosi) che interessano più frequentemente la donna che si dedica ad attività sportive nelle quali il successo dipende, sia dal punto di vista fisiologico sia da quello estetico, da una bassa percentuale di tessuto adiposo. Analizzeremo di seguito

disturbi alimentari e amenorrea; l'osteoporosi sarà trattata in modo più approfondito nel Capitolo 5.

## | **Disordini alimentari**

I disordini alimentari comprendono un vasto spettro di comportamenti volti a perdere peso che vanno da una restrizione calorica eccessiva a vere e proprie patologie, quali l'anoressia nervosa, caratterizzata dal rifiuto di mantenere un normale peso corporeo, paura di ingrassare, distorsione della propria immagine corporea, e la bulimia, in cui vi sono eccessi alimentari alternati con assunzione di quantità normali di cibo o con digiuno.

L'**anoressia di tipo nervoso** colpisce soggetti, in prevalenza di sesso femminile, di età compresa tra i quattordici e i trent'anni.

Mentre la perdita di peso è un denominatore comune di questo disturbo ed è quindi indipendente dal sesso, nelle donne tale condizione è quasi sempre aggravata dalla mancanza di mestruazioni (amenorrea secondaria), fenomeno che può manifestarsi quando la percentuale di tessuto adiposo corporeo scende sotto il 12%.

La paura di perdere il controllo è preminente: si teme di mangiare ed essere poi incapaci di smettere. In determinati casi a ciò si aggiunge una ricerca ossessiva dell'ordine e della pulizia. Inoltre è presente una distorsione dell'immagine corporea come psicopatologia specifica e il pensiero riguardante l'essere grasse persiste, invece, come idea prevalente per la quale la paziente si impone una soglia di peso basso. Il disturbo dell'immagine corporea non è imputabile a un'alterazione generalizzata della percezione; quanto più basso è il peso, tanto più grande è l'anomalia dell'immagine del corpo.

La depressione è l'atto finale di tali disturbi, anche se gioca un ruolo importantissimo nella dinamica di queste patologie. Il soggetto è sempre insoddisfatto della sua immagine corporea e la frustrazione prodotta dal malcontento a volte ne condiziona completamente la qualità di vita.

Il termine **anoressia atletica** è stato coniato per descrivere una forma di anoressia nervosa non conclamata che interessa numerose

sportive (nella Tabella IV sono indicati i criteri diagnostici assoluti e relativi).

Nel caso in cui soffra di questo disturbo, l'atleta nasconde il proprio comportamento alimentare errato giustificandolo con numerose scuse:

- le svariate competizioni cui deve partecipare, l'intenso programma di allenamento e i viaggi sono fattori che non le lasciano il tempo di mangiare;
- alimentarsi prima di una competizione è impossibile in virtù del fatto che è nervosa, tesa e concentrata, per cui la sensazione di cibo sullo stomaco rappresenta un fattore negativo per la propria performance fisica;
- i grassi devono essere banditi in quanto non può permettersi di aumentare la propria massa grassa (con la conseguenza di eliminare dalla propria dieta numerosi alimenti in realtà fondamentali tra i quali in primo luogo la carne).

L'atleta con disturbi alimentari spesso si allena in modo compulsivo ed eccessivo al fine di bruciare il maggior quantitativo di calorie possibile, con la convinzione che, senza soffrire in allenamento, non sia possibile ottenere risultati in gara e con il timore che anche solo l'aumento di pochi etti possa corrispondere inesorabilmente a un netto calo della propria performance atletica.

Nonostante le notevoli difficoltà che si incontrano qualora si desideri calcolare la prevalenza dei disturbi alimentari, sia per la mancanza di criteri diagnostici precisi, sia per la scarsa collaborazione da parte di chi ne soffre, si stima che la prevalenza dell'anoressia nervosa tra le atlete sia grosso modo la medesima riscontrata tra le non atlete (1,8%). La prevalenza della bulimia nervosa e della anoressia nervosa non conclamata risultano significativamente superiori tra le atlete: rispettivamente 8,2% e 8%. Comunemente si ritiene che alcuni fattori di rischio, quali forti pressioni da parte degli allenatori nel ridurre la percentuale di tessuto adiposo, un notevole volume di allenamento, un eccesso di perfezionismo, siano più frequenti tra le atlete d'élite. In realtà i disturbi alimentari sono molto frequenti anche tra le atlete comuni. Considerando più in dettaglio i fattori eziologici critici per lo

sviluppo di un disordine alimentare, si osserva che, in primo luogo, il fattore più comune è rappresentato da una dieta seguita troppo a lungo (37% dei casi), poi l'arrivo di un nuovo allenatore (30%), un infortunio (23%), un commento casuale (19%), un fallimento nella vita di tutti i giorni (10%), problemi familiari (7%) e un infortunio (7%).

L'atleta di sesso femminile presenta un rischio maggiore di sviluppare un disordine alimentare in quanto la donna è soggetta a forti e costanti pressioni sociali circa la sua immagine corporea. Al contrario i maschi affetti da disordini alimentari sono in numero inferiore poiché hanno, in generale, aspettative culturali riferibili alla propria immagine corporea inferiori rispetto a quelle del sesso femminile.

La maggior parte degli sport richiede una bassa percentuale di tessuto adiposo; in linea di massima il sesso maschile è avvantaggiato in questo senso, poiché i maschi presentano una maggior percentuale di massa magra rispetto alle femmine e di conseguenza anche valori di metabolismo basale maggiori. Le donne pertanto tendono ad aumentare di peso più facilmente e con maggiore difficoltà riescono a dimagrire.

Nonostante nella maggior parte dei casi questi disturbi vengano sottovalutati, possono risultare molto seri dal punto di vista clinico. Sono frequenti disordini dell'equilibrio elettrolitico, disturbi della sfera psichica che possono condurre anche al suicidio, abuso di farmaci e droghe quali lassativi, pillole dimagranti, diuretici e anfetamine.

In ambito sportivo si assiste a un calo della performance: le doti di resistenza vengono meno, così come si osserva una netta riduzione delle doti anaerobiche e della forza.

Studi recenti evidenziano inoltre una maggiore incidenza di infortuni articolari e di fratture da stress.

Queste ultime non sono l'unica lesione con una prevalenza maggiore tra le atlete con disturbi alimentari. Sono più frequenti anche le lesioni muscoloscheletriche di grado medio-lieve. In uno studio condotto su ballerine professioniste sono state confrontate quelle con un indice di massa corporea inferiore a  $19 \text{ kg/m}^2$  con quelle con un indice di massa corporea superiore e si è osservato che tra le prime le lesioni muscolari richiedevano un tempo di recupero medio di 24 giorni

mentre tra le altre le lesioni erano di entità più lieve e richiedevano in media 11 giorni per la guarigione.

La terapia è prima di tutto medica, volta al ripristino della condizione fisica compromessa, ma fondamentale è il trattamento psichiatrico, che ha lo scopo di incrementare il senso di autostima che spesso manca in questi soggetti.

Le atlete affette da **bulimia nervosa** hanno comportamenti che si discostano di poco dalle non atlete: la maggior parte dei bulimici mangia pochissimo durante il giorno per poi abbuffarsi durante la notte. L'atleta giustifica questo errato comportamento con la scusa che gli allenamenti non le consentono di consumare pasti regolari; inoltre spesso vomita prima di una competizione, anche per ridurre il proprio stato di ansia correlato alla manifestazione agonistica; infine, l'abbuffata può rappresentare uno strumento per combattere lo stato d'animo negativo che assale l'atleta dopo una sconfitta.

Il ricorso costante all'utilizzo di lassativi e al vomito autoindotto favorisce lo stato ansioso e la paura di essere scoperte dal proprio allenatore o dalle compagne di squadra.