

SULL'ONDA *della* SALUTE

2019



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

Donne e malattie cardiovascolari

**Parola d'ordine:
prevenzione**





ONDA - CHI SIAMO

Un Osservatorio che dal 2006 promuove 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.

Dal 2018 focus anche sulla salute maschile e della coppia.

Per conoscere i progetti e scaricare i materiali informativi:

www.ondaosservatorio.it

Dal 2007 vengono segnalati e premiati gli ospedali che promuovono servizi e percorsi diagnostico-terapeutici "a misura di donna". Per conoscere le strutture con i Bollini Rosa e le iniziative per avvicinare la popolazione alle cure attraverso servizi gratuiti e per lasciare un commento sulla propria esperienza:

www.bollinirosa.it

Dal 2016 vengono segnalate e premiate le strutture residenziali sanitario-assistenziali dedicate alle persone anziane non autosufficienti (RSA) che promuovono una gestione personalizzata e umana degli ospiti. Per conoscere le strutture con i Bollini RosaArgento e le iniziative promosse per i familiari dei pazienti ricoverati e per lasciare un commento sulla propria esperienza:

www.bollinirosargento.it

* La medicina di genere (più correttamente genere-specifica) studia i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere maschile/femminile influiscono sullo stato di salute, sull'impatto dei fattori di rischio, sull'insorgenza, sul decorso e sulla prognosi delle malattie, nonché sugli effetti – in termini di efficacia e sicurezza – delle terapie. Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione delle malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro: da qui la necessità di adottare un approccio orientato al genere in tutte le aree mediche.



INDICE

Premesse

1.

Malattie cardiovascolari, big killer delle donne

06

- 1.1. Lo svantaggio femminile
- 1.2. L'infarto nella donna
- 1.3. Fattori di rischio: i veri nemici del cuore

2.

Prevenzione primaria, una questione di scelta

14

- 2.1. Principi base di una sana alimentazione
- 2.2. Un aiuto dagli integratori
- 2.3. Attività fisica per un cuore in salute
- 2.4. Buone abitudini che fanno la differenza

PREMESSE

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nella popolazione femminile. Sebbene negli ultimi quarant'anni si sia registrata una significativa riduzione della mortalità globale per malattie cardiovascolari, tale tendenza risulta meno pronunciata nel genere femminile rispetto a quello maschile, complice la maggior diffusione tra le donne di abitudini scorrette, primo fra tutti il fumo di sigaretta.

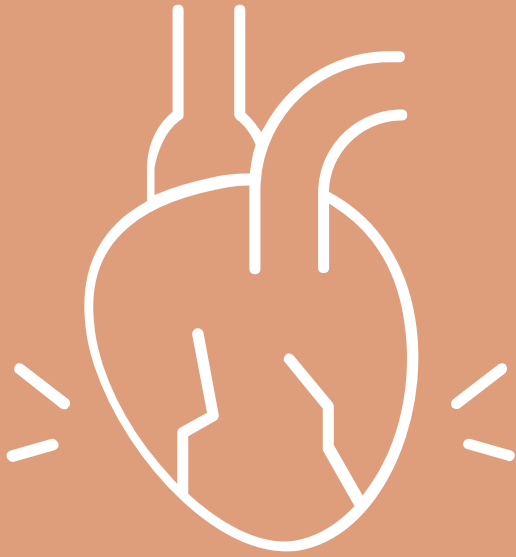
Le donne hanno il vantaggio di essere protette nell'arco della vita fertile dallo "scudo estrogenico". La caduta dei livelli ormonali, che caratterizza la menopausa, espone invece a un importante incremento del rischio cardiovascolare, amplificato dalla concomitante presenza di patologie/fattori di rischio assai frequenti in questa fase della vita femminile come sovrappeso, diabete, ipertensione arteriosa e dislipidemie.

La sottostima delle differenze di genere ha alimentato per lungo tempo l'errata convinzione che le malattie cardiovascolari fossero un problema tipicamente maschile; per questo la maggior parte delle conoscenze su tali patologie deriva da studi condotti principalmente su campioni maschili.

Le malattie cardiovascolari sono state le prime patologie oggetto di studio nell'ambito della Medicina di genere. Nel 1991 una cardiologa americana evidenziò in un famoso articolo, ormai considerato la pietra miliare nella storia della Medicina di genere, la discriminazione che aveva constatato nell'Istituto di Cardiologia che dirigeva: le donne erano meno ospedalizzate, meno sottoposte a indagini diagnostiche, a interventi e a terapie rispetto agli uomini, oltre a essere scarsamente rappresentate nelle sperimentazioni cliniche. Da allora sono stati fatti molti passi avanti. Nel 2016 l'American Heart Association ha pubblicato il primo *statement* scientifico dedicato all'infarto nelle donne che ne analizza le differenze tra i due generi in termini di fattori di rischio, sintomatologia, risposta terapeutica e prognosi.

Obiettivo di questa pubblicazione è contribuire a costruire la necessaria consapevolezza da parte delle donne sul rischio cardiovascolare, che risulta ancora sottovalutato, e sui fattori che alimentano tale rischio, alcuni dei quali specificatamente femminili. La prevenzione primaria e dunque l'abbattimento dei fattori di rischio modificabili attraverso l'adozione di corretti stili di vita rappresenta la strategia più efficace per mantenere in salute cuore e arterie. La buona notizia per le donne è che la prevenzione cardiovascolare declinata al femminile funziona meglio, un motivo in più per sostenerla attivamente ogni giorno attraverso comportamenti salutari.

Francesca Merzagora
Presidente Onda



1.

**Malattie
cardiovascolari,
big killer
delle donne**

1.1. LO SVANTAGGIO FEMMINILE

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono da sempre considerate di appannaggio maschile.

Nella realtà rappresentano la **principale causa di mortalità e disabilità femminile**, risultando di gran lunga più frequenti di tutti i tumori femminili considerati nel loro insieme.

Le donne sono più svantaggiate rispetto agli uomini, perché:

- hanno una bassa percezione del rischio e quindi sottovalutano i sintomi;
- spesso accedono ai servizi di Pronto soccorso con ritardo;
- presentano manifestazioni cliniche tipicamente aspecifiche e dunque di difficile inquadramento diagnostico;
- sono trattate farmacologicamente e chirurgicamente in modo meno aggressivo dei maschi;
- tendono ad avere maggiori complicanze e dunque peggiori prognosi;
- utilizzano farmaci che sono stati studiati su campioni prevalentemente maschili;
- spesso trascurano la propria salute per dedicarsi all'assistenza dei familiari.

Vi è poi da considerare che quando le donne si ammalano sono **più anziane** rispetto all'uomo. Nel genere femminile, infatti, le MCV hanno un esordio posticipato di circa dieci anni poiché gli ormoni estrogeni, prodotti dall'ovaio nel corso della vita fertile, svolgono una preziosa azione sull'apparato cardiovascolare (effetto cardioprotettivo), rinviandone la comparsa al periodo peri e post-menopausale.





1.2. L'INFARTO NELLA DONNA

Nell'ambito delle MCV l'infarto è il paradigma delle differenze di genere, presentando modalità di esordio, evoluzione e prognosi differenti tra uomo e donna.

→ Sintomatologia

Le donne nella maggior parte dei casi non presentano la tipica sintomatologia da infarto (dolore al petto irradiato al braccio), ma manifestano un **corredo di disturbi**: mal di schiena, difficoltà respiratoria, senso di indigestione, nausea/vomito, debolezza. Spesso lamentano dolore alla mandibola e al collo, descrivendo i sintomi come angoscianti. Occorre tuttavia sfatare lo stereotipo per cui le donne hanno un dolore "atipico", perché "tipico" è quello dell'uomo, e sensibilizzare al concetto che hanno manifestazioni diverse, come quelle riportate sopra.

→ Accesso alle cure e prognosi

I **sintomi** descritti, non essendo quelli dell'infarto maschile, e potendo sottendere diversi substrati patologici, non solo sono **poco riconoscibili** per la donna ma risultano anche di difficile inquadramento diagnostico per i clinici. Ciò si traduce in un **ritardato soccorso e accesso alle cure**. Di conseguenza la mortalità delle donne in fase acuta e durante l'ospedalizzazione, dopo un infarto, è sempre superiore rispetto agli uomini. Ma anche la prognosi a medio e lungo termine è peggiore: la mortalità a sei mesi dall'evento acuto e anche a distanza di anni da un intervento di bypass è maggiore nelle donne.

Come si spiega questo svantaggio?

Nelle donne le arterie del cuore sono più piccole e ciò rende più complesse le procedure diagnostiche. L'età di insorgenza della patologia coronarica (a carico dei



vasi arteriosi che irrorano il cuore) è in genere più avanzata e l'aterosclerosi (malattia che comporta la formazione di placche che occludono le arterie) è più recente e dunque non consente la creazione di circoli collaterali in grado di compensare l'ostruzione arteriosa. Infine, nella donna l'infarto si associa con maggior frequenza a compromissione emodinamica con deficit della funzione ventricolare e ad aritmie maligne.

Una causa rara, ma spesso letale, di primo infarto nella donna è la dissezione spontanea di una arteria coronaria in assenza di aterosclerosi.

Altra patologia quasi totalmente femminile è la Sindrome di Tako-Tsubo: evento acuto, tipicamente scatenato da stress emotivi estremi, a volte anche fisici, e in genere reversibile, che si manifesta come un infarto, ma con coronarie quasi sempre indenni.

1.3. FATTORI DI RISCHIO: I VERI NEMICI DEL CUORE

Noti fattori di rischio per le MCV sono quelli cosiddetti “tradizionali” che si distinguono in due gruppi in funzione della possibilità di adottare misure preventive.

→ Fattori di rischio tradizionali non modificabili

Sono l'età e la familiarità. La prevalenza delle MCV aumenta, infatti, con l'avanzare dell'età sia nelle donne che negli uomini ed esiste una predisposizione individuale modulata da fattori genetici.

→ Fattori di rischio tradizionali modificabili

Rientrano in questa categoria: diabete, ipertensione arteriosa, fumo, dislipidemia, sedentarietà, sovrappeso/obesità.

Questi fattori sono i medesimi nei due sessi ma hanno un peso (rischio relativo) diverso e risultano avere un impatto maggiore in termini di morbilità e mortalità CV nelle donne rispetto agli uomini. Il **diabete** è, infatti, più pericoloso per il cuore delle donne rispetto a quello degli uomini: si stima che tale malattia aumenti il rischio cardiovascolare nell'uomo di 2-3 volte, mentre nella donna tale rischio aumenta fino a 5-7 volte. Le donne diabetiche, inoltre, hanno una prevalenza di eventi quasi doppia rispetto alle non diabetiche di pari età e maggiore delle



medesime con un precedente infarto del miocardio ma senza diabete.

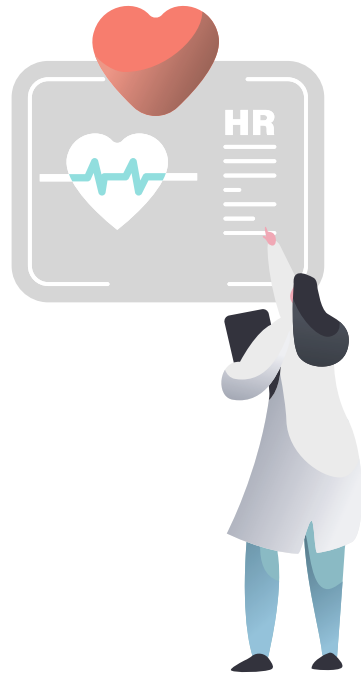
Anche **l'ipertensione arteriosa** (che dopo i 55 anni aumenta di più nella popolazione femminile) e il **fumo di sigaretta** sono più fortemente associati all'infarto nella donna. Le donne fumatrici avrebbero un rischio più che triplicato di andare incontro a MCV rispetto alle coetanee non fumatrici e ai maschi fumatori ed è stato documentato che per la donna è sufficiente fumare un terzo delle sigarette dell'uomo per avere lo stesso rischio. Inoltre, il rischio tromboembolico correlato al fumo aumenta nel sesso femminile in corso di terapia contraccettiva ormonale.

La **dislipidemia** consiste nell'alterazione dei livelli circolanti di grassi (colesterolo e trigliceridi) che tipicamente aumentano con l'età, in particolare nelle donne in menopausa in cui è più difficile controllare tali valori.

La **sedentarietà** è un problema prevalentemente femminile in tutte le fasce di età e soprattutto nel periodo post-menopausale. **L'obesità** è prevalente nei maschi (tranne che nel Sud Italia, dove prevale nella donna), nei quali però aumenta il rischio cardiovascolare in misura minore rispetto alle femmine.

→ Fattori di rischio emergenti

Nel genere femminile ai fattori di rischio tradizionali se ne aggiungono altri più comuni e/o esclusivi delle donne.



Le **malattie autoimmuni** (come artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico) hanno una prevalenza nettamente maggiore nel sesso femminile e sono frequentemente associate a sviluppo di un'aterosclerosi precoce alimentata dai processi infiammatori che le connotano. Lo **stress psicofisico** e la **depressione** impattano negativamente sulla salute cardiovascolare. Sono fattori di rischio da considerare con attenzione "soprattutto nelle donne più giovani" e che peggiorano la prognosi dopo un evento acuto. La depressione, oltre ad essere fattore di

rischio cardiovascolare, può manifestarsi anche in seguito a un evento acuto.

È noto, come detto in precedenza, che l'effetto cardioprotettivo degli estrogeni endogeni conferisce alle donne un vantaggio temporale rispetto agli uomini, facendo sì che le MCV su base aterosclerotica si presentino, nella quasi totalità dei casi, dopo la **menopausa**. Di conseguenza un'importante determinante nello sviluppo di MCV è l'età di insorgenza della menopausa: le donne che vanno incontro a menopausa precoce (naturale o chirurgica) hanno una probabilità più elevata di sviluppare MCV. La carenza di estrogeni, che hanno recettori in tutto l'organismo, determina ripercussioni a livello sistemico: peggioramento del metabolismo dei grassi e degli zuccheri, aumento della pressione arteriosa da perdita dell'effetto vasodilatatore (dovuto agli estrogeni), progressivo incremento ponderale associato alla redistribuzione del grasso corporeo a livello addominale.

La sindrome dell'**ovaio policistico** espone la donna ad alterazioni metaboliche e cardiovascolari precoci che si traducono in un maggior rischio cardiovascolare.

Passando ad esaminare le **patologie che insorgono in gravidanza**, l'ipertensione è un predittore di sviluppo di ipertensione post-gravidica, soprattutto se si è presentata prima della trentesima settimana di gestazione ed, ancor più, se è stata ricorrente in gravidanze successive.

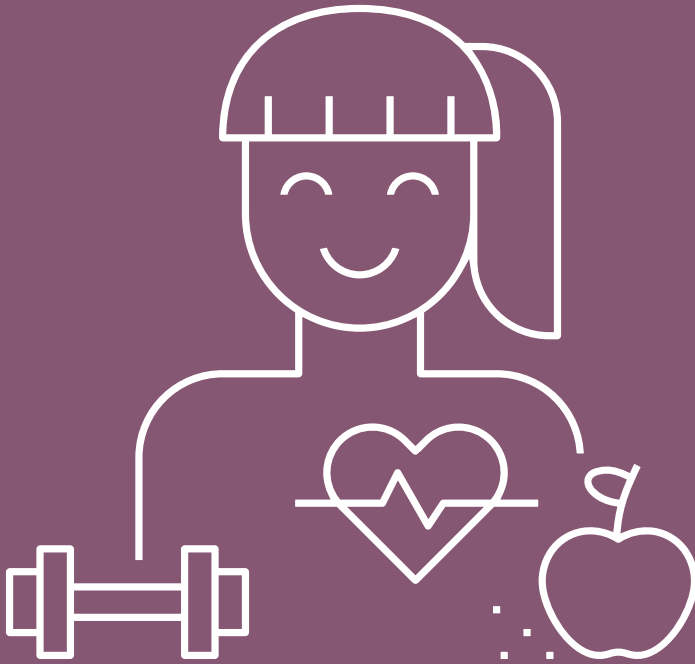
Anche il **diabete gestazionale** aumenta il rischio di sviluppare **diabete tipo 2**, oltre e incrementare il rischio di MCV indipendentemente dallo sviluppo di diabete manifesto.

Le donne con storia di aborti spontanei o parto pretermine sono a maggior rischio di futuri eventi cardiovascolari ed è stata evidenziata una correlazione tra l'andamento del peso corporeo post-partum e tale rischio.

Esiste poi un'associazione tra le MCV e il **tumore del seno**, che non riguarda solo la condivisione di multipli fattori di rischio e di maggior incidenza con l'aumentare dell'età, ma si estende anche allo screening e al trattamento.

Il rilievo di calcificazioni arteriose mammarie (CAM) durante la mammografia, eseguita come screening del tumore del seno, è considerato un reperto oncologicamente marginale, poiché non associato a un aumento del rischio neoplastico (come è invece per le calcificazioni del parenchima). Vi sono però crescenti evidenze che correlano il riscontro e l'estensione di CAM con l'entità delle calcificazioni delle arterie coronariche.

Anche le terapie per il tumore al seno sono correlate alle MCV. La radioterapia spesso comporta l'esposizione accidentale del cuore alle radiazioni ionizzanti, aumentando il rischio di cardiopatia ischemica. Anche per alcune categorie di chemioterapici sono stati descritti effetti cardiotossici.



2.

**Prevenzione
primaria, una
questione di
scelta**

Molti fattori di rischio per MCV sono modificabili. Nelle nostre mani abbiamo uno strumento di prevenzione primaria potentissimo: circa l'80% degli eventi cardiaci potrebbe essere prevenuto. A noi la responsabilità di fare le scelte corrette, per tutelare la nostra salute e quella dei nostri cari.

Questa consapevolezza deve essere il motore del cambiamento. Il punto di partenza è identificare quali abitudini ormai consolidate siano scorrette e darsi delle "regole" quotidiane.

Le ricerche condotte in questo ambito hanno dimostrato che le strategie di prevenzione primaria funzionano meglio nelle donne.

2.1. PRINCIPI BASE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE

Che la dieta mediterranea sia un patrimonio - oltre che dell'Umanità (Unesco, 2010) - del nostro benessere, è un dato largamente condiviso dalla comunità scientifica e numerosi sono gli studi scientifici che l'hanno associata a un rischio più basso di sviluppare gravi patologie croniche come ipertensione arteriosa e altre malattie cardiovascolari, dislipidemie, diabete, obesità e tumori, in particolare del colon-retto e della mammella.

Ecco alcune semplici indicazioni:

1. Consumare frutta e verdura, tutti i giorni, più volte al giorno, in abbondanza: sono preziosa fonte di vitamine, minerali e sostanze antiossidanti.



- 2. Privilegiare cereali integrali (più ricchi in fibre) e legumi.**
- 3. Alternare nella dieta carne, pesce, uova, privilegiando pesce (almeno due volte alla settimana) e carni magre.**
- 4. Limitare il consumo di grassi saturi (come burro, panna, insaccati ...), privilegiando quelli insaturi (olio extravergine di oliva).**
- 5. Limitare il consumo di sale (meno di 5 g/die), preferendo quello iodato. Attenzione non solo a quello che si aggiunge alle pietanze ma anche quello “nascosto” negli alimenti, in particolare in salumi e insaccati, formaggi, prodotti confezionati, cibi in scatola, salse, comuni prodotti da forno.**
- 6. Limitare il consumo di dolci, di preparazioni e bibite industriali.**
- 7. Preferire modalità di cottura semplici e salutari, come al vapore o al forno.**
- 8. Meglio evitare gli alcolici. Nel caso di consumo, si raccomanda di non superare le dosi raccomandate di 2 bicchieri/die per gli uomini e 1 per le donne.**

Laddove vi siano problemi di sovrappeso, è sempre opportuno rivolgersi ad un medico nutrizionista per la definizione di un programma dietetico personalizzato a basso contenuto calorico.



2.2. UN AIUTO DAGLI INTEGRATORI

Il loro utilizzo deve essere sempre discusso e concordato con il proprio medico, per una **valutazione personalizzata** nell'ottica di una corretta ponderazione benefici/rischi. Altro aspetto fondamentale è che la loro efficacia non prescinde dall'adozione di corretti stili di vita (alimentazione + attività fisica).

L'impiego è raccomandato come prima linea nel trattamento di **pazienti** ipercolesterolemici a **basso/moderato rischio cardiovascolare** che non necessitano di terapia farmacologica.

Sono disponibili sul mercato diverse formulazioni. È importante scegliere integratori scientificamente documentati e prodotti con elevati standard qualitativi per una protezione cardiovascolare più efficace e sicura.

Quelli di **nuova generazione** sono in grado di agire non solo sul metabolismo lipidico, ma anche sul profilo glucidico del paziente e, soprattutto, sui meccanismi patogenetici di diversi fattori di rischio, ottenendo così un effetto più completo per la prevenzione cardiovascolare dei soggetti a rischio lieve o moderato.

Tra i componenti più innovativi risultano la *Berberina*, il *lievito rosso* (entrambi efficaci nel controllo del profilo lipidico, in particolare colesterolemia e trigliceridemia) e il *gelso bianco* o *Morus Alba* (che oltre ad agire sul controllo della glicemia, esercita attività antidislipidemica, antinfiammatoria e di protezione vascolare).



2.3. ATTIVITÀ FISICA PER UN CUORE IN SALUTE

L'esercizio fisico produce un effetto straordinariamente benefico, modificando il metabolismo degli zuccheri, la distribuzione del tessuto adiposo e la sensibilità all'insulina e favorendo il controllo di glicemia e pressione arteriosa. Inoltre, migliora il tono dell'umore e riduce i livelli di stress psico-fisico.

È fondamentale che l'attività fisica venga praticata **regolarmente**.

Moltiplicare nel corso della giornata le occasioni di movimento e camminare mezz'ora al giorno a passo veloce sono buone abitudini per contrastare la sedentarietà.

Le linee guida dell'OMS raccomandano per la donna almeno 150 minuti/settimana di attività fisica moderata o almeno 75 minuti/settimana di attività vigorosa. Come per l'alimentazione, la definizione di programmi personalizzati sarebbe un efficace aiuto nell'ottimizzarne i benefici in termini di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e di molte altre patologie croniche.



2.4. BUONE ABITUDINI CHE FANNO LA DIFFERENZA

→ Stop fumo!

Il fumo di sigaretta rappresenta uno dei killer più potenti per l'apparato cardiovascolare femminile.

Negli ultimi anni, la prevalenza di tale abitudine è in continuo aumento nelle donne su cui esercita, come già anticipato, un effetto negativo ben più grave rispetto a quanto accade negli uomini. L' "effetto anti-estrogenico" esercitato dalle componenti inalatorie del fumo potrebbe giustificare la stimolazione di una menopausa precoce nelle donne fumatrici e favorire i processi di aterosclerosi.

→ Corretta igiene del sonno

Il sonno contribuisce in modo significativo al benessere psico-fisico: oltre a rendere più attivi e performanti, a sincronizzare al meglio i parametri vitali essenziali e la ciclicità dei delicati bioritmi ormonali, concorre a stabilizzare il tono dell'umore, allentare le tensioni, **ridurre i livelli di ansia e stress**, noti nemici della salute cardiovascolare.

→ Controllo dei parametri indicatori di rischio cardiovascolare

La misurazione della **pressione arteriosa**, servizio disponibile gratuitamente nelle farmacie, è semplice e immediata. I valori di pressione sono una spia importantissima della salute cardiovascolare.

Altri parametri utili nella determinazione del rischio cardiovascolare e da tenere monitorati nel tempo sono la **glicemia** e il **profilo lipidico (colesterolo totale, colesterolo HDL e LDL, trigliceridi)**.

→ Controllo del peso corporeo e della circonferenza addominale

La tendenza all'accumulo di grasso addominale si acuisce nelle donne tipicamente dopo i 50 anni con redistribuzione del tessuto adiposo da localizzazione più periferica a centrale. La quantità di tessuto adiposo addominale è un valido indicatore del rischio di MCV e dismetaboliche (diabete tipo 2). Ecco perché è importante, oltre al controllo del peso corporeo, la misurazione della circonferenza addominale.

Per le donne **valori di girovita ≥ 80 cm** sono associati a un **rischio "aumentato"** di complicanze cardiovascolari e metaboliche; per valori **≥ 88 cm** tale rischio risulta **"molto aumentato"**.

→ Vita di relazione e interessi

Gli hobby, le relazioni affettive e sociali, le occasioni di svago e di arricchimento culturale sono una preziosa risorsa in tutte le fasi della vita e contribuiscono al benessere psico-emotivo, oltre a mantenere attivi cuore e cervello.



Testi a cura di

Nicoletta Orthmann

Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

Si ringrazia per la supervisione scientifica

Maria Grazia Modena

AOU Policlinico di Modena - UNIMORE

Graphic Design

scarduellidesign.it





Con il supporto
non condizionante di

EG[®]



STADA GROUP