

Nodi ed intrecci di una rete:

evidenze scientifiche ed esperienze a confronto



Hotel La Principina
Grosseto, 30 novembre/1 dicembre 2018



Medicina di genere e rischio cardiovascolare

Dott.ssa Paola Pasqualini
U.O. Cardiologia - AZ. USL Toscana Sud Est



- La Dott.ssa Paola Pasqualini, dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi da:
- Menarini
- Boehringer Ingelheim
- Daiichi Sankyo





ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD

The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD).

Authors/Task Force Members: Lars Rydén* (ESC Chairperson) (Sweden), Peter J. Grant* (EASD Chairperson) (UK), Stefan D. Anker (Germany), Christian Berne (Sweden), Francesco Cosentino (Italy), Nicolas Danchin (France), Christi Deaton (UK), Javier Escaned (Spain), Hans-Peter Hammes (Germany), Heikki Huikuri (Finland), Michel Marre (France), Nikolaus Marx (Germany), Linda Mellbin (Sweden), Jan Ostergren (Sweden), Carlo Patrono (Italy), Petar Seferovic (Serbia), Miguel Sousa Uva (Portugal), Marja-Riita Taskinen (Finland), Michal Tendera (Poland), Jaakko Tuomilehto (Finland), Paul Valensi (France), Jose Luis Zamorano (Spain)

Downloaded from <https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/34/30/3035/1000000>

anno 2030

552 milioni persone nel mondo soffriranno di diabete



Medicina di genere

Scienza che studia l'influenza
del **Sesso** (accezione biologica)
e del **genere** (accezione sociale)
sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e clinica
di tutte le malattie per giungere a decisioni
terapeutiche specifiche per l'uomo
e per la donna.



Cosa **NON** e' la MdG

- La medicina degli apparati riproduttivi
- Un *genere* di medicina (complementare o non convenzionale)
- Una medicina per medici generici
- Un genere di medicina per popolazioni fragili (anziani, migranti e donne)
- Salute della donna
- Nulla a che vedere con la “**teoria gender**” che si riferisce in modo critico agli studi di genere: coloro che fanno uso di questa espressione sostengono che gli studi di genere nasconderebbero un progetto predefinito mirante alla distruzione della famiglia e della società



Medicina di Genere

Uomini e donne pur essendo soggetti alle medesime patologie presentano significative differenze riguardo:

- Insorgenza
- Incidenza
- Progressione
- Risposta ai trattamenti
- Prognosi

Lo stato di salute o malattia può essere influenzato non solo da aspetti sanitari legati al sesso ma anche da fattori socio-economici e culturali



Istituto Superiore di Sanità e Medicina di Genere



Centro di Riferimento per la Medicina di Genere

Attività

- Promozione di attività educazionali e formative
- Valutazione dei differenti approcci di prevenzione (nutrizione, stili di vita, valutazione del rischio) nei due sessi
- Identificazione di biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi genere-specifici
- Valutazione delle differenze di genere nella risposta alla terapia
- Studio dei meccanismi patogenetici di malattie caratterizzate da differenze di genere
- Contributo alla creazione di Linee Guida e raccomandazioni genere-specifiche
- Raccolta dati e analisi epidemiologiche sull'evoluzione delle malattie, sulla morbilità e mortalità della popolazione in un'ottica di genere



The New England Journal of Medicine

©Copyright, 1991, by the Massachusetts Medical Society

Volume 325

JULY 25, 1991

Number 4

DIFFERENCES IN THE USE OF PROCEDURES BETWEEN WOMEN AND MEN HOSPITALIZED FOR CORONARY HEART DISEASE

**In a profession dominated by men,
symptoms of women are taken less
seriously and are judged as well as
managed aggressively than complaints of
male patients.**

Results. The adjusted odds of undergoing angiography were 28 percent and 15 percent higher for men than for women in Massachusetts and Maryland, respectively (95 percent confidence intervals for the odds ratios, 1.22 to 1.35 and 1.08 to 1.22). The respective adjusted odds of

of care for men and women, but it is also possible that they reflect underuse in women or overuse in men. Further study should assess the cause of these differences and their effect on patients' outcomes. (N Engl J Med 1991; 325:221-5.)

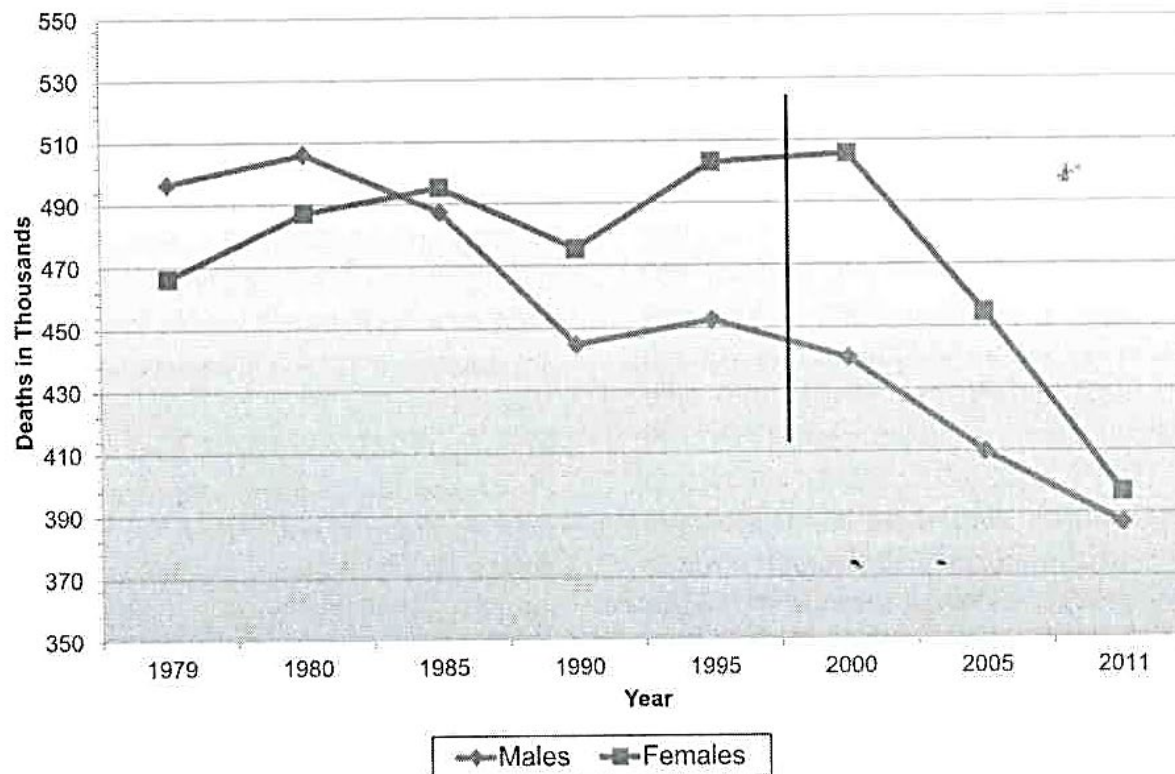


Acute Myocardial Infarction in Women

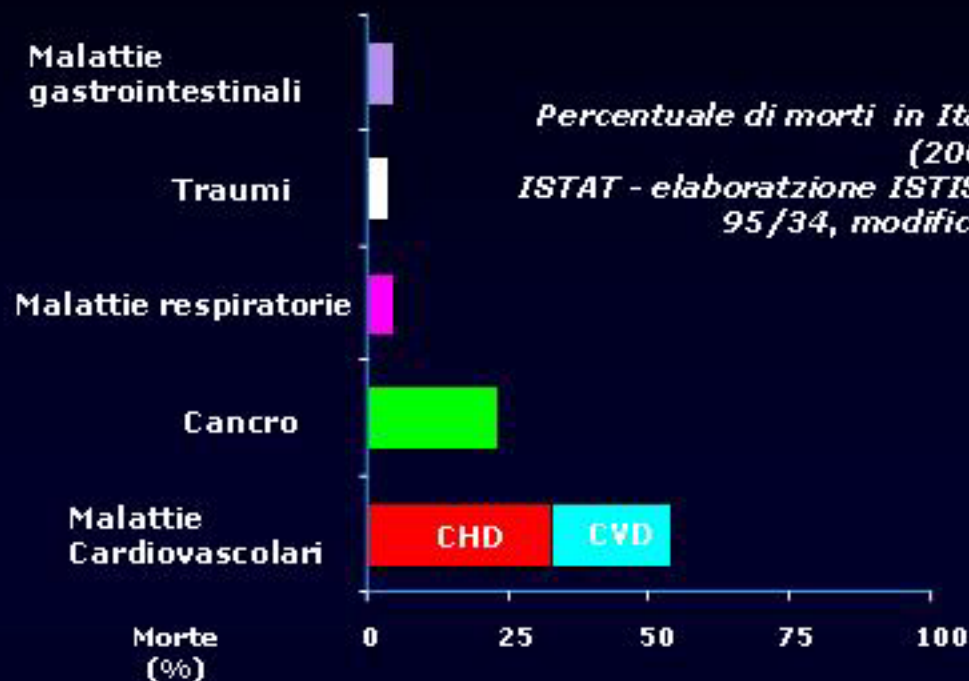
A Scientific Statement From the American Heart Association

Circulation

February 23, 2016



Cause di morte della donna in Italia



Le malattie Cardiovascolari
Rimangono la prima causa
Morte nella popolazione
femminile in Italia

Nella popolazione femminile il trend
Non pare in diminuzione come
osservabile negli uomini

**Decessi per malattia ischemica del cuore
(CIM 410 - 414), Italia
1980-2002**

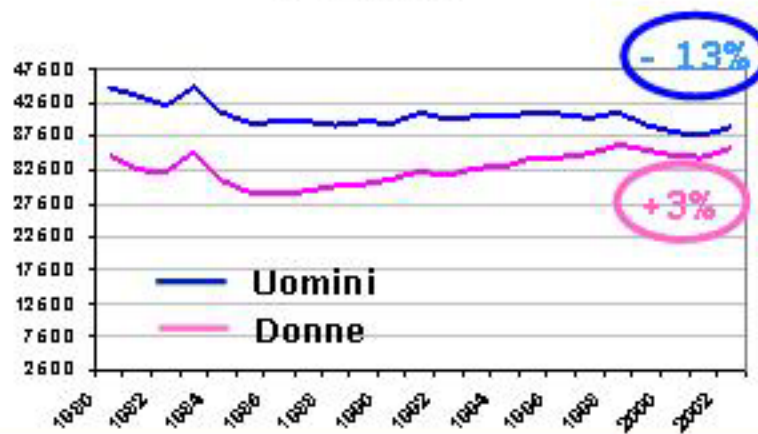


Tabella 2.4

Numero dei decessi osservati, tassi di mortalità grezzi (TG) e standardizzati (TSD; popolazione standard europea) per 100.000 abitanti e relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%) nelle donne toscane nel 2008-2010 per grandi gruppi di cause di decesso

Causa di morte	Osservati	TG	TSD	IC95%
Malattie infettive	713	12,3	4,3	3,9 – 4,6
Tumori	15.894	275,1	123,3	121,0-125,5
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	337	5,8	1,8	1,6 – 2,0
Malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	2.752	47,6	14,7	14,0 – 15,3
Disturbi psichici	2.145	37,1	9,5	9,0 – 9,9
Malattie del sistema nervoso	3.157	54,6	17,0	16,3 – 17,7
Malattie dell'apparato circolatorio	27.942	483,7	129,6	127,9 – 131,3
Malattie dell'apparato respiratorio	3.981	68,9	19,4	18,7 – 20,0
Malattie dell'apparato digerente	2.619	45,3	15,2	14,5 – 15,8
Malattie della pelle e del sottocutaneo	90	1,6	0,4	0,3 – 0,5
Malattie osteomuscolari e del connettivo	669	11,6	3,6	3,3 – 4,0
Malattie dell'apparato genito-urinario	1.114	19,3	5,6	5,2 – 6,0
Complicanze della gravidanza, parto, e puerperio	1	0,0	0,0	0,0 – 0,1
Condizioni morbose di origine perinatale	83	1,4	2,8	2,2 – 3,4
Malformazioni congenite	89	1,5	1,7	1,3 – 2,1
Stati morbosi mal definiti	1.357	23,5	6,2	5,8 – 6,6
Cause accidentali	2.082	36,0	14,3	13,5 – 15,2
Cause non recuperate	76	1,3	0,5	0,4 – 0,7
Tutte le cause	65.101	1126,9	369,8	366,4 – 373,2

Sebbene ci sia una crescente consapevolezza nel sesso femminile che la cardiopatia ischemica rappresenti la principale causa di morte, solo una piccola percentuale di donne è convinta che le malattie del cuore e l'ictus costituiscano il più grosso rischio per la propria salute

Tale alterata percezione della realtà rappresenta uno dei più importanti ostacoli alla riduzione del rischio cardiovascolare tra le donne



le ♀ sviluppano più frequentemente UA/NSTEMI;
l'angina, quando presente, è più severa
($\geq$ CCS III)

le ♀ hanno spesso una EF migliore dei ♂,
ma più facilmente sviluppano HF,
con prognosi peggiore

le ♀ hanno una minore prevalenza di malattia
multivasale e dei grossi vasi



le ♀ sviluppano malattia coronarica con un ritardo di
circa 10 anni rispetto ai ♂

le ♀ sviluppano malattia coronarica quando hanno
maggiori comorbidità
(ipertensione, diabete, dislipidemia, s.metabolica...)

i sintomi clinici sono atipici.

i sintomi sono sottostimati dalle donne stesse, con
conseguente ritardo di accesso in PS.



WISE Study, Circ. 2006

Jacobs AK et al., Circ Cardiovasc Int, 2009

Jneid H et al., Circ, 2008

PREMESSA

Lo sviluppo di strategie di prevenzione moderne ed efficaci, basate sull'implementazione dei corretti stili di vita e su interventi farmacologici consolidati dalle evidenze, si propone oggi come lo strumento principale per sconfiggere le malattie cardiovascolari, per garantire una migliore qualità di vita nell'età avanzata e per assicurare la sostenibilità socio-economica futura del nostro Sistema Sanitario Nazionale.



AHA Guideline

Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update

A Guideline From the American Heart Association

EXECUTIVE WRITING COMMITTEE

Lori Mosca, MD, MPH, PhD, FAHA, Chair; Emelia J. Benjamin, MD, ScM, FAHA; Kathy Berra, MSN, NP; Judy L. Bezanson, DSN, CNS, RN; Rowena J. Dolor, MD, MHS; Donald M. Lloyd-Jones, MD, ScM; L. Kristin Newby, MD, MHS; Ileana L. Piña, MD, MPH, FAHA; Véronique L. Roger, MD, MPH; Leslee J. Shaw, PhD; Dong Zhao, MD, PhD

EXPERT PANEL MEMBERS

Theresa M. Beckie, PhD; Cheryl Bushnell, MD, MHS, FAHA; Jeanine D'Armiento, MD, PhD; Penny M. Kris-Etherton, PhD, RD; Jing Fang, MD, MS; Theodore G. Ganiats, MD; Antoinette S. Gomes, MD; Clarisa R. Gracia, MD, MSCE; Constance K. Haan, MD, MS; Elizabeth A. Jackson, MD, MPH; Debra R. Judelson, MD; Ellie Kelepouris, MD, FAHA; Carl J. Lavie, MD; Anne Moore, APRN; Nancy A. Nussmeier, MD, FAHA; Elizabeth Ofili, MD, MPH; Suzanne Oparil, MD, FAHA; Pamela Ouyang, MBBS; Vivian W. Pinn, MD; Katherine Sherif, MD; Sidney C. Smith, Jr, MD, FAHA; George Sopko, MD, MPH; Nisha Chandra-Strobos, MD; Elaine M. Urbina, MD, MS; Viola Vaccarino, MD, PhD, FAHA; Nanette K. Wenger, MD, MACC, MACP, FAHA

The executive writing committee and expert panel members represent the following participating organizations and major cosponsors: the American Heart Association (L.M., E.J.B., K.B., J.L.B., R.J.D., D.M.L.-J., L.K.N., I.L.P., V.L.R., L.J.S., D.Z., T.M.B., C.B., J.D., P.M.K.-E., A.S.G., E.K., C.J.L., N.A.N., S.O., P.O., N.C.-S., E.M.U., V.V., N.K.W.), Centers for Disease Control and Prevention (J.F.), American Academy of Family Physicians (T.G.G.), American College of Obstetricians and Gynecologists (C.R.G.), Society of Thoracic Surgeons (C.K.H.), American College of Cardiology (E.A.J.), American Medical Women's Association (D.R.J.), National Association of Nurse Practitioners in Women's Health (A.M.), Association of Black Cardiologists (E.O.), National Institutes of Health Office of Research on Women's Health (V.W.P.), American College of Physicians† (K.S.), World Heart Federation (S.C.S.), and National Heart, Lung, and Blood Institute (G.S.).*

The following American Heart Association councils were also cosponsors: Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Basic Cardiovascular Sciences; Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; Council for High Blood Pressure Research; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism; Council on Peripheral Vascular Disease; Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology; and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research.

This report has been endorsed by the American Academy of Physician Assistants; American Association for Clinical Chemistry; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; American College of Chest Physicians; American Diabetes Association; American Society for Preventive Cardiology; American Society of Echocardiography; American Society of Nuclear Cardiology; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; Department of Health and Human Services Office on Women's Health; Hartford Institute for Geriatric Nursing; HealthyWomen; The Mended Hearts, Inc.; National Black Nurses Association; The National Coalition for Women with Heart Disease; North American Menopause Society; Preeclampsia Foundation; Preventive Cardiovascular Nurses Association; Society for Vascular Medicine and Biology; Society for Women's Health Research; Women in Thoracic Surgery; and WomenHeart.

Ideal cardiovascular health (all of these)



Total cholesterol <200 mg/dL (untreated)

BP $<120/<80$ mm Hg (untreated)

Fasting blood glucose <100 mg/dL (untreated)

Body mass index <25 kg/m²

Abstinence from smoking

Physical activity at goal for adults >20 y of age:
 ≥ 150 min/wk moderate intensity, ≥ 75
min/wk vigorous intensity, or combination

Healthy (DASH-like) diet (see Appendix)



Table 2. Classification of CVD Risk in Women

Risk Status	Criteria
High risk (≥ 1 high-risk states)	Clinically manifest CHD Clinically manifest cerebrovascular disease Clinically manifest peripheral arterial disease Abdominal aortic aneurysm End-stage or chronic kidney disease Diabetes mellitus 10-y Predicted CVD risk $\geq 10\%$



At risk (≥ 1 major
risk factor[s])

Cigarette smoking

SBP ≥ 120 mm Hg, DBP ≥ 80 mm Hg, or treated
hypertension

Total cholesterol ≥ 200 mg/dL, HDL-C < 50
mg/dL, or treated for dyslipidemia

Obesity, particularly central adiposity

Poor diet

Physical inactivity

Family history of premature CVD occurring in
first-degree relatives in men < 55 y of age or
in women < 65 y of age

Metabolic syndrome

Evidence of advanced subclinical atherosclerosis
(eg, coronary calcification, carotid plaque, or
thickened IMT)

Poor exercise capacity on treadmill test and/or
abnormal heart rate recovery after stopping
exercise

Systemic autoimmune collagen-vascular disease
(eg, lupus or rheumatoid arthritis)

History of preeclampsia, gestational **diabetes** or
pregnancy-induced hypertension





Delibera firmata digitalmente

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 828 DEL 12/10/2017

Il Direttore Generale, Dott. Enrico Desideri
su proposta della struttura aziendale
U.O.C. Promozione ed Etica della Salute

adotta la seguente deliberazione:

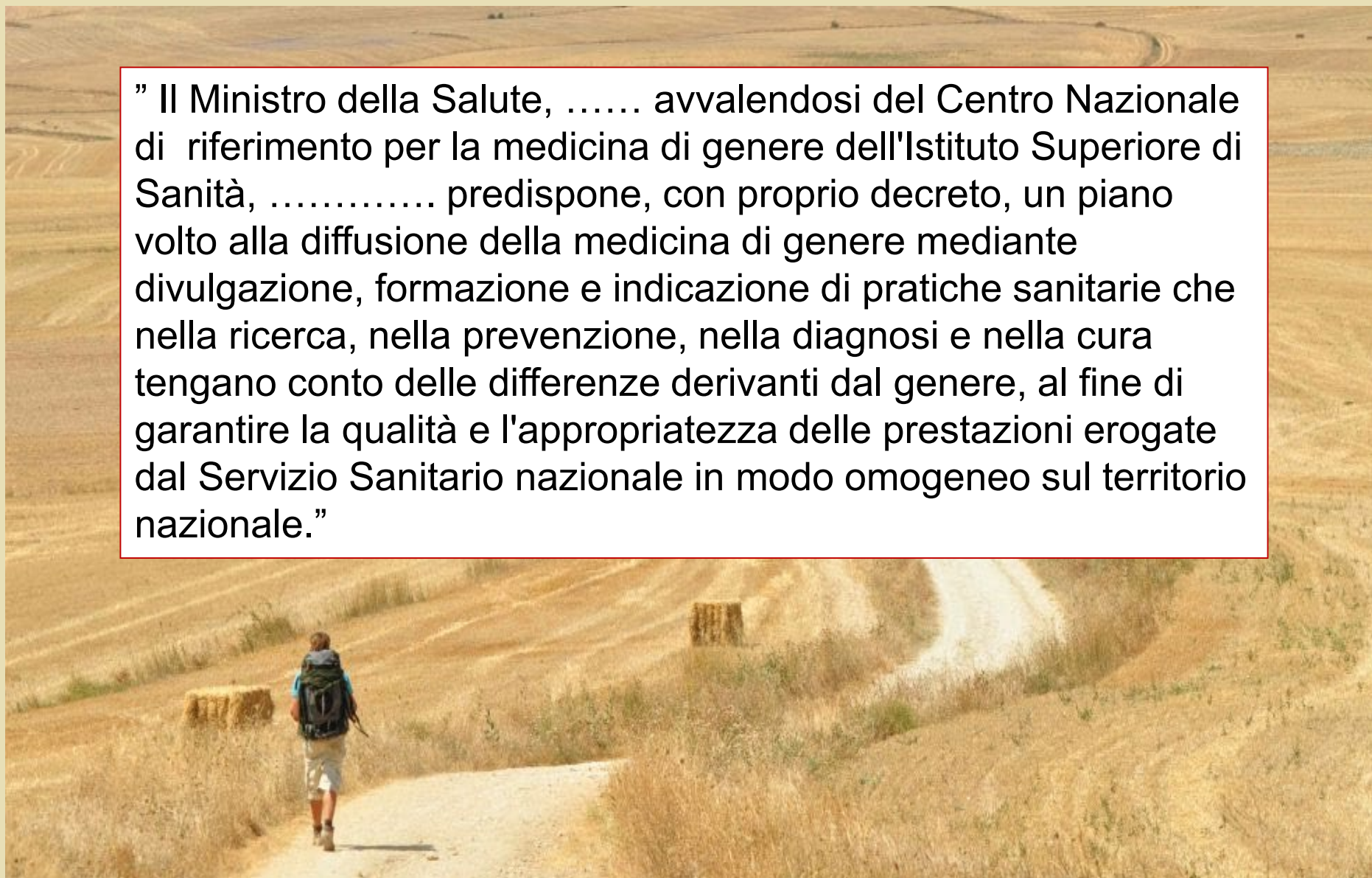
OGGETTO: *Progetto pilota attivazione ambulatorio salute e medicina di genere*

Responsabile della struttura proponente: Doretta Vittoria

DAL 1991 a..... OGGI

legge n°3 del 11 gennaio 2018, che con l'art. 3 stabilisce:

” Il Ministro della Salute, avvalendosi del Centro Nazionale di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità, predispone, con proprio decreto, 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.”



AMBULATORIO di SALUTE e MEDICINA di GENERE

Operatori coinvolti

- Cardiologo
- Ginecologo-Ostetrico.
- Diabetologo
- Nutrizionista
- Psichiatra
- Andrologo
- Infermiere



AMBULATORIO di SALUTE e MEDICINA di GENERE

Prima Visita

Anamnesi

- familiare
- personale
- patologica
- gravidanze

Esame obiettivo

PA / ECG

Altezza /Peso/BMI

Prelievo ematico

Somministrazione questionari di screening



AMBULATORIO di SALUTE e MEDICINA di GENERE

Seconda visita

- a quindici giorni dalla prima visita
- presenza di un equipe multidisciplinare e un infermiere che valuta in base ai risultati il rischio e il percorso successivo



FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE



- fumo
- ipertensione arteriosa
- diabete mellito
- obesità
- dilipidemia
- sindrome metabolica

Glicemia > 100 mg/dl e < 126 mg/dl

Pressione Arteriosa > 130/85 mmHg

Circonferenza vita > 88 cm

Trigliceridi > 150 mg/dl

Colesterolo HDL < 40 mg/dl

disfunzione erettile



dal 3 Aprile 2017

39 donne ed 1 uomo

fasce di età:

- < 45: 2,5%
- 45-50: 15%
- 51-55: 50%
- 56-60: 17%
- >60 : 15 %.



Ipertensione arteriosa	55%
Ipertensione arteriosa non nota	24%
Sovrappeso	10%
Obesità	52%
Circonferenza vita ≥ 88	55%
Dislipidemia non nota o non trattata	45%
Fumo	12%
Rischio diabete:	40%
Diabete gestazionale:	5%
ipert. in gravidanza:	5%
Rischio cardio-vascolare:	7.5%
Rilievo di stato depressivo:	52%
Malattie auto-immuni in anamnesi:	30%
Malattie ginecologiche:	2,5%
Inviati a percorsi definiti (per ipertensione, per diabete, per s. depressiva o disturbi del comportamento alimentare)	55%



urologo

ginecologa




PROGRAMMA
PREVENZIONE E SALUTE DONNA

AMBULATORIO
MEDICINA DI GENERE




SEDE OPERATIVA GROSSETO
 via Cimabue, 109
 58100 Grosseto
 centralino: 0564 485111



Iniziativa promossa da

 Presidio Ospedaliero Misericordia

 Centro di Coordinamento
 Salute e Medicina di Genere
 Area Territoriale Grosseto





**La differenza c'è,
ma va vista**

