



Sintesi del Primo Simposio altoatesino sulla salute femminile e la medicina di genere

Focus sulle malattie cardiovascolari
“Il cuore delle donne, un battito diverso?”

Bolzano, 19 ottobre 2007

1° SIMPOSIO ALTOATESINO

sulla salute femminile e la medicina di genere

Focus sulle malattie cardiovascolari



INDICE

- 1 Saluto di apertura, *Richard Theiner*
- 2 Le donne non sono dei piccoli uomini, *Martina Ladurner*
- 3 Che cos'è la medicina di genere e perché ne abbiamo bisogno?,
Vera Regitz-Zagrosek
- 4 Le opportunità e i limiti di una relazione sanitaria sensibile
alle differenze di genere, *Cornelia Lange*
- 5 La medicina di genere dal punto di vista cardiovascolare,
Meinhard Fliri
- 6 Carcinoma mammario e medicina di genere. Dalla diagnosi
a un programma per la salute della donna, *Sonia Prader*
- 7 La violenza alle donne: un'emergenza sanitaria.
Esperienza di un medico di base, *Margherita De Marchi*
- 8 La salute riproduttiva e gli screening oncologici nelle donne
immigrate da paesi in via di sviluppo, *Elisabetta Cescatti*
- 9 Il ruolo della medicina e della politica nella lotta all'obesità,
al diabete e alle patologie cardiocircolatorie nella popolazione
maschile e femminile, *Petra-Maria Schumm-Draeger*
- 10 Le differenze di genere nella fibrillazione atriale e nell'ictus,
Marco Stramba-Badiale
- 11 La gravidanza e le patologie cardiocircolatorie successive,
Herbert Heidegger
- 12 Il ruolo dello stress psicosociale nelle malattie cardiovascolari.
Esistono delle differenze?, *Vera Regitz-Zagrosek, Friederike Kendel*



Amт für Ausbildung des
Gesundheitspersonals

Ufficio formazione
personale sanitario



Biblioteca Medica Virtuale
Virtuelle Medizinische Bibliothek

www.bmv.bz.it • www.vmb.bz.it

Il convegno è stato organizzato dall'Assessorato della sanità della Provincia autonoma di Bolzano,
Ufficio formazione personale sanitario ed Ufficio ospedali.

Referente: Dott. Brigitte Hofer, brigitte.hofer@provincia.bz.it, tel. 0471/411613, Corso Libertà 23, 39100 Bolzano

Il programma completo ed ulteriori informazioni su: www.provincia.bz.it/formazione-sanita, oppure www.bmv.bz.it

Si ringraziano le relatrici e i relatori per il prezioso contributo alla riuscita del convegno.

Questa brochure è stata curata da Il Pensiero Scientifico Editore.

Stampata a Roma nel mese di Dicembre 2007 dalle Arti Grafiche Tris srl



Saluto di apertura

■ *Richard Theiner*

ASSESSORE ALLA SANITÀ E ALLE POLITICHE SOCIALI
DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
RICHARD.THEINER@PROVINZ.BZ.IT

Questa iniziativa rappresenta un momento importante del programma altoatesino per la salute femminile. Ogni anno verrà affrontato un nuovo tema di attualità che sarà trattato con grande attenzione e verrà discusso con esperti ed esperte, per elaborare proposte per un'assistenza sanitaria ancora migliore per la nostra popolazione.

Per quanto riguarda il focus di questo simposio: “solo gli uomini subiscono un infarto cardiaco”. Questa errata convinzione si è radicata nella mente di molte persone. La realtà invece è: le donne, oggi, soffrono più frequentemente degli uomini di malattie cardiocircolatorie. L'infarto cardiaco acuto negli uomini è complessivamente più frequente e si verifica più precocemente che nelle donne, tuttavia i risultati di uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mostrano, a livello europeo, che: l'infarto cardiaco tra gli uomini è in diminuzione, invece il rischio di infarto, soprattutto tra le donne tra i 25 e i 55 anni, è chiaramente aumentato. In caso di infarto le possibilità di sopravvivenza delle donne sono di gran lunga inferiori. È importante sapere che l'infarto, nelle donne, si presenta diversamente che negli uomini.

Nonostante tutti i discorsi sulla prevenzione, gli sforzi maggiori, oggi come nel passato, vengono indirizzati alla medicina “di riparazione”. La prevenzione occupa una parte molto ristretta: una sproporzione davvero drammatica. Prevenzione e promozione della salute sono colonne portanti, insieme alla medicina interventistica, la riabilitazione e l'assistenza.

Non dobbiamo avere alcuna preclusione per l'approccio di genere alla medicina, perché le donne si differenziano dagli uomini sia per la varietà che per il decorso delle malattie.

È nostro compito, sulla base delle conoscenze scientifiche, convincere le persone che gli uomini e le donne sono una fonte inestimabile di informazioni per migliorare la salute di tutte le parti.

Abbiamo bisogno di studi approfonditi per tenere vivo l'interesse per la medicina di genere. È necessario modificare, anche in Alto Adige, i protocolli di ricerca. Non si può partire dal presupposto che si possano interpretare le informazioni raccolte sugli uomini allo stesso modo di quelle sulle donne. Dobbiamo essere aperti a nuove domande che finora non sono state poste.



Le donne non sono dei piccoli uomini

■ *Martina Ladurner*

CONSIGLIERA PROVINCIALE SVP, PRESIDENTE DELLA 4^A COMMISSIONE LEGISLATIVA DEL CONSIGLIO PROVINCIALE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

MARTINA.LADURNER@LANDTAG-BZ.ORG

Tre anni fa, in qualità di Presidente della 4^a Commissione legislativa, ho organizzato un convegno dedicato alla salute della donna e ai centri che si occupano della salute femminile. In quell'occasione abbiamo avuto l'opportunità di ascoltare gli interventi di autorevoli esperte in materia, tra le quali la collaboratrice della prof.ssa Vera Regitz-Zagrosek, dott.ssa Ingrid Fuchs, intervenuta in sua rappresentanza. Nella sua relazione è emersa una frase chiave per me assolutamente decisiva: *le donne non sono piccoli uomini (women are not small men)*.

Per me questa frase descrive tutto il significato della salute femminile e della medicina di genere. È il riconoscimento delle diverse situazioni di vita, delle diverse sfide e oneri, dei diversi stili e condizioni di vita tra donne e uomini.

La salute femminile è oggi uno dei temi della politica sanitaria. La strada per arrivare a questo risultato è stata lunga e la meta non è stata ancora raggiunta: è stato necessario attuare strategie a livello internazionale per ottenere una promozione della salute e un'assistenza sanitaria declinate al femminile, che hanno determinato una migliore comprensione per le esigenze delle donne.

Questo primo Simposio sulla salute femminile e la medicina di genere segna una importante pietra miliare per la politica sanitaria femminile altoatesina.

Mi preme molto che i risultati ottenuti finora dal gruppo di lavoro "Salute delle donne" siano portati avanti e messi in pratica. A questo scopo ci sarà bisogno anche in futuro di un riconoscimento politico per una politica sanitaria femminile.

- Abbiamo bisogno che ci sia una ampia relazione sanitaria altoatesina sulle donne, per attuare strategie e provvedimenti mirati.
- Abbiamo bisogno che sia elaborato un programma sanitario femminile altoatesino, che sia vincolante per il piano sanitario regionale dei prossimi anni.

Sappiamo che per questo sono necessarie risorse e condizioni generali, che diano alla salute delle donne l'attenzione e lo spazio vitale necessari.

Mi auguro pertanto che questa prima iniziativa sia un grande successo per la questione della salute delle donne altoatesine. Deve risvegliare entusiasmo, interesse, impegno, e deve mostrare la necessità di confrontarsi sempre più a fondo con le diversità della salute delle donne e degli uomini. Con questa piccola grande differenza può giocarsi una vita!



Che cos'è la medicina di genere e perché ne abbiamo bisogno?

■ Vera Regitz-Zagrosek

CENTRO RICERCHE DI MEDICINA DI GENERE (GIM) E CENTRO RICERCHE DI MEDICINA CARDIOVASCOLARE (CCR), POLICLINICO CHARITÉ AND GERMAN HEART INSTITUTE, BERLINO

VERA.REGITZ-ZAGROSEK@CHARITE.DE

Negli USA sono stati fondati anni fa i primi centri per la salute delle donne che si sono occupati in modo specifico di malattie delle donne non limitandosi a quelle degli organi specifici del sesso femminile. Hanno analizzato aspetti tipicamente femminili dell'infarto cardiaco, della depressione, delle malattie infettive o delle malattie reumatiche, solo per fare alcuni esempi. Da questi primi studi si è sviluppata in alcuni centri in Europa e negli Usa la ricerca di genere nella medicina. Il suo obiettivo è arrivare al trattamento migliore possibile per uomini e donne, tenendo conto delle peculiarità di genere.

Alcune malattie vengono ancora ritenute tipicamente maschili, come per esempio la patologie renali, il morbo di Bechterew o la patologia coronarica cardiaca precoce; altre vengono classificate come tipicamente femminili, come la depressione, le malattie autoimmuni, il morbo di Alzheimer o l'osteoporosi. Questa schematizzazione ha come conseguenza che spesso la depressione, per esempio, negli uomini venga sottovalutata, e che malattie ritenute tipicamente maschili, come un infarto cardiaco o il morbo di Bechterew, vengano ignorate per anni nelle donne. Intanto, nelle società occidentali, si rilevano più infarti cardiaci tra le donne che tra gli uomini, e tuttavia nei manuali vengono riportati i sintomi e i decorsi tipici degli uomini. Effettivamente le donne da giovani hanno un fattore protettivo contro le malattie cardiocircolatorie, d'altro canto fattori di rischio come diabete, stress psicosociale o mancanza di movimento hanno un effetto maggiore sulle donne rispetto agli uomini.

Si riscontrano aspettative specifiche determinate dal genere anche nel comportamento dei medici, che diagnosticano e trattano in modo peggiore le donne con malattie cardiocircolatorie rispetto agli uomini di età e profilo di rischio paragonabili. La qualità dell'assistenza dimostra molto chiaramente quanto riferito. A ciò va aggiunto che farmaci importanti hanno effetti collaterali diversi in uomini e donne, e di solito si rilevano maggiori effetti collaterali nelle donne. La causa di questo può essere il fatto che i farmaci vengono sviluppati focalizzando la ricerca sui soggetti di sesso maschile. Può contribuire a questo stato di cose anche la dominanza maschile nella sanità e nelle posizioni direttive.

In conclusione, possono trarre beneficio sia gli uomini sia le donne da una medicina sensibile alle differenze di genere.



Le opportunità e i limiti di una relazione sanitaria sensibile alle differenze di genere

■ *Cornelia Lange*

RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DEL SISTEMA SANITARIO PRESSO L'ISTITUTO ROBERT KOCH, BERLINO

LANGEC@RKI.DE

La relazione sanitaria ha l'obiettivo di fornire descrizioni e analisi, esaurienti e fondate su dati rappresentativi, su tutti i settori del sistema sanitario. Di solito è destinata a esponenti delle politiche sanitarie, delle istituzioni e ai cittadini e alle cittadine interessati. La relazione sanitaria costituisce la base per decisioni basate sulle evidenze in sanità, per esempio attraverso l'identificazione di particolari esigenze nel campo della prevenzione oppure di carenze nell'assistenza. In questo modo possono essere identificati trend e si può valutare il successo dei provvedimenti attuati.

Tenendo in considerazione le diverse condizioni di salute di donne e uomini, una relazione sanitaria sensibile alle differenze di genere offre la possibilità di scoprire esigenze specifiche di prevenzione per donne e uomini e individuare nuove possibilità di prevenzione; individuare "punti ciechi" relativamente a salute e malattia, assistenza e prevenzione di donne e uomini; identificare casi di assistenza carente, eccessiva o sbagliata per uomini e donne, contribuendo così al miglioramento della qualità della prevenzione e dell'assistenza.

La premessa per una relazione sanitaria sensibile alle differenze di genere è la presenza di dati rappresentativi, affidabili, validi e differenziati per genere su temi rilevanti per la salute, sulla condizione sociale, le condizioni di vita. Questi dati vanno valutati e interpretati tenendo presenti le problematiche inerenti al genere e alla salute, considerando fattori biologici, problemi metodologici (bias di genere), esperienze, forme di socializzazione corporea, condizioni di vita e di lavoro specifiche del genere.

Una relazione sanitaria sensibile alle differenze di genere può essere limitata dai seguenti fattori: i dati non sono differenziati per genere; nei dati mancano informazioni sulle condizioni sociali e di vita; è possibile trarre conclusioni solo ai macrolivelli. È quindi necessario costruire una base di conoscenze tenendo in considerazione sia la dimensione del sesso, sia la dimensione del genere.



La medicina di genere dal punto di vista cardiovascolare

■ *Meinhard Fliri*

INTERNISTA, CARDIOLOGO, COMPRESORIO SANITARIO DI BRESSANONE

MEINHARD.FLIRI@SB-BRIXEN.IT

Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte nei paesi industrializzati. Questo sia per gli uomini, sia per le donne, ma per queste ultime si rilevano, dopo la menopausa, morbilità e mortalità da eventi coronarici superiori. Le patologie cardiache coronariche, e in particolare l'infarto cardiaco, contribuiscono in maniera rilevante alla morbilità e mortalità da eventi cardiovascolari. Per quanto riguarda la patologia cardiaca coronarica, oggi nella letteratura è a disposizione una quantità crescente di dati, che mostra quanto segue: le donne presentano una tipologia di rischio coronarico diversa da quella degli uomini, hanno spesso manifestazioni cliniche diverse dagli uomini, che spesso non vengono riconosciute nel corso degli esami classici per la diagnosi di ischemia, e pertanto non ricevono una diagnosi corretta e non vengono trattate e seguite in modo appropriato.

In caso di dolori acuti al torace, vengono ricoverate in ritardo, ricevono la prima diagnosi in ritardo, vengono sottoposte più raramente a esami strumentali e a interventi di by-pass. Sono più frequentemente soggette a complicazioni durante cateterismo cardiaco e ricevono più raramente trattamenti farmacologici basati sulle evidenze. Questi fattori determinano nelle donne una morbilità e una mortalità cardiovascolari superiori rispetto agli uomini. Le donne, infine, sono coinvolte nelle ricerche in percentuali sensibilmente inferiori rispetto agli uomini, anche se il trasferimento dei risultati scientifici dagli uomini alle donne, a una attenta analisi, ha portato risultati contraddittori.



Carcinoma mammario e medicina di genere. Dalla diagnosi a un programma per la salute della donna

■ *Sonia Prader*

REPARTO DI GINECOLOGIA DEL COMPRESORIO SANITARIO DI BRESSANONE

SONIA.PRADER@SB-BRIXEN.IT

In Alto Adige si ammala di carcinoma alla mammella una donna su dieci (9,7%) e questa patologia, dopo le malattie cardiocircolatorie, è la seconda causa più frequente di morte. Secondo la relazione sanitaria di genere, in Alto Adige nel 2005 sono morte per carcinoma mammario 215 donne, contro 385 casi di donne morte per malattie cardiocircolatorie. Già da queste cifre possiamo vedere che il rapporto tra queste due cause di morte è quasi di 2:1, e tuttavia ci sono molte più persone che temono di morire di cancro piuttosto che di malattie cardiocircolatorie (Haidinger et al., 1998).

Il cancro al seno non deve essere motivo di rassegnazione, ma di diagnosi precoce, terapia appropriata e vita attiva con attenzione consapevole alla salute.

Se si vuole guardare all'assistenza sanitaria dalla prospettiva della medicina di genere, si verifica che sono stati rilevati e pubblicati pochissimi dati specifici per genere. Se si è interessati ai dati specifici per le donne, allora il carcinoma mammario è indicato per molteplici motivi:

- Il cancro al seno si verifica quasi esclusivamente nelle donne (nel periodo 1998-2002: 1369 casi di cancro alla mammella tra le donne e 6 casi tra gli uomini. Fonte: Registro Tumori Alto Adige).
- Si tratta di un numero di pazienti limitato e circoscritto che, nell'epoca della telemedicina e di internet, è ben analizzabile.
- Si possono riconoscere comportamenti specifici delle donne nella partecipazione a programmi di screening, prevenzione, campagne educative e di informazione.
- La farmacocinetica e la farmacodinamica dei farmaci, gli effetti collaterali, i sintomi, così come i risultati della terapia possono essere ben indagati ed eventualmente confrontati con i dati relativi ai tumori negli uomini che più dipendono dagli ormoni.
- A partire dal quadro patologico del cancro al seno si possono rilevare possibilità e problemi specifici delle donne dal punto di vista sociale ed economico.

La creazione di reti di strutture, insieme a un costante miglioramento della qualità e al confronto dei dati, ha determinato un successo crescente a livello internazionale nel trattamento del carcinoma mammario. Applicare le esperienze acquisite anche ad altre patologie può rappresentare il primo passo per una osservazione specifica per genere dei punti forti e dei punti deboli di tutte le malattie. Questo inoltre può portare a un programma generale per la salute femminile.



La violenza alle donne: un'emergenza sanitaria. Esperienza di un medico di base

■ *Margherita De Marchi*

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PRESIDENTE DEL CENTRO ANTIVIOLENZA
BELLUNO-DONNA

EMMEDIEMME56@ALICE.IT

Nel 2000-2001 ho partecipato alla realizzazione di una ricerca inerente la violenza alle donne su un ampio campione di pazienti degli ambulatori dei MMG di un comune del territorio bellunese. I dati della ricerca hanno mostrato come la violenza, in tutte le sue forme (psicologica, fisica, sessuale, economica) colpisca con incidenza drammatica anche le donne bellunesi.

Generalmente i medici sono poco disponibili a occuparsi di questa realtà, considerandola prevalentemente un problema sociale e culturale, ma professionalmente non di loro competenza.

In realtà la violenza contro le donne è anche un gravissimo problema medico, in quanto causa importante di malattia e pesa sulla società con dei costi elevatissimi.

Infatti la donna che subisce violenza (soprattutto se cronica) si ammala di più, utilizza 3 volte di più i servizi sociosanitari, assume di più psicofarmaci, perde più giorni di lavoro, va incontro ad invalidità permanente per gli esiti delle violenze.

Gli effetti della violenza sulla salute delle donne vanno dalle conseguenze psicologiche e comportamentali (depressione e ansia, disturbi dell'alimentazione e del sonno, fobie, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi psico-somatici, bassa auto-stima, tentativi di suicidio, abuso di alcool, farmaci e altre sostanze, fumo, comportamenti sessuali non protetti) a quelle fisiche (decesso, contusioni, ematomi, danni oculari, rottura timpano, fratture, ferite da taglio, bruciate, trauma cranico, lesioni addominali e toraciche, dolore cronico, fibromialgia, disturbi gastrointestinali, disabilità) a quelle sulla vita sessuale e riproduttiva (gravidezze indesiderate, aborto, parto pre-termine, basso peso del nascituro, infezioni a trasmissione sessuale, infertilità, infezioni urinarie, disturbi della sfera sessuale).

Di fronte a questi segni e sintomi ogni medico, per fare una diagnosi corretta e impostare se necessario una terapia idonea, deve chiedersi se la sua paziente ha subito violenza.

Il passo successivo è chiedere direttamente alla paziente se ha subito violenza: si può e si deve fare, anche di routine nel corso della semplice anamnesi.

Di fronte a un caso di violenza il medico, in quanto Pubblico ufficiale, ha degli obblighi di legge: la denuncia (nei casi perseguibili d'ufficio) e il referto; quest'ultimo deve essere compilato correttamente, essendo spesso per la donna un documento essenziale nel percorso di uscita dalla violenza.



La salute riproduttiva e gli screening oncologici nelle donne immigrate da paesi in via di sviluppo

■ *Elisabetta Cescatti*

UNITÀ OPERATIVA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA,

OSPEDALE REGIONALE S. CHIARA, TRENTO

ELISABETTA.CESCATTI@APSS.TN.IT

Il confronto fra la popolazione femminile italiana e quella straniera che ha partorito in Provincia di Trento dal 1997 al 2005 consente di individuare alcune differenze demografiche principali: le madri straniere sono più giovani, più frequentemente coniugate, in condizione di casalinghe ed hanno un grado di istruzione inferiore rispetto alle madri italiane. Il tasso di fecondità delle donne straniere è risultato quasi doppio rispetto a quello delle donne italiane; questo significa che le donne straniere mediamente mettono al mondo un figlio in più delle italiane. Il numero di visite ostetriche, di ecografie, di esami invasivi prenatali effettuati dalle donne straniere è risultato inferiore rispetto a quello delle donne italiane, mentre i parametri perinatali nelle due popolazioni sono risultati quasi sovrapponibili. Le donne straniere partoriscono più frequentemente delle donne italiane mediante parto spontaneo, anche se i tagli cesarei sono aumentati anche tra le donne straniere. Alla dimissione l'allattamento materno completo è più diffuso fra le donne straniere.

L'analisi dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) indica che il tasso di abortività in Provincia di Trento è quattro volte maggiore fra le straniere. Inoltre, il fenomeno dell'IVG ripetuta è più diffuso tra le donne provenienti dai paesi dell'Est-Europa e dell'Africa sub-equatoriale.

L'incidenza del cervicocarcinoma è molto alta nelle popolazioni dei paesi in via di sviluppo, dove si riscontrano tassi da 2 a 5 volte superiori a quelli della popolazione italiana. Per il tumore della mammella, invece, le donne immigrate presentano solitamente un rischio più basso delle donne italiane. In generale, si osserva che la migrazione modifica il grado di rischio per il tumore della mammella. Negli anni futuri, quando le giovani immigrate giunte negli anni '80 e '90 raggiungeranno l'età modale di rischio per cancro della mammella, avranno un rischio più elevato che nei loro paesi di origine, ma comunque più basso di quello delle italiane, vista la netta diminuzione e la posticipazione della parità.

È rilevante affrontare il problema della partecipazione delle donne straniere provenienti da paesi in via di sviluppo a programmi di prevenzione secondaria e diagnostica precoce.



Il ruolo della medicina e della politica nella lotta all'obesità, al diabete e alle patologie cardiocircolatorie nella popolazione maschile e femminile

■ *Petra-Maria Schumm-Draeger*

CLINICA DI ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E ALLERGOLOGIA,

CLINICA BOGENHAUSEN, MONACO DI BAVIERA

PETRA-MARIA.SCHUMM-DRAEGER@KH-BOGENHAUSEN.DE

Sovrappeso e adiposità, soprattutto quella addominale, sono i precursori della cosiddetta “sindrome metabolica” e sono strettamente collegati con la l'insorgenza del diabete mellito. C'è quindi un rapporto particolarmente stretto tra adiposità e rischio di diabete.

Desti un particolare allarme il fatto che le donne non solo hanno un rischio maggiore di sviluppare un diabete di tipo II, ma hanno anche un rischio significativamente superiore di avere malattie cardiocircolatorie in concomitanza con adiposità, sindrome metabolica e diabete di tipo II.

Come mostrano i dati attualmente disponibili, le donne con sindrome metabolica, più precisamente diabete di tipo II, hanno:

- a prescindere dalla menopausa, un rischio da 4 a 6 volte superiore di sviluppare una malattia cardiovascolare (negli uomini l'aumento è solo da 2 a 3 volte);
- una prognosi peggiore e un rischio superiore di mortalità dopo aver subito un infarto miocardico o a causa di altre malattie cardiocircolatorie e sono trattate in modo meno aggressivo degli uomini;
- un rischio superiore di ipertensione arteriosa;
- un disturbo del metabolismo dei grassi “più pericoloso”, con colesterolo HDL basso, trigliceridi elevati come anche componenti significativamente più dannose del colesterolo LDL;
- un decorso più sfavorevole dei processi infiammatori per quanto riguarda l'insorgenza di complicazioni cardiovascolari, che porta a disfunzioni endoteliali e malattie cardiovascolari;
- per quanto riguarda la fisiologia della riproduzione, un rischio superiore di sviluppare una sindrome metabolica o diabete di tipo II in caso di diabete gestazionale o di sindrome dell'ovaio policistico.

Nella prevenzione, diagnosi e trattamento di donne con sovrappeso, adiposità, sindrome metabolica e diabete di tipo II, è di importanza fondamentale tenere conto delle differenze di genere, in particolare per quanto riguarda la generale costellazione del rischio e il decorso della malattia, e avviare una consulenza e un trattamento che tengano conto di tutti i fattori di rischio.



Le differenze di genere nella fibrillazione atriale e nell'ictus

■ *Marco Stramba-Badiale*

DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA RIABILITATIVA,

IRCCS ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO, MILANO

STRAMBA_BADIALE@AUXOLOGICO.IT

L'ictus è ancora una delle principali cause di morte sia negli uomini sia nelle donne. Tuttavia, mentre tra gli uomini l'ictus è responsabile, in Europa, dell'11% dei decessi, rappresentando la terza causa di morte, nelle donne è responsabile del 18% dei decessi, rappresentando la seconda causa di morte. Il cancro alla mammella, che viene percepito come una delle principali minacce per la vita delle donne, è in realtà responsabile del 3% dei decessi. Tuttavia, a causa dell'invecchiamento della popolazione, l'incidenza dell'ictus in Italia negli ultimi 10 anni è in aumento. Gli effetti dell'ictus sulla gravità del deficit neurologico e sul grado di disabilità negli uomini e nelle donne sono stati valutati nei pazienti ricoverati dopo un evento cerebrovascolare acuto. Le donne presentavano un maggior deficit neurologico e un maggior grado di disabilità alla dimissione. A un anno dall'evento acuto un maggior numero di uomini rispetto alle donne era completamente indipendente, mentre una disabilità grave o la morte erano più frequenti nelle donne. Queste differenze legate al sesso sono solo parzialmente dovute alla maggiore età delle donne al momento dell'ictus, dato che persistono anche in nei pazienti di età superiore a 75 anni.

L'ictus è di origine cardioembolica nel 26% degli uomini ma ben nel 36% delle donne. Dato che questo tipo di ictus provoca di solito un danno neurologico più esteso, si può in parte spiegare il maggior grado di disabilità conseguente all'ictus nel sesso femminile. La causa principale dell'ictus cardioembolico è la fibrillazione atriale, un'aritmia che fra i pazienti con eventi cerebrovascolari acuti si riscontra più frequentemente nelle donne che negli uomini. È stato infatti dimostrato che le donne con fibrillazione atriale hanno una più elevata incidenza di ictus rispetto agli uomini. Sebbene la terapia anticoagulante orale sia in grado di ridurre il rischio di ictus in entrambi i sessi, una minore percentuale di donne con fibrillazione atriale, rispetto agli uomini, riceve un'adeguata terapia antitrombotica prima dell'occorrenza di un evento cerebrovascolare acuto.



La gravidanza e le patologie cardiocircolatorie successive

■ *Herbert Heidegger*

PRIMARIO DI GINECOLOGIA DEL COMPRESORIO SANITARIO DI MERANO

HERBERT.HEIDEGGER@ASBMERANO.IT

Il concetto del “fetal programming” rappresenta un mutamento di paradigma nelle ipotesi sull’origine delle malattie: patologie fetali, come il ritardo della crescita, non vengono cancellate con il parto, ma interagiscono con il corredo genetico, con le influenze dell’ambiente dopo il parto e con il comportamento dell’individuo, e possono essere la causa di diverse malattie nella vita adulta.

Le condizioni della madre durante la gravidanza influenzano dunque la salute del nascituro: alle condizioni prenatali non solo sembrano essere associate patologie cardiocircolatorie, ma anche patologie endocrine e metaboliche, il carcinoma della mammella, disturbi psichici, malattie autoimmuni.

Alla luce di quanto esposto, diventa ancora più importante, di quanto non fosse già, che gli specialisti in ostetricia e ginecologia forniscano alle gestanti l’opportuna consulenza per una sana condotta di vita durante la gravidanza, che diano loro assistenza e assicurino gli interventi terapeutici necessari.



Il ruolo dello stress psicosociale nelle malattie cardiovascolari. Esistono delle differenze?

■ Vera Regitz-Zagrosek, Friederike Kendel

CENTRO RICERCHE DI MEDICINA DI GENERE (GIM) E CENTRO RICERCHE DI MEDICINA CARDIOVASCOLARE (CCR), POLICLINICO CHARITÈ AND GERMAN HEART INSTITUTE, BERLINO

VERA.REGITZ-ZAGROSEK@CHARITE.DE

Lo stress psicosociale ha effetti diversi su uomini e donne. È stato dimostrato che nelle donne lo stress familiare ha un ruolo decisivo nei casi di re-infarto dopo infarto del miocardio. Nel grande studio “Interheart” è stato dimostrato che lo stress psicosociale ha un effetto superiore nelle donne che negli uomini. Cause di stress sono depressione e paura, mancanza di sostegno sociale, pressioni dovute a condizioni di lavoro insoddisfacenti, oppure *life events* come la vedovanza, che le donne vivono più di frequente. Il verificarsi di uno qualsiasi di questi fattori, come per esempio la depressione, va di pari passo con un aumento misurabile delle patologie cardiache. Lo stress emotivo nelle donne gioca un ruolo superiore sull’insorgenza di infarti cardiaci. Recentemente è stata descritta una cardiomiopatia indotta da stress che colpisce al 90% le donne. Presso il Deutsches Herzzentrum è stato condotto uno studio prospettico in cui sono stati valutati la qualità di vita e i fattori di stress in donne e uomini prima di un intervento di bypass aortocoronarico e poi due mesi e un anno dopo l’intervento. In questo studio è stata registrata nelle donne una mortalità notevolmente superiore che negli uomini. La qualità di vita nelle donne, prima dell’intervento, era nettamente inferiore a quella degli uomini e a quella di donne senza patologie coronariche cardiache. Le donne presentavano una depressione più forte dopo l’operazione, sia a breve che a lungo termine. Questa si accompagnava a una peggiore autovalutazione della funzionalità fisica. Una analisi in cui sono stati indagati i rapporti tra depressione e limitazioni della funzionalità fisica, dimostra che la dinamica causa-effetto parte sempre dalla depressione e va nella direzione della limitazione della funzionalità fisica. Per questo, il trattamento della depressione, in particolare nelle donne, ha un ruolo decisivo nella riduzione di complicazioni dopo interventi di bypass aortocoronarico.