

PREVENZIONE DELL'INFARTO DEL MIOCARDIO NELLA DONNA



GRUPPO DI LAVORO SIPREC

Comitato scientifico

Maria Grazia Modena
*Direttore UO Cardiologia
e Dipartimento Emergenza
Urgenza, Policlinico di Modena*

Massimo Volpe
*Scuola di Specializzazione
in Cardiologia, Università
'Sapienza', Università di Roma,
II Facoltà di Medicina
e Chirurgia,
Ospedale Sant'Andrea, Cattedra
di Cardiologia, Roma*

Comitato di esperti componenti la task force

Fabio Bellotto, Massimo Chiariello, Lauro Cortigiani, Francesco Cosentino, Stefano Del Prato, Claudio Ferri, Enzo Manzato, Carlo Maria Rotella, Antonio Tiengo, Bruno Trimarco, Diego Vanuzzo, Paolo Verdecchia, Annibale Volpe, Roberto Volpe, Augusto Zaninelli

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 1947 ha definito la salute come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale"; di conseguenza nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato, si può rilevare lo stato di 'malattia'. In quest'ottica la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione medica, politica e sociale. Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri, e poi di quelli propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute. Peraltro, vivendo più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all'interno della famiglia nell'assicurare l'appropriatezza delle cure per il partner e per i figli.

Si stima che le malattie cardiache e l'ictus cerebrale rappresentino la principale causa di mortalità e invalidità nel mondo occidentale nelle donne. Complessivamente esse uccidono più di 500.000 donne americane all'anno, pari al 41,3% delle morti complessive tra il sesso femminile, 3 volte più di tutti i tipi di tumore messi assieme. In Italia le donne che ogni anno muoiono per malattie cardiovascolari (MCV) sono circa 120.000. Le differenze Nord-Sud nella mortalità per cardiopatia ischemica nelle donne hanno fatto registrare una maggiore mortalità al Nord nel 1970, ridottasi gradualmente fino a raggiungere valori più alti registrati al Centro-Sud negli anni 2000.

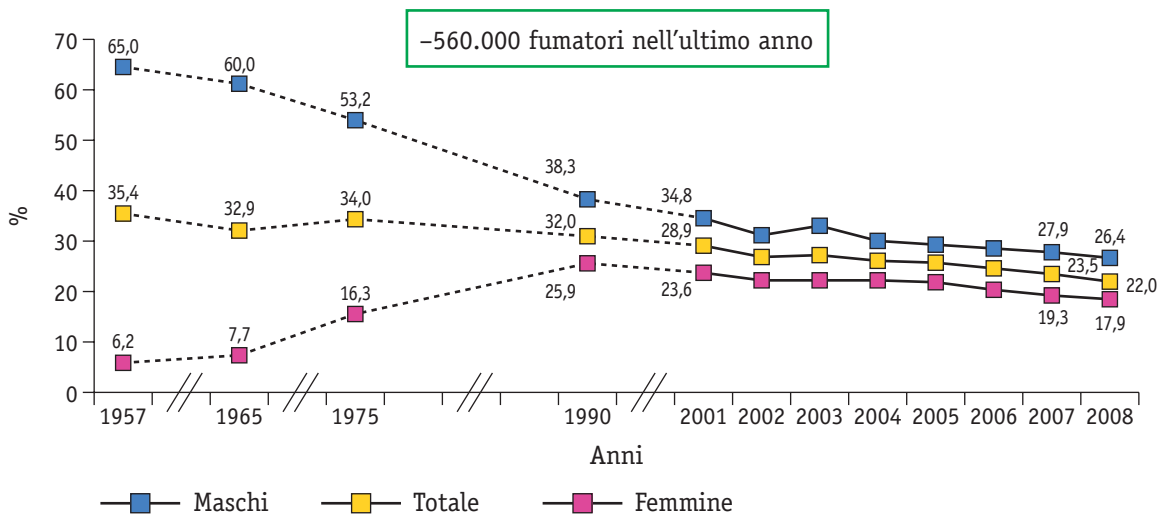
Nonostante tali evidenze, le MCV sono considerate ancora tipiche del sesso maschile, tanto da ritenere che il maggior fattore di rischio cardiovascolare nella donna (definito anche il "paradosso femminile") sia la sua mancata consapevolezza di essere a rischio come o più dell'uomo. Per molti anni, infatti, lo studio della malattia coronarica e dei suoi fattori di rischio ha interessato prevalentemente gli uomini, data la maggiore frequenza della malattia in età media,

la comparsa in età più giovane rispetto alla donna e l'elevata letalità. Solo recentemente si è progressivamente consolidata una presa di coscienza scientifica e clinica delle peculiarità della cardiopatia ischemica nella donna.

È noto l'effetto dei fattori di rischio classici, dell'età e della menopausa sulla predisposizione alle MCV nella donna. Ancora dibattuto è il ruolo di nuovi marcatori come l'ipertrofia ventricolare sinistra, il diabete gestazionale o il numero di gravidanze come fattori da inserire nella pratica clinica nella valutazione del rischio.

Per quel che riguarda i classici fattori di rischio, dati recenti riportano che le donne in Italia presentano nel 49% ipertensione, nel 35% ipercolesterolemia, nel 24% ipertrigliceridemia. Inoltre il 30% è obeso, il 40% in sovrappeso, il 35% presenta sindrome metabolica, il 48% è sedentario, e il 14% è fumatrice attiva (Figura 1). Un ruolo importante nella predisposizione alle MCV nella donna è svolto da diabete e ipertensione. Si stima che il numero totale di donne affette da diabete tipo 2 sia più alto del 10% rispetto agli uomini. Nel diabete il profilo di rischio cardiovascolare appare peggiore nel genere femminile. Il diabete sembra annullare la protezione genere-specifica della pre-menopausa nei confronti degli eventi coronarici, tanto che le donne diabetiche hanno un rischio più elevato di mortalità coronarica rispetto a quello delle donne non diabetiche, con precedente infarto acuto del miocardio (IMA) (Figura 2). Oltre che lo stile di vita inadeguato, anche gli stessi ormoni sessuali giocano un ruolo nella patogenesi del diabete nella donna: elevati livelli di testosterone sembrano aumentare il rischio di diabete, mentre gli estrogeni sembrano avere effetto protettivo. Particolare attenzione deve essere posta alle donne con pregresso diabete gestazionale (2-4% delle gravidanze), che presentano un aumentato rischio di sviluppare diabete tipo 2 (20-60%), un peggior profilo cardiovascolare e una più elevata incidenza di eventi cardiovascolari. Per migliorare la prevenzione cardiovascolare nelle donne sarebbe auspicabile effettuare un adeguato screening (mediante OGTT) e un'effica-

Figura 1. Prevalenza dei fumatori secondo le indagini DOXA, anni 1957-2008



ce prevenzione del diabete oltre che delle sue complicanze macrovascolari.

L'ipertensione arteriosa nella donna non viene considerata come un semplice fattore di rischio, ma come un equivalente di patologia coronarica subclinica, in quanto indicatore della disfunzione endoteliale alla base delle modifiche fisiopatologiche predisponenti ad IMA. Una terapia eziologica basata sull'acquisizione di uno stile di vita più salutare e sulla riduzione dello stress ossidativo vascolare mediante farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina appare, al momento, una strategia efficace per la

prevenzione dell'IMA anche nel sesso femminile. Forme specifiche di ipertensione nella donna, come l'ipertensione gravidica e l'eclampsia (10% delle gravidanze), sono associate ad un rischio di MCV futura nella donna tra 2 e 8 volte superiore, e richiedono pertanto attente misure di valutazione, terapia e prevenzione secondaria. Infine la sindrome metabolica è associata a rischio 5 volte maggiore di diabete e 3 volte maggiore di morte cardiovascolare secondaria ad infarto o ictus. Più del 50% delle donne sopra i 60 anni presenta sindrome metabolica. La riduzione dei livelli di estrogeni in menopausa contribuisce infatti allo sviluppo di obesità viscerale, dislipidemia, insulino-resistenza e intolleranza glucidica, ipertensione, iperattività simpatica, stato proinfiammatorio. L'obesità viscerale è la condizione responsabile della relazione fisiopatologica esistente tra insulino-resistenza e sindrome metabolica nel sesso femminile (Figura 3).

La differente morbilità-mortalità femminile viene osservata non solo nell'ambito specifico della cardiopatia ischemica, ma in un più vasto ambito di morbilità cardiovascolare e sistemica, dalla quale non è possibile scindere e dissociare la cardiopatia ischemica stessa. Vi sono malattie che sono uniche della sfera femminile, altre più prevalenti ed altre, infine, che si manifestano in modo diverso nei due generi e che rendono il profilo delle comorbilità peculiare rispetto a quello maschile. Sono più fre-

Figura 2. Rischio di mortalità coronarica in uomini e donne con o senza diabete mellito o pregresso infarto acuto del miocardio

Le donne diabetiche sembrano presentare un rischio di mortalità coronarica superiore a quello delle donne non diabetiche con precedente infarto acuto del miocardio (IMA).

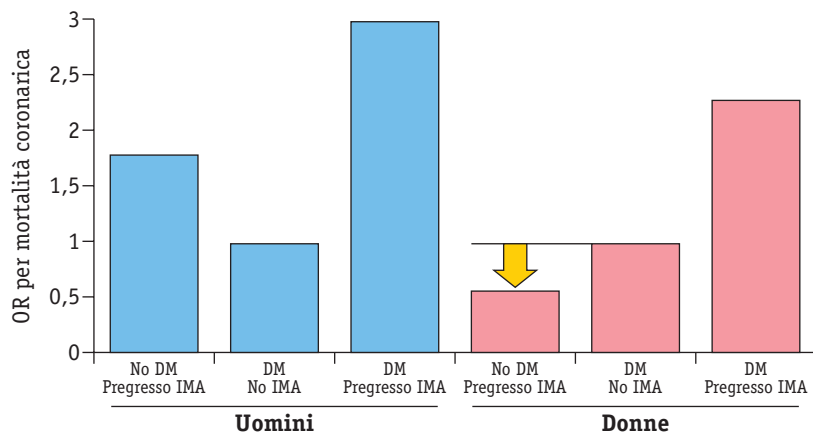
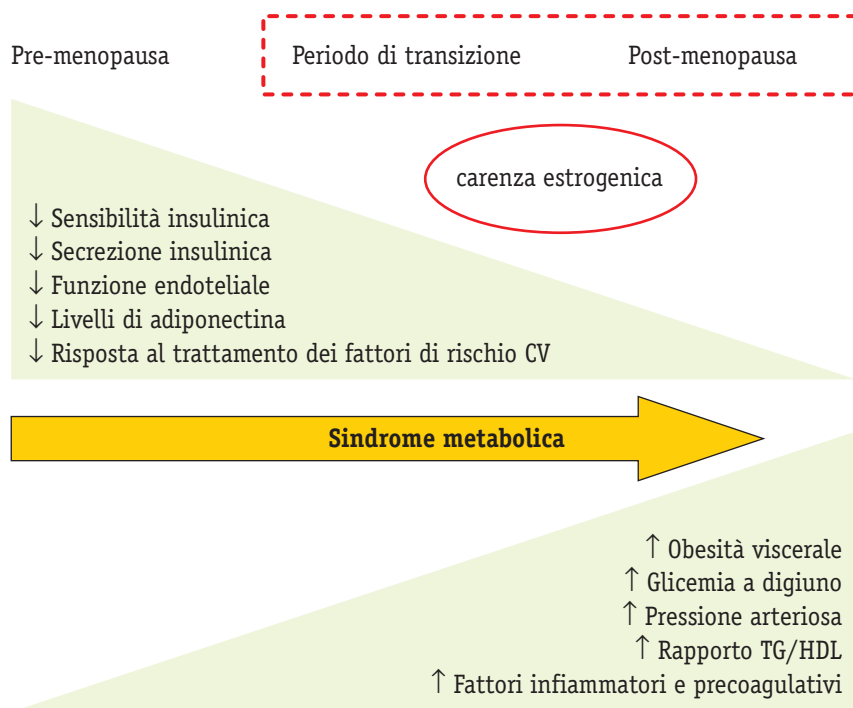


Figura 3. Relazione fisiopatologica tra insulino-resistenza, obesità viscerale e sindrome metabolica in età pre- e post-menopausa



quenti infatti nel genere femminile le malattie autoimmuni, la patologia tiroidea, le malattie reumatologiche, le malattie scheletriche quali l'osteoporosi, le malattie neurodegenerative. Le malattie autoimmuni sembrano associate ad un incrementato rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare, verosimilmente in ragione dello stato infiammatorio sottostante, della non rara trombofilia concomitante, della scarsa attenzione per patologie diverse dalla principale e, infine, per il frequente uso di farmaci che possono favorire l'insorgenza di eventi cardiovascolari.

Quindi da una parte le 'fisiologiche' modificazioni ormonali che si instaurano in menopausa riducono la 'protezione' presente in età fertile nei confronti della cardiopatia ischemica, dall'altra specifiche disendocrinopatie, quali il morbo di Cushing e l'ipotiroidismo, più frequenti nel genere femminile, pongono la donna che ne è affetta a maggior rischio di IMA. Il corretto trattamento di ipercortisolismo, dei distiroidismi e dei deficit di ormoni gonadici e ipofisari costituisce pertanto un'importante azione preventiva.

Tutte queste condizioni condividono peraltro un *pabulum* infiammatorio comune oltre che il comune deficit di un unico ormone, l'estrogeno. Il deficit estrogenico perimenopausale può causare sintomi e vere patologie che solo un'attenta terapia sostitutiva (HRT), insieme ad uno stile di vita sano, possono correggere. Nonostante il presupposto fisiopatologico, attualmente la HRT può essere indicata (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice, 2008) per il sollievo dei sintomi vasomotori della menopausa precoce, in donne in buona salute cardiovascolare e a basso rischio di eventi cardiaci avversi alla dose efficace più bassa possibile, per la minor durata di tempo possibile e con una rivalutazione continua di indicazione su base periodica.

La cardiopatia ischemica conclamata poi presenta peculiarità tipiche del sesso femminile, per cui si parla di '*gender difference*': l'insorgenza più tardiva della malattia e la ridotta efficacia dei meccanismi di preconditionamento ischemico determinano però anche una più elevata mortalità correlata all'evento acuto soprattutto in età giovanile e possono rappresentare i cosiddetti '*gender bias*'. Esistono infatti sindromi coronariche praticamente sconosciute o rare nel sesso maschile. La dissecazione spontanea delle coronarie, delle carotidi e di altri vasi arteriosi rientra in questa categoria. Devono essere riconosciute poiché il loro trattamento non è quello utilizzato convenzionalmente.

Va ancora segnalato che se il numero totale di morti per coronaropatia è superiore nel sesso maschile, l'angina è invece più frequente in quello femminile. La presenza di dolore ricorrente, soprattutto se refrattario alla terapia antianginosa, anche in assenza di coronaropatia aterosclerotica, non è un fenomeno 'benigno' nella donna: se presente, è infatti associato ad un rischio doppio di infarto miocardico ed ictus.

Anche la diagnosi di cardiopatia ischemica nella donna risulta maggiormente complessa. L'accuratezza diagnostica del test ergometrico (con o senza SPECT) è inferiore nel sesso femminile rispetto a quello maschile. La scarsa accuratezza di questi test è legata ad una bassa specificità ($\approx 60\%$) e sensibilità ($\approx 70\%$). Se il test ergo-


**ALIMENTI CON UN BUON CONTENUTO IN CALCIO
E RIDOTTO IN GRASSI**

Alimenti	Contenuto per 100 g di alimento mg di calcio	g di grassi
Cereali		
Panini al latte	130	8,7
Crusca di frumento	110	5,5
Pane di segale	80	1,7
Cornflakes	74	0,8
Legumi		
Ceci	142	6,3
Fagioli	135	2
Fave	90	3
Pesci		
Alici	148	2,6
Calamari	144	1,7
Polpo	144	1
Sugarello	125	3
Gamberi	110	0,6
Cozze	88	2,7
Marmora	69	1,9
Latte e yogurt		
Latte di capra	141	4,8
Latte di mucca scremato	125	0,2
Yogurt	125	3,8
Latte di mucca intero	119	3,6
Formaggi		
Ricotta di mucca	295	10,9
Ricotta di pecora	166	11,5
Verdure e ortaggi		
Rughetta	309	0,3
Foglie di rapa	169	0,1
Cicoria	150	0,1
Agretti	131	0,2
Bieta	130	0,2
Radicchio verde	115	0,5
Broccoletti	97	0,3
Cardi	96	0,1
Indivia	93	0,3

metrico viene accompagnato da un esame ecocardiografico, si assiste ad un sostanziale incremento nella probabilità di riconoscere donne con coronaropatia significativa. L'eco-stress consente un'efficace stratificazione del rischio in entrambi i sessi, e la presenza di malattia coronarica ed ischemia all'eco-stress conferisce alle donne una prognosi peggiore rispetto agli uomini. Lo studio della riserva coronarica durante eco-stress fornisce informazioni prognostiche addizionali rispetto all'analisi della sola cinesi. La SPECT (Single-Photon Emission Computer Tomography) consente la visualizzazione della perfusione coronarica globale e regionale nonché dei volumi e della funzione ventricolare. Tale metodologia ha, tuttavia, alcune limitazioni nelle donne. La tomografia computerizzata (CT) consente la quantizzazione del calcio coronarico e la visualizzazione delle stenosi coronariche. Sembra attualmente indicata nelle donne con probabilità intermedia di cardiopatia ischemica, soprattutto in presenza di test provocativi non diagnostici. L'imaging di risonanza magnetica (MRI) consente la valutazione della perfusione subendocardica, così come la valutazione della funzione e della massa ventricolare sinistra e una dettagliata valutazione anatomica del miocardio, dei grossi vasi e del circolo coronarico. Oltre alla migliore risoluzione spaziale e temporale rispetto alle altre metodiche, la MRI nelle donne sembra avere il vantaggio di consentire un'eccellente caratterizzazione dei tessuti molli e la valutazione della compromissione indiretta del microcircolo, condizione che caratterizza l'angina microvascolare.

Data l'eterogeneità e la peculiarità delle MCV nella donna, si può facilmente dedurre che l'approccio in termini di prevenzione e di percorsi diagnostico-terapeutici necessita di conoscenze accurate e che impostare un corretto stile di vita sia forse prioritario nel sesso femminile, per tutte le considerazioni sovraesposte. Da qui l'importanza dell'attività fisica e dell'alimentazione nella donna, basti pensare a quante volte questo aspetto venga citato, dall'età fertile alla gravidanza alla post-menopausa, in questo documento. In particolare per una corretta 'nutritherapia' una dieta ricca di frutta e vegetali, cereali integrali, cibi ricchi di fibre e pesce almeno due volte a settimana. Limitare

SINOSSI DELLE RACCOMANDAZIONI CLINICHE E TERAPEUTICHE NELLA PREVENZIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE DELLA DONNA

INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA

Fumo di sigaretta

Le donne non dovrebbero fumare e dovrebbero evitare il fumo di tabacco. Offrire counselling, sostituti nicotinici ed altra farmacoterapia se appropriata, in associazione con programmi comportamentali o formali di interruzione dell'abitudine al fumo (Classe I, Livello B).

Attività fisica

Le donne dovrebbero eseguire almeno 30 minuti di attività fisica moderato-intensa (cammino a passo sostenuto) nella maggioranza, e preferibilmente, in tutti i giorni della settimana (Classe I, Livello B).

Le donne che necessitano di perdere peso, o mantenere una perdita di peso, dovrebbero eseguire almeno 60-90 minuti di attività fisica moderata (cammino a passo sostenuto) nella maggioranza, e preferibilmente in tutti i giorni della settimana (Classe I, Livello C).

Riabilitazione

Un regime completo di riduzione del rischio, come i programmi di riabilitazione cardiovascolare o dell'ictus con esercizio domiciliare guidato o di gruppo, dovrebbe essere raccomandato a donne con recente sindrome coronarica acuta o intervento coronarico, di nuova insorgenza o cronica, recente evento cerebrovascolare o malattia periferica vascolare (Classe I, Livello A), o sintomi pregressi o attuali di scompenso cardiaco e frazione di eiezione (Classe I, Livello B).

Apporto dietetico

Le donne dovrebbero consumare una dieta ricca di frutta e vegetali; scegliere cereali integrali e cibi ricchi di fibre, consumare pesce a basso contenuto in mercurio, almeno due volte a settimana; limitare l'apporto di colesterolo a 300 mg/die, il consumo di alcol a non più di 1 bevanda/die, e l'apporto di sodio a 2,3 g/die. Limitare il consumo di acidi grassi trans al minimo possibile (1% dell'apporto calorico) (Classe I, Livello B).

Mantenimento/riduzione del peso

Le donne dovrebbero mantenere o perdere peso attraverso un appropriato equilibrio di attività fisica, apporto calorico, e programmi comportamentali formali quando indicati, con l'obiettivo di mantenere/raggiungere un

BMI tra 18,5 e 24,9 kg/m² ed una circonferenza vita di 88 cm (Classe I, Livello B).

Acidi grassi omega-3

Come integrazione della dieta può essere considerata l'assunzione di acidi grassi omega-3 in capsule (1000 mg di calcio eicosapentaenoico -EPA- e docosaesaenoico -DHA) nelle donne con coronaropatia nota, e dosi maggiori (2-4 g) possono essere usate nel trattamento delle donne con alti livelli di trigliceridi (Classe IIb, Livello B).

Depressione

Considerare lo screening per la depressione nelle donne con malattia ischemica nota e riferirle/trattarle ove indicato (Classe IIa, Livello B).

Ipertensione arteriosa: terapia farmacologica

La terapia farmacologica è indicata quando i valori di pressione arteriosa sono 140/90 mmHg o 130/80 mmHg in pazienti con insufficienza renale cronica o diabete mellito. I diuretici tiazidici dovrebbero essere considerati come parte del trattamento farmacologico per molte pazienti a meno che controindicati o in presenza di altre forti indicazioni all'utilizzo di altri agenti in specifiche malattie cardiovascolari. Il trattamento iniziale nelle donne ad alto rischio dovrebbe prediligere betabloccanti e/o ACE-inibitori o sartani, con l'aggiunta di altri farmaci come i diuretici tiazidici, quando necessario per raggiungere l'obiettivo pressorio (Classe I, Livello A).

Lipidi e lipoproteine: livelli ottimali e stile di vita

Il raggiungimento dei seguenti livelli di lipidi e lipoproteine nelle donne dovrebbe essere incoraggiato attraverso l'adozione di stili di vita adeguati: colesterolo LDL 100 mg/dl, colesterolo HDL 50 mg/dl, trigliceridi 150 mg/dl, e colesterolo non HDL (colesterolo totale meno colesterolo HDL) 130 mg/dl (Classe I, Livello B).

Se una donna è ad alto rischio o è ipercolesterolemica, l'apporto di grassi saturi con la dieta dovrebbe essere pari al 7% e l'apporto di colesterolo pari a 200 mg/die (Classe I, Livello B).

Lipidi: terapia farmacologica per la ridu-

zione del colesterolo LDL, donne ad alto rischio

Utilizzare la terapia farmacologica di riduzione del colesterolo LDL contemporaneamente all'adozione di stili di vita corretti per raggiungere un colesterolo LDL pari a 100 mg/dl (Classe I, Livello A) nelle donne con coronaropatia ed in modo simile nelle donne con malattia aterosclerotica non coronarica o diabete mellito o rischio assoluto a 10 anni stimato del 20% (Classe I, Livello B). Il raggiungimento di livelli di colesterolo LDL pari a 70 mg/dl è ragionevole nelle donne a rischio molto elevato con coronaropatia e potrebbe richiedere una terapia farmacologica combinata di riduzione delle LDL (Classe IIa, livello B).

Lipidi: terapia farmacologica per la riduzione del colesterolo LDL, donne a rischio basso-medio

Utilizzare la terapia farmacologica di riduzione del colesterolo LDL se i livelli di colesterolo LDL sono 130 mg/dl dopo adozione di stili di vita adeguati e se sono presenti multipli fattori di rischio ed un rischio assoluto calcolato a 10 anni compreso tra il 10% ed il 20% (Classe I, Livello B).

Utilizzare la terapia farmacologica di riduzione del colesterolo LDL se i livelli di colesterolo LDL sono 160 mg/dl dopo adozione di stili di vita adeguati e in presenza di fattori multipli di rischio ed un rischio assoluto calcolato a 10 anni del 10% (Classe I, Livello B).

Utilizzare la terapia farmacologica di riduzione del colesterolo LDL se i livelli di colesterolo LDL sono 190 mg/dl indipendentemente dalla presenza o assenza di altri fattori di rischio per coronaropatia dopo adozione di stili di vita adeguati (Classe I, Livello B).

Lipidi: terapia farmacologica per colesterolo HDL ridotto o colesterolo non-HDL elevato, donne ad alto rischio

Utilizzare terapia con acido nicotinico o fibrati quando il colesterolo HDL è basso o il colesterolo non-HDL è elevato nelle donne ad alto rischio dopo il raggiungimento dell'obiettivo di colesterolo LDL (Classe IIa, Livello B).

Lipidi: terapia farmacologica per colesterolo HDL ridotto o colesterolo non-HDL elevato, donne a rischio basso-intermedio

Considerare la terapia con acido nicotinico o fibrati quando il colesterolo HDL è basso o

il colesterolo non-HDL è elevato dopo il raggiungimento dell'obiettivo di colesterolo LDL in donne con multipli fattori di rischio ed un rischio assoluto a 10 anni compreso tra il 10% ed il 20% (Classe IIb, Livello B).

Diabete mellito

L'adozione di stili di vita corretti e la terapia farmacologica ipoglicemizzante dovrebbero essere utilizzati come indicato nei pazienti con diabete (Classe I, Livello B) per raggiungere un valore di emoglobina glicata del 7% se questo può essere ottenuto senza significativa ipoglicemia (Classe I, Livello C).

INTERVENTI FARMACOLOGICI PREVENTIVI

Aspirina, donne ad alto rischio

La terapia con aspirina (75-325 mg/die) dovrebbe essere usata nelle donne ad alto rischio, a meno che controindicata (Classe I, Livello A) (utilizzare la terapia antiaggregante con aspirina e clopidogrel in donne con pregresso stenting o by-pass aortocoronarico, secondo le correnti linee guida). Se una donna ad alto rischio è intollerante alla terapia con aspirina, questa dovrebbe essere sostituita con clopidogrel (Classe I, Livello B).

Aspirina, donne a rischio intermedio e basso

Nelle donne di età >65 anni, considerare la terapia con aspirina (81 mg/die o 100 mg/die alterni) se la pressione arteriosa è

controllata e se il beneficio atteso rispetto all'ictus ischemico e alla prevenzione dell'IMA sono verosimilmente superiori al rischio di sanguinamento gastrointestinale ed ictus emorragico (Classe IIa, livello B) e nelle donne di età <65 anni, quando il beneficio della prevenzione dell'ictus ischemico è verosimilmente superiore agli effetti avversi della terapia (Classe IIb, Livello B).

Beta-bloccanti

I beta-bloccanti dovrebbero essere usati a tempo indefinito in tutte le donne dopo un infarto, una sindrome coronarica acuta o disfunzione ventricolare sinistra con o senza sintomi di scompenso cardiaco, a meno che controindicati (Classe I, Livello A).

ACE-inibitori/ARBs

Gli ACE-inibitori dovrebbero essere usati (a meno che controindicati) nelle donne dopo un infarto ed in quelle con evidenza clinica di scompenso o di frazione di eiezione del ventricolo sinistro del 40% o con diabete mellito (Classe I, Livello A). Nelle donne dopo un infarto ed in quelle con evidenza clinica di scompenso cardiaco o con frazione di eiezione <40% o con diabete mellito che sono intolleranti agli ACE inibitori, dovrebbero essere invece usati gli ARBs (Classe I, Livello B).

Antialdosteronici

L'uso del blocco dell'aldosterone dopo un IMA nelle donne che non hanno una significativa disfunzione renale o iperpotassiemia che sono già in terapia con dosi terapeuti-

che di un ACE-inibitore e di un beta-bloccante, ed hanno una frazione di eiezione del 40% con scompenso cardiaco sintomatico (Classe I, Livello B).

INTERVENTI DI CLASSE III (NON UTILI E POTENZIALMENTE DANNOSI)

Terapia della menopausa

La terapia ormonale ed i modulatori selettivi dei recettori degli estrogeni (SERMs) non dovrebbero essere usati per la prevenzione primaria e secondaria (Classe III, Livello A).

Supplementi antiossidanti

Supplementi di vitamine antiossidanti (vitamina E, C, e beta-carotene) non dovrebbero essere usati per la prevenzione primaria e secondaria della malattia cardiovascolare (Classe III, Livello A).

Acido folico (indicato in gravidanza per prevenire i difetti del tubo neurale)

L'acido folico, con o senza supplementi di vitamina B6 e B12, non dovrebbe essere usato nella prevenzione primaria e secondaria della malattia cardiovascolare (Classe III, Livello A).

Aspirina per la prevenzione dell'IMA in donne di età <65 anni

L'uso routinario dell'aspirina in donne sane di età <65 anni non è raccomandato per la prevenzione dell'infarto (Classe III, Livello B).

l'apporto di grassi saturi al 10%, meglio al 7%, dell'apporto calorico (acidi grassi trans <1% dell'apporto calorico), l'apporto di colesterolo a 300 mg/die, il consumo di alcol a non più di 1 bevanda/die, e l'apporto di sodio a 2,3 g/die. Finalizzare l'alimentazione della donna, specie se in menopausa, non solo al controllo della colesterolemia, ma anche alla prevenzione dell'osteoporosi, scegliendo alimenti a ridotto contenuto lipidico e, nel contempo, a sufficiente tenore di calcio, e un appropriato apporto alimentare di vitamina D accompagnato da un'adeguata esposizione al sole in grado di stimo-

larne la sintesi a livello cutaneo. Incentivare una regolare attività fisica di tipo aerobico, ma anche di rinforzo muscolare, per migliorare il controllo sul metabolismo lipidico e sulla massa ossea rimane un punto essenziale.

A queste tematiche è dedicato il Documento sulla Prevenzione dell'infarto del miocardio nella donna realizzato dal Gruppo di lavoro SIPREC nell'obiettivo di fornire al medico uno strumento aggiornato, ma pratico, che lo porti alla conoscenza dell'universo femminile per una prevenzione mirata, obiettivo principale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare. ■

IL CUORE DELLE DONNE

A colloquio con **Francesca Merzagora**

Presidente ONDa, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna

Dottoressa, alla luce delle evidenze raccolte dall'Osservatorio per la Salute della Donna, che lei presiede, ritiene che il Documento del Gruppo di Lavoro SIPREC, Prevenzione dell'infarto del miocardio della donna, rappresenti un passo importante nella costruzione di una medicina a misura di donna nella specifica area patologica?

ONDa si occupa fin dalla sua fondazione anche del 'cuore delle donne'. Grazie alla collaborazione di Maria Grazia Modena, già Presidente nazionale della Società Italiana di Cardiologia e membro del nostro comitato scientifico, sono stati realizzati numerosi incontri pubblici per sensibilizzare le donne alla prevenzione del rischio cardiovascolare. Il documento della Siprec raccoglie tutto quanto è necessario per contribuire in modo esauritivo alla costruzione di una medicina di genere in campo cardiologico.

A che punto siamo oggi rispetto allo sviluppo di una adeguata consapevolezza delle specificità femminili nella genesi, sviluppo e trattamento delle patologie cardiovascolari?

Si tratta di un percorso che in questi anni ha avuto un'accelerazione importante. Il documento della Siprec ne è uno dei principali segnali. Ora è necessario continuare nel lavoro di sensibilizzazione istituzionale e scientifica.

Considerato che, come si legge nel documento, le patologie cardiovascolari sono responsabili di oltre il 43% dei decessi femminili, ritiene sia importante promuovere e/o potenziare attività di informazione/sensibilizzazione volte ad elevare la soglia di attenzione delle donne rispetto a patologie a lungo erroneamente considerate prevalentemente maschili?

Il percorso di sensibilizzazione in questo campo è complesso, ma non per questo trascurato da ONDa. Al primo punto è necessaria una maggiore sensibilizzazione delle donne affinché limitino al massimo il vizio del fumo, tutt'ora una delle principali cause di problematiche cardiovascolari nelle donne, e prestino maggiore attenzione all'alimentazione di se stesse e dei propri famigliari.

Dalle due ultime nostre indagini, confermate da successivi dati Istat, risulta infatti che il vizio del fumo continui ad essere in crescita nelle donne, soprattutto giovani, mentre negli uomini è in calo, pur se lieve. Anche in campo alimentare le donne tendono a sottovalutare sempre più la qualità dei cibi e il tempo dedicato all'alimentazione corretta.

Quali sono, a suo avviso, gli attori chiave da sensibilizzare/mobilitare per far crescere la consapevolezza dell'importanza di una prevenzione e di una cura a misura di donna in ambito cardiovascolare (specialisti, medici di medicina generale, pazienti)?

Gli attori chiave – come è normale in questi casi – sono tutti e sempre importanti. Solo la sinergia tra medici specialisti, medici di medicina generale, istituzioni nazionali e locali, associazioni di pazienti, potrà garantire risultati sempre migliori. Certamente ogni contributo è importante, e può coinvolgere anche pediatri, medici nutrizionisti, dietisti. L'alimentazione corretta, infatti, è fondamentale nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. Ed è molto importante iniziare nelle scuole e coinvolgere da subito le bambine prima e le ragazze poi.

Per chiudere, l'Osservatorio per la Salute della Donna è da anni impegnato nel promuovere lo sviluppo di una medicina di genere. Cosa ha già fatto e farà, anche alla luce delle evidenze di questo documento, con riferimento specifico alle patologie cardiovascolari?

ONDa ha organizzato in questi anni molti incontri pubblici sul territorio per coinvolgere e quindi sensibilizzare le donne alla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Inoltre ha pubblicato il Libro Bianco e il Libro Verde sulla salute della donna, strumenti di analisi e proposte concrete anche per migliorare e rendere più forte 'il cuore delle donne'. È stato anche pubblicato un Quaderno di ONDa allegato a un femminile di larga tiratura sulle patologie cardiovascolari. Ma l'impegno non finisce certo qui. ■ ML

