

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

La prevenzione delle malattie cardiovascolari:

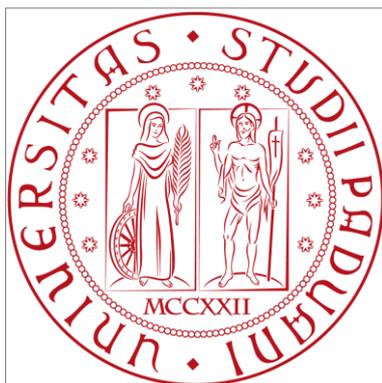
l'approccio della Medicina di Genere.

Revisione bibliografica.

Relatrice: Dott.ssa Paola Piccolo

Laureanda: Martina Gottardo

ANNO ACCADEMICO 2014-2015



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**La prevenzione delle malattie cardiovascolari:
l'approccio della Medicina di Genere.
Revisione bibliografica.**

Relatrice: Dott.ssa Paola Piccolo

Laureanda: Martina Gottardo

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

Erroneamente gli uomini si aspettano che le donne pensino, comunichino e reagiscano come fanno gli uomini; erroneamente, le donne si aspettano che gli uomini sentano, comunichino e reagiscano come fanno le donne. Abbiamo dimenticato che uomini e donne sono intrinsecamente diversi.

John Gray, 1992

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
RASSEGNA SINTETICA E RICADUTE APPLICATIVE	3
1. PROBLEMA	3
1.1 Descrizione del problema	3
1.2 Obiettivi dello studio	7
1.3 Importanza della revisione per l'assistenza e la professione	8
2. MATERIALI E METODI	9
2.1 Quesiti di ricerca	9
2.2 Fonti dei dati e parole chiave	9
2.3 Criteri di selezione del materiale	10
3. RISULTATI DELLA RICERCA	11
3.1 Linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nella donna	11
3.2 Principali differenze di genere nei fattori di rischio cardiovascolare	14
3.3 Consapevolezza del rischio cardiovascolare nelle donne	17
3.4 Il ruolo e la formazione degli infermieri nella prevenzione cardiovascolare	20
3.5 L'applicazione dell'approccio di genere nella prevenzione cardiovascolare	23

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	25
4.1 Sintesi dei risultati e valutazione critica della letteratura analizzata	25
4.2 Punti di forza e di debolezza della ricerca	26
4.3 Potenziali applicazioni in un contesto specifico	27
4.4 Conclusioni	28

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Background. Nel 1991 nasce la Medicina di Genere: una dimensione che attraversa tutte le specialità e che studia l'influenza del sesso e del genere su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana.

Secondo l'ISTAT, istituto nazionale di statistica, una percentuale più elevata di donne, rispetto agli uomini, dichiara di aver problemi di salute.

L'enfasi sulla salute delle donne nel rivolgersi alla prospettiva di genere non significa minimizzare l'impatto del genere sulla salute degli uomini, ma provare a superare quel principio che ha sempre posto gli uomini come la norma nel campo della formazione, della ricerca e dei servizi sanitari.

E' il genere femminile quello più colpito dalle malattie cardiovascolari: nel mondo il 55% delle donne muore per infarto, ictus, embolia o trombosi, contro il 48% degli uomini, su un totale di 12 milioni di persone che ogni anno nel mondo muoiono di infarto e ictus.

Scopo. Lo scopo della tesi è quello di verificare se l'adozione nella pratica infermieristica di una prospettiva di genere nella prevenzione delle patologie cardiovascolari può portare ad un miglioramento nella salute di donne e uomini, attraverso la ricerca e l'analisi di evidenze di letteratura e strategie riguardanti diagnosi, trattamento, cura, riabilitazione, educazione nell'ottica della salute di genere.

Materiali e Metodi. Per raggiungere l'obiettivo è stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando articoli contenenti studi osservazionali e sperimentali. La ricerca è stata condotta consultando le banche date on-line Pubmed, Cinahl e i motori di ricerca Google e Google Scholar.

Conclusioni. Dai risultati è emersa la necessità di applicare la medicina di genere nell'approccio con la persona e l'importanza che assume la figura infermieristica in tale ambito. L'impiego di un'ottica di genere nella pratica assistenziale, nella formazione e nella ricerca, come metodo e strumento è fondamentale nel campo degli interventi di natura preventiva, relazionale e come elemento di riflessione per la professione infermieristica, al fine di migliorare la salute delle persone e portare ad una diminuzione del rischio cardiovascolare nelle donne.

Nonostante questo, è risultato evidente la necessità di aumentare le conoscenze e quindi di continuare ad approfondire gli studi relativi alla medicina di genere, al fine di attivare le competenze e la professionalità degli operatori per costruire il cambiamento.

INTRODUZIONE

L'introduzione di una prospettiva di genere nella salute necessita, prima di tutto, della distinzione fondamentale fra il significato di "sesso" e "genere". Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), il termine sesso si riferisce alle caratteristiche biologiche della persona che distinguono l'uomo dalla donna, mentre il termine genere si riferisce a tutti quei comportamenti e ruoli sociali, valori, sentimenti che la società conferisce ai due sessi. Sia il "sesso" che il "genere" influenzano la salute, motivo per cui considerare l'uomo come paradigma di riferimento nella ricerca clinica e pratica clinica, come si è da sempre fatto, è scorretto.

Numerosi studi hanno dimostrato le disparità derivanti da questo atteggiamento sbagliato. Lo studio retrospettivo di coorte di Fowler RA. et al. sul Canadian Medical Association Journal¹ mette in evidenza le minori cure prestate alle donne in unità intensiva, una durata totale di degenza maggiore rispetto agli uomini, una mortalità più alta nelle donne tra i pazienti di oltre 50 anni e una minor esecuzione di esami diagnostici o terapeutici nelle donne rispetto agli uomini.

Le statistiche internazionali hanno rilevato che la morbilità e la mortalità tra le donne è aumentata e che la qualità di vita delle donne è peggiore di quella degli uomini malati, in particolar modo nel cancro che porta la donna all'indebolimento togliendo quindi alle famiglie la figura di sostegno e assistenza, prima da lei rappresentata. Tuttavia la malattia cardiovascolare resta il killer numero uno per la donna e supera di gran lunga tutte le cause di morte: essa è la principale causa di morte nelle donne in tutti i paesi Europei, e per gli uomini in sei di questi².

L'Organizzazione Mondiale della sanità prevede che entro il 2030 il numero delle donne over 50 nel mondo raggiungerà la cifra di un miliardo e 200 milioni circa: emerge così l'importanza di occuparsi delle problematiche socio-sanitarie femminili per evitare che nell'arco di pochi decenni milioni di donne siano affette da temibili malattie cardio-

¹ Fowler RA, Sabur N, Li P, Juurlink DN, Pinto R, Hladunewich MA, et al. Sex-and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care. CMAJ 2007 Dec 4;177(12):1513-1519.

² Documento a cura delle associazioni World Heart Day, The European Society of Cardiology (ESC), The European Heart Network (EHN). World Heart Day: New European statistics released on heart disease and stroke. [Pubblicato il: 28 settembre 2012; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.escardio.org

cerebrovascolari, polmonari, metaboliche, neurodegenerative, con pesanti costi economici e sociali.

La tesi vuole evidenziare l'importanza di un approccio di genere all'interno dell'erogazione delle cure infermieristiche per migliorare la salute sia degli uomini che delle donne. Essendo la medicina di genere un campo molto vasto, nella tesi si è posto il focus sull'approccio di genere nella prevenzione delle patologie cardiovascolari, responsabili di un maggior numero di morti nelle donne. E' stato dimostrato che i programmi di prevenzione attuati dagli infermieri sono efficaci in un gran numero di contesti³ motivo per cui è fondamentale che l'infermiere sia adeguatamente informato sui differenti fattori di rischio dell'uomo e della donna per le patologie cardiovascolari.

La possibilità di cooperare con il medico per il rilevamento del rischio cardiovascolare nel paziente, di fornire informazione ed educazione al paziente, di dar un supporto psicologico al paziente e ai familiari rende la figura infermieristica essenziale per salvaguardare la salute e la sicurezza del paziente. L'approccio di genere in tutto questo è purtroppo ancor oggi ancora poco applicato, nonostante i dati parlino chiaro e sottolineino come un approccio specifico per le donne e per gli uomini sia necessario⁴.

La sensibilizzazione alla medicina di genere nella pratica quotidiana delle cure infermieristiche diviene necessaria non solo per permettere una cura infermieristica attenta ai diversi bisogni di uomini e donne ma nel campo della prevenzione permetterebbe addirittura di scongiurare eventi che potrebbero essere letali per il paziente.

Questa tesi vuole essere uno spunto di riflessione per tutti quei professionisti sanitari che possono diffondere nella popolazione uno stile di vita corretto, applicando in questo processo un approccio di genere, tenendo conto delle importanti differenze esistenti tra le donne e gli uomini e ottenere dunque risultati migliori.

³ Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011 Mar 22;123(11):1243-1262.

⁴ Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: a report from the European Heart Health Strategy (EuroHeart) project. *Eur Heart J* 2010 The Oxford University Press.

RASSEGNA SINTETICA E RICADUTE APPLICATIVE

1. PROBLEMA

1.1 Descrizione del problema

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il raggiungimento del più alto standard di salute auspicabile è uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano, senza distinzione di razze, religioni, credenze politiche, condizioni socioeconomiche. Tuttavia non basta definire la salute come un diritto per assicurarlo alle donne.

Le statistiche italiane sullo stato di salute della popolazione vedono le donne prevalere sui maschi in quasi tutte le patologie, specialmente la patologia cardiovascolare che rappresenta la principale causa di morte e ospedalizzazione nelle donne⁵.

Le stesse malattie si manifestano in modo differente nei due sessi, i fattori di rischio differiscono, così come variano le risposte alla terapia farmacologica. Le differenze di genere sono presenti, non solo sulla farmacocinetica, farmacogenomica e farmacogenetica ma anche sulla sicurezza e sull'efficacia di numerosi farmaci⁶. Le donne infatti presentano un profilo di sicurezza peggiore degli uomini nelle reazioni avverse ai farmaci e nonostante questo, lo stato farmacologico delle donne è meno studiato rispetto a quello degli uomini: l'assunzione di donne per la ricerca clinica è inadeguata, soprattutto nelle prime fasi. Il disegno degli studi clinici e preclinici dovrebbe avere un approccio di genere per adattare le terapie alle esigenze e alle preoccupazioni di un individuo⁷. A meno che l'inclusione delle donne negli studi clinici aumenti e la diffusione dei risultati avvenga in base al sesso, non ci saranno mai dati sufficienti per la cura ottimale dei pazienti⁸.

La consapevolezza dell'esistenza di differenze di genere ha promosso, in Italia e negli altri Paesi sviluppati del mondo, la nascita di Società per la Medicina di Genere.

La prima volta in cui in medicina si parla della “questione femminile” risale al 1991 quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, in un famoso editoriale della rivista *New England Journal of Medicine* parlò di “Yentl Syndrome” in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei

⁵ Ministero della salute. Lo Stato di Salute delle donne in Italia. [Pubblicato il: 6 Marzo 2008; ultimo accesso: Luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it

⁶ Franconi F, Campesi I. Pharmacogenomics, pharmacokinetics and pharmacodynamics: interaction with biological differences between men and women. *Br J Pharmacol* 2014 Feb;171(3):580-594.

⁷ *ibid.*

⁸ Redberg RF. Don't assume women are the same as men: include them in the trial. *Arch Intern Med* 2012 Jun 25;172(12):921.

confronti dell'altra metà del cielo⁹. Dal 1998 la Comunità Europea ha incluso all'interno dei programmi di ricerca un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti; oggi vi è un settore della ricerca europea con un focus sulle donne. Recentemente la sede europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha organizzato un Ufficio denominato *Women's Health and Gender Mainstreaming* con lo scopo di mettere in evidenza il punto di vista di genere in tutte le tematiche della salute. Nel 2002 l'OMS ha costituito il Dipartimento per il Genere e la Salute della Donna (*The Department of Gender and Women's Health* (GWH)), attraverso cui è riconosciuta l'esistenza di differenze nei fattori che determinano la salute e nei fattori che determinano il carico di malattia per uomini e donne.

In base ai dati dell'indagine Istat presentata il 2 marzo 2008, l'8,3% delle donne italiane denunciava un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. La disabilità risultava più diffusa tra le donne (6,1% vs. 3,3% degli uomini) e tra le malattie per le quali le donne presentavano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini, figuravano il diabete (+9%) e l'ipertensione arteriosa (+30%), importanti fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari¹⁰.

La specialità più avanzata nella conoscenza delle differenze di genere è la cardiologia, in particolare la prevenzione e i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari.

Il termine "malattia cardiovascolare" è un termine generico usato per descrivere una serie di patologie che colpiscono il cuore e i vasi sanguigni, come la malattia coronarica, le aritmie e le cardiopatie congenite.

Secondo uno studio osservazionale del Progetto Veneto Anziani (PRO.V.A.)¹¹, condotto sulla popolazione italiana di età maggiore di 65 anni, il 10%, il 22%, e il 29% degli uomini e il 9%, il 24%, e il 40% delle donne di età rispettivamente compresa tra 65-74, 75-84, e 85 e più anziani, presentavano la presenza di almeno una malattia cardiovascolare (CVD) e almeno una malattia osteoarticolare (OAD). Nel complesso, il numero medio di coesistenti patologie croniche era 1.8 per gli uomini e 2,4 per le donne.

⁹ Documento a cura di De Silvio M. G., coordinatore del Gruppo Pari Opportunità e Medicina di Genere della SIGO. Dalle pari opportunità alla medicina di genere. [Pubblicato il: 20 Febbraio 2013; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.sigo.it

¹⁰ Ministero della Salute. La salute delle donne: un diritto in costruzione. [Pubblicato il: Maggio 2008; ultimo accesso: Settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.ministerosalute.it

¹¹ Corti MC, Guralnik JM, Sartori L, Baggio G, Manzato E, Pezzotti P, et al. The effect of cardiovascular and osteoarticular diseases on disability in older Italian men and women: rationale, design, and sample characteristics of the Progetto Veneto Anziani (PRO.V.A.) study. *J Am Geriatr Soc* 2002 Sep;50(9):1535-1540.

Sebbene la patologia cardiovascolare sia la prima causa di morte per le donne di 44-59 anni, è sempre stata invece considerata una malattia maschile. Nonostante i dati parlino chiaro, esiste una diffusa percezione che vi sia una sottostima delle malattie cardiovascolari del sesso femminile, sia fra gli operatori sanitari che fra le stesse donne. Questa sottostima del problema ha rilevanza clinica, sociale ed economica. L'errata conoscenza e consapevolezza delle malattie cardiovascolari nelle donne è il peggior nemico della donna stessa¹².

I fattori di rischio cardiovascolare, ovvero le caratteristiche che aumentano la probabilità d'insorgenza della malattia, sono stati studiati quasi esclusivamente nell'uomo mentre hanno dimostrato di aver un impatto differente nei due sessi¹³. La correlazione di alcuni importanti fattori di rischio come il fumo di sigaretta, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia con le malattie cardiovascolari è paragonabile in entrambi i sessi, ma il diabete è un fattore di rischio coronarico di gran lunga più potente tra le donne che tra gli uomini¹⁴. Altre situazioni, in particolare la terapia ormonale in post-menopausa, rendono le donne più a rischio.

Secondo i dati del Ministero della salute ben il 17 % delle donne italiane è abituale fumatrice e il 26,8 % delle donne risulta essere in sovrappeso, considerando l'indice di massa corporea (BMI), con un 10% di obese, il 47% delle donne non pratica alcuna forma di attività fisica e solo il 16% dichiara di fare sport con continuità.

Tuttavia le differenze esistenti tra le donne e gli uomini nei sintomi, nella presentazione clinica, nella diagnosi, nella prognosi e nella terapia, delle malattie cardiovascolari non sono ancora sufficienti agli operatori sanitari per essere applicate nella pratica clinica. Uno studio americano condotto da Birdwell e colleghi, evidenzia le diversità di approccio ad una stessa paziente; a tre gruppi di cardiologi viene sottoposto il caso di una paziente sofferente per frequenti episodi di dolore anginoso tipico. In realtà la paziente era un'attrice che recitava il medesimo copione atteggiandosi a: donna in carriera dinanzi al primo gruppo di cardiologi; donna insicura e impacciata dinanzi al secondo gruppo; il terzo gruppo di medici valutava la sintomatologia in forma scritta, senza cioè essere influenzato

¹² Documento a cura del Gruppo di Lavoro della Società Italiana di Cardiologia, coordinatrice Maria Grazia Modena. Il cuore delle donne. [pubblicato il 16/02/2007; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.giornaledicardiologia.it

¹³ Bassuk SS, Manson JE. Chapter 15 - Gender-Specific Aspects of Selected Coronary Heart Disease Risk Factors: A Summary of the Epidemiologic Evidence. In: Legato MJ, editor. Principles of Gender-Specific Medicine (Second Edition) San Diego: Academic Press; 2010. p. 162-174.

¹⁴ *ibid.*

dalle caratteristiche della paziente. I risultati della ricerca mettevano in evidenza come le indicazioni ad approfondire il caso erano sensibilmente più elevate nel primo gruppo di cardiologi e in chi leggeva l'intervista, ciò a indicare come la valutazione del medico fosse influenzata dal tipo di persona che presentava il sintomo. E in questo caso si verificava come fosse sottovalutata la sintomatologia cardiaca, se a presentarla era una donna con aspetti meno simili a quelli del maschio, ovvero una donna "non in carriera"¹⁵. Esiste dunque un pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che espongono le donne ad altri fattori di rischio¹⁶.

Nel 2011 l'AHA, American Heart Association, ha emanato una nuova versione delle Linee Guida per la prevenzione cardiovascolare delle donne. Per calcolare il rischio cardiovascolare sono presenti diversi punteggi di rischio elaborati dalle società scientifiche sulla base di studi epidemiologici. I più conosciuti sono il Reynolds Risk Score e il Rischio Cardiovascolare Globale e il Framingham Risk Score. Il Reynolds Risk Score include età, pressione sistolica, fumo e colesterolo HDL, emoglobina glicata se diabetiche, proteina C reattiva ad alta sensibilità ed anamnesi familiare positiva per infarto prima dei sessanta anni. Il Rischio Cardiovascolare Globale è la probabilità di essere colpiti da un evento fatale o non fatale coronarico o cerebrovascolare nei successivi dieci anni ed è costruito sulla base di otto fattori di rischio (età, sesso, abitudine al fumo, diabete, colesterolemia totale e HDL, pressione sistolica, terapia antipertensiva). Il più importante e più noto è sicuramente il Framingham Risk Score, che costituisce il punteggio di rischio adottato dalle linee guida dell'American Heart Association. Tale algoritmo calcola la probabilità che si verifichi un evento cardiovascolare in un lasso di tempo di 5-10 anni, in pazienti di età compresa fra 35 e 70 anni, basandosi su 7 fattori di rischio (età, sesso, fumo, pressione arteriosa sistolica, rapporto colesterolo/HDL, diabete mellito, ipertrofia ventricolare sinistra).

¹⁵ Assessorato alla sanità, progetto una salute a misura di donna, coordinatore Elvira Reale. Le patologie lavoro-correlate. [pubblicato il: 03/2005; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.salutementaledonna.it

¹⁶ op. cit. Ministero della Salute. Lo stato di Salute delle donne in Italia.

Tuttavia le conoscenze sulla differenze di genere nelle patologie cardiovascolari sono ancora poco diffuse e dovrebbero essere aumentate attraverso campagne specifiche sull'argomento. In un paese come l'Italia e gli altri paesi europei in cui le donne costituiscono l'utenza prevalente dei servizi sanitari, la medicina di genere è necessaria per eliminare i pregiudizi sulle malattie tipicamente femminili, evidenziare nuovi fattori di rischio per le donne dovute ai cambiamenti negli stili di vita, sviluppare strategie di prevenzione e campagne di informazione rivolte specificamente alle donne.

Una comunità professionale al femminile per circa l'80%, come quella infermieristica, non può non interrogarsi sugli effetti "di genere". L'infermiere può intervenire in tutte le strategie di prevenzione contribuendo a modificare lo stile di vita e i fattori ambientali responsabili dell'elevata incidenza delle patologie cardiovascolari nella popolazione generale, assumendo un ruolo tecnico, di counselling, e supporto psicologico. Nell'articolo 2 del profilo professionale dell'infermiere è definito che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"¹⁷.

1.2 Obiettivo dello studio

La tesi si propone di evidenziare le differenze di genere nella prevenzione delle patologie cardiovascolari, attraverso l'analisi della letteratura nazionale e internazionale. La finalità è quella di dimostrare come una maggior attenzione alle differenze di genere nei fattori di rischio cardiovascolare e nello sviluppo di diverse strategie, possa diminuire il rischio cardiovascolare nelle donne e migliorare quindi il loro stile di vita. Il fine ultimo sarà quello di aver uno strumento più efficace per diminuire l'impatto delle malattie cardiovascolari a livello di popolazione femminile, migliorando la pratica infermieristica attraverso la formazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari all'approccio di genere, come elemento determinante nell'erogazione delle cure, nella ricerca e nella formazione.

Tutto questo partendo dal presupposto che le morti per patologia cardiovascolare nella donna sono in continua crescita.

¹⁷ Profilo professionale dell'Infermiere. [pubblicata il: 14.09.1994; ultimo accesso: luglio 2015].
Disponibile sul sito: www.ipasvi.it

1.3 Importanza della revisione e la sua rilevanza per la professione

Già nel 1982, l'OMS conferisce all'infermiere il compito di partecipare ad ogni strategia preventiva sia rivolta alla popolazione, modificando i fattori ambientali e lo stile di vita, responsabili dell'elevata incidenza delle patologie cardiovascolari nella popolazione generale, sia su pazienti ad alto rischio e sia nella prevenzione secondaria.

In ospedale, negli ambulatori, e nella vita di tutti i giorni l'infermiere rappresenta una delle poche figure sanitarie in grado di instaurare un rapporto relazione di grande importanza e significato con i pazienti. L'articolo 6 del codice deontologico¹⁸ recita: l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione. L'articolo 19 prevede che l'infermiere promuova stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione, diventa compito e responsabilità dell'infermiere assicurarsi di prevenire determinate patologie e condizioni nella popolazione. L'approccio di genere diventa dunque fondamentale per poter rispondere alle esigenze di ogni paziente nel miglior dei modi.

Non solo all'interno di un equipe, ma anche in autonomia, l'infermiere nella sua pratica assistenziale educa il paziente ad un determinato stile di vita e all'attenzione di fattori di rischio che nuocerebbero alla sua salute. Come allora, se non ponendo estrema attenzione alle differenze di genere, l'infermiere si rende "all'altezza" dei bisogni e delle esigenze delle singole persone? Come sviluppare le giuste strategie, se non cercando delle soluzioni che tengano conto degli impegni e delle preoccupazioni che le donne rispetto agli uomini possono avere? Non si può pretendere di fornire cure appropriate e svolgere una promozione alla salute adeguata se non si è adeguatamente formati sui fattori di rischi che le donne a differenza degli uomini possiedono e sul diverso effetto che questi hanno in loro. Senza un orientamento di genere, si continuerebbe intervenire sulla popolazione in modo inappropriato, discriminatorio e i risultati continuerebbero a pesare in negativo sulle donne. Diventa quindi strategico per le politiche sanitarie sviluppare un approccio "di genere", capace di favorire l'appropriatezza delle cure mediante percorsi personalizzati di prevenzione, diagnosi, e riabilitazione, anche al fine di generare risparmi e ridurre gli errori.

¹⁸ Nuovo Codice Deontologico della professione infermieristica. [pubblicato il: 10/01/2009; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.ipasvi.it

2. MATERIALI E METODI

2.1 Quesiti di ricerca

Il quesito di ricerca è stato formulato con il metodo PIO.

P (population)	Infermiere nella prevenzione delle patologie cardiovascolari
I (intervention)	Utilizzo dell'approccio di genere
O (outcome)	<ul style="list-style-type: none">• Diminuzione del rischio cardiovascolare nelle donne mediante l'introduzione di uno stile di vita sano.• Miglioramento della pratica assistenziale mediante l'acquisizione di conoscenze legate alle differenze di genere.

2.2 Fonti dei dati e parole chiave

Per reperire il materiale presente nella revisione bibliografica sono state consultate diverse fonti:

1) ricerca sulle banche dati on-line:

- Medline via PubMed e PubMed Central;
- Cinahl;

2) ricerca da altre fonti bibliografiche:

- Siti web e riviste on-line tramite motore di ricerca Google e Google Scholar.
- Testi.
- Ricerca sul sito del Ministero della Salute, Epicentro.

La ricerca bibliografica condotta ha identificato 1456 articoli, sulla base del titolo e dell'abstract, sono stati selezionati 155 articoli. Molti articoli dopo la lettura dell'abstract sono stati esclusi perché non trattavano in modo specifico l'argomento interessato. Nonostante molti articoli presentassero inizialmente solo l'abstract, grazie al servizio Proxy messo a disposizione dalla biblioteca Pinali dell' università di Padova, sono stati reperiti la maggior parte dei full text. Sono stati così inclusi 33 articoli, 31 con full text e 2 con solo abstract. Di questi 33 studi, 20 erano revisioni sistematiche, 1 meta-analisi, 8 studi osservazionali (3 di coorte prospettivi, 3 di corte retrospettivi, 2 studi descrittivi), 4 studi controllati randomizzati. (vedi allegato n°2)

La ricerca ha poi integrato altre fonti utili sia alla pratica infermieristica, che a quella medica, che potessero offrire un'ulteriore contributo alla revisione (vedi allegato n°1), per un totale di 51 articoli reperiti.

Relativamente all'interrogazione delle banche dati, sono state utilizzate le seguenti parole chiave combinandole con l'ausilio dell'operatore booleano AND: Cardiovascular disease prevention, gender inequality, gender differences, health, risk factors, awareness, effectiveness, lifestyle, prevention programme, woman, nurse, primary prevention, woman heart, sex differences.

Le strategie di ricerca e i risultati sono riportati nell'allegato n°1.

2.3 Criteri di selezione del materiale

Per analizzare il problema è stata condotta inizialmente una ricerca utilizzando il motore di ricerca Google e Google Scholar. Dopo aver preso visione dei risultati di questa, sono state utilizzate le banche dati on-line Pubmed e Cinahl con una maggiore focalizzazione del problema e strategie per affrontarlo. Gli articoli inclusi sono per la maggior parte in lingua inglese, e una piccola minoranza in lingua italiana. L'anno di pubblicazione degli articoli inclusi va dal 2008 al 2014. Inizialmente è stata trattata l'epidemiologia delle malattie cardiovascolari nel mondo e in Italia sia nelle donne che negli uomini, risaltandone le differenze esistenti. Successivamente sono state riportate le linee guida esistenti sulla prevenzione cardiovascolare nelle donne e sono state messe in evidenza le principali differenze di genere, presenti nei fattori di rischio delle patologie cardiovascolari, in modo tale da poter attuare dei programmi educativi specifici per la salute di donne e uomini. È stato poi dedicato un capitolo alla consapevolezza delle donne riguardo al loro rischio cardiovascolare, per sottolineare l'importanza e l'impatto che ha questa sulla loro salute. Gli altri capitoli sono stati dedicati al ruolo che l'infermiere assume nei programmi di prevenzione cardiovascolare, alla loro formazione e all'efficacia dei programmi che tengono conto delle differenze di genere. Infine sono stati riportati alcuni esempi dei programmi di prevenzione in cui è stato utilizzato l'approccio di genere, riportando i principali interventi che nel mondo e in Europa si sono messi in atto. Di conseguenza un approccio che tenga conto delle differenze di genere nei programmi di prevenzione cardiovascolare è fortemente raccomandato, con lo scopo di ottenere un'adeguata valutazione del rischio cardiovascolare di ogni donna e diminuirlo, l'obiettivo ultimo sarà perciò quello di evitare le troppe morti dovute a patologie cardiovascolari che affliggono con numeri sempre più elevati il sesso femminile.

Il metodo adottato per le citazioni è il Vancouver style.

3. RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nelle donne

La prevenzione e la gestione delle malattie cardiache nelle donne sono in gran parte basate su strategie sviluppate e testate negli uomini e non è chiaro in che misura i risultati siano applicabili alle donne. La percentuale di donne arruolate negli studi clinici per le malattie cardiovascolari sono aumentate ma il loro valore rimane comunque basso^{19,20}.

La "medicina di genere" ha consentito il superamento di pregiudizi e convinzioni riscontrate troppo spesso nell'ambito sanitario nei confronti della donna. Il genere inteso come un concetto che comprende sia le diversità biologiche che culturali e sociali, ha permesso alla ricerca di studiare la donna e andare oltre a tutte le disparità uomo e donna presenti nella sanità, che porta la medicina attualmente applicata per le donne ad essere meno basata sulle evidenze scientifiche rispetto agli uomini²¹.

Molti studi si sono occupati di evidenziare le differenze di genere per quanto riguarda i fattori di rischio, la prevenzione, le manifestazioni cliniche e la prognosi delle malattie cardiovascolari.

Nonostante questo le *Linee guida della European Society of Cardiology (ESC) "per la prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica"*²² del maggio 2012 hanno dato poca importanza alle differenze di genere nella prevenzione cardiovascolare e nella sezione dedicata a "Age and Gender" viene ribadito che le malattie cardiovascolari rappresentano in assoluto la maggiore causa di mortalità nelle donne e che una diminuzione del rischio di queste può essere conseguita, tanto nelle donne quanto negli uomini, smettendo di fumare, praticando attività fisica e tenendo sotto controllo i valori pressori e di colesterolemia.

Si raccomanda l'inclusione delle donne assieme agli anziani nella valutazione del rischio di malattie cardiovascolari al pari di altri soggetti per determinare specifici trattamenti.

¹⁹Lam CS, Little WC. Sex and cardiovascular risk: are women advantaged or men disadvantaged? *Circulation* 2012 Aug 21;126(8):913-915.

²⁰ Melloni C, Berger JS, Wang TY, Gunes F, Stebbins A, Pieper KS, et al. Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010 Mar;3(2):135-142.

²¹ Putting gender on the agenda. *Nature* 2010 Jun 10;465(7299):665.

²² Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *G Ital Cardiol (Rome)* 2013 May;14(5):328-392.

Tali linee guida oltre a consigliare alle donne di adeguarsi alle indicazioni fornite dall'*American Heart Association (AHA)* nel 2010 e aggiornate nuovamente nel 2011²³, pongono l'attenzione sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari, e sottolineano i fattori di rischio delle donne, incluse le complicanze che le colpiscono nella gravidanza, e l'influenza che le malattie autoimmuni hanno nell'insorgenza della patologia cardiovascolare. La centralità di questo documento verte sull'utilizzo del *Framingham Score*: che definisce una categoria di "salute cardiovascolare ideale", seguita da una categoria a rischio ed una ad alto rischio.

La categoria di salute ideale è caratterizzata dal raggiungimento nelle donne di sette criteri di salute riguardanti i principali fattori di rischio: glicemia a digiuno <100 mg/dl non trattata, pressione arteriosa <120/80 mmHg non trattata, colesterolo totale non trattato <200 mg/dl, BMI <25 kg/m², astinenza dal fumo, partecipazione alle attività fisica per almeno 150 minuti a settimana ad intensità moderata e almeno 75 minuti a settimana ad alta intensità, e l'adesione a diete come Dietary Approaches to Stop Hypertension (dieta DASH). In base al livello di appartenenza di rischio vengono pianificate le azioni da intraprendere, siano questi interventi sullo stile di vita, sui fattori di rischio principali oppure interventi farmacologici preventivi.

Nella tabella (vedi allegato n°3) basta sulle indicazioni dell'*American Heart Association*, sono presenti i punti essenziali delle linee guida più recenti riguardo il fumo di sigaretta, l'attività fisica, la riabilitazione, la dieta, il peso corporeo, gli acidi grassi omega-3 e la depressione.

Uno studio osservazionale²⁴ condotto dalla *Women's Health Initiative* rivolto alle donne in postmenopausa ha esaminato la correlazione presente tra il manifestarsi di eventi cardiovascolari e la quantità di tempo che le donne dedicavano all'attività fisica, alla camminata e all'esercizio intenso rispetto al tempo trascorso a dormire o a star sedute. Le donne che svolgevano attività fisica per due ore e mezza a settimana, sia essa camminata o esercizio intenso, hanno registrato una diminuzione del rischio di sviluppare eventi cardiovascolari del 30%. Questo risultato è coerente con le linee guida stabilite dall'*AHA*. Il rischio si è ridotto ulteriormente nelle donne che svolgevano sia attività intensa che

²³ Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the american heart association. *Circulation* 2011 Mar 22;123(11):1243-1262.

²⁴ Turk MW, Tuite PK, Burke LE. Cardiac health: primary prevention of heart disease in women. *Nurs Clin North Am* 2009 Sep;44(3):315-325.

camminata. Il rischio è invece diminuito di meno nelle donne che hanno trascorso più tempo sedute o sdraiate.

L'infermiere deve identificare le difficoltà che una donna incontra nell'applicare le indicazioni delle linee guida. Spesso gli ostacoli più presenti nel mantenere una sana alimentazione sono legati alle preoccupazioni per il gusto, il tempo insufficiente per la preparazione degli alimenti, la convinzione che gli alimenti sani abbiano costi più elevati, mentre le barriere nell'attività fisica riguardano la mancanza di tempo, la motivazione e la presenza di impianti sportivi costosi²⁵. Gli infermieri devono fornire informazioni chiare e dettagliate alle donne e utilizzare specifici strumenti educativi non solo per sfatare luoghi comuni o messaggi contrastanti sulla salute fornite dai media, ma anche per spiegare loro come il rischio di malattie cardiovascolari può essere contrastato e diminuito attraverso l'adozione di comportamenti corretti per la salute. Gli infermieri attraverso l'educazione e la supervisione e il supporto hanno un ruolo chiave nel favorire l'attuazione delle linee guida e prevenire quindi le malattie cardiovascolari nelle donne.

L'infermiere oggi ha assunto nell'equipe un ruolo importante sia per il più alto livello della sua formazione e cultura rispetto al passato, sia per la vicinanza e le relazioni intime che si creano con la persona assistita che gli permettono di identificare i bisogni ma anche i possibili conflitti vissuti dal paziente. Un vero professionista, ricco di competenze e di responsabilità, deve guidare le persone verso la ricerca del bene. L'articolo 7 del Codice Deontologico afferma che "L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità."²⁶ La qualità, l'appropriatezza e l'accesso alle cure in funzione del genere sono elementi fondamentali per poter raggiungere un livello di salute globale²⁷. Nel mondo esistono enormi disuguaglianze nell'accesso alle cure ed anche questo aspetto rientra nella Medicina di Genere, nel senso che, in termini di accessibilità ai trattamenti, esiste una diversità e una disuguaglianza. La salute globale è un problema che riguarda soprattutto le donne. L'accesso alle cure e il diritto alla salute sono legati sia a problemi biologici, genetici o ambientali o infettivi, sia a determinanti sociali: il

²⁵Mosca L. et al. op. cit. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American Heart Association.

²⁶ Nuovo Codice Deontologico op. cit.

²⁷ GISeG - Gruppo Italiano Salute e Genere, Novartis. Per una terapia declinata al femminile in Vella S. ed. La salute delle differenze. Politiche e orientamenti per la Medicina di Genere; Roma, 11 novembre 2011. 29-33. Disponibile sul sito: www.novartis.it

luogo in cui si vive, la sua salubrità, la disponibilità di cibo, sono aspetti che determinano lo stato di salute. Il terzo *Millennium Goal* che riguarda proprio la Gender Equality e l'Empowerment delle donne tratta della scolarità, dell'accesso a un lavoro retribuito e della rappresentanza negli organismi decisionali, che è molto bassa, soprattutto nel Sud del mondo e, purtroppo, anche in Italia e negli altri Paesi occidentali. Tale aspetto, legato all'eguaglianza di genere, è stato inserito tra gli "Obiettivi del Millennio"²⁸.

Attraverso la comprensione di queste disparità, l'assistenza sanitaria sarà in grado di occuparsi al meglio dei pazienti di sesso femminile e istituire terapie basate sull'evidenza per la prevenzione di malattia cardiovascolare²⁹.

3.2 Principali differenze di genere nei fattori di rischio cardiovascolare

Per poter attuare programmi di prevenzione mirata, è importante tener in considerazione le differenze di genere nei fattori di rischio cardiovascolare. Le donne come gli uomini presentano fattori di rischio simili in quanto età, storia familiare, diabete, ipertensione, tabagismo, dislipidemia, obesità ed inattività fisica, tuttavia questi presentano un impatto diverso nella donna.

Per esempio la nicotina presente nel fumo di sigaretta, che nelle donne il suo uso si presenta sempre più diffuso (il 21% delle donne fuma 13 sigarette al giorno e nelle donne sotto i 35 anni è in continua crescita), è metabolizzata più velocemente rispetto agli uomini. Il fumo di sigaretta se associato ai contraccettivi orali, provoca l'aumento di rischio infarto miocardico in particolar modo nelle donne giovani. In un'importante meta-analisi di studi di coorte prospettici³⁰ i cui partecipanti sono stati 2,4 milioni, è stato riscontrato che rispetto a coloro che non fumano, le donne fumatrici hanno il 25% in più di rischio relativo di coronaropatie rispetto agli uomini fumatori. La cessazione al fumo riduce notevolmente questo rischio, un'ulteriore meta-analisi sugli effetti della cessazione del fumo dopo l'infarto miocardico ha documentato una riduzione della mortalità del 46% sia nelle donne

²⁸ *ibid.*

²⁹ Jarvie JL, Foody JM. Recognizing and improving health care disparities in the prevention of cardiovascular disease in women. *Curr Cardiol Rep* 2010 Nov;12(6):488-496.

³⁰ Appelman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis* 2015 Jul;241(1):211-218.

che negli uomini³¹, motivo per cui è necessario sviluppare nuove strategie e iniziative che promuovano la cessazione del fumo.

In uno studio pubblicato nell'*American Journal on Addictions* nel maggio del 2014³² sono state valutate le differenze di sesso nel desiderio per il fumo e nella sua influenza immediatamente dopo l'esposizione a questo. I risultati hanno indicato che le donne esposte al fumo hanno un maggior desiderio di fumare e hanno riportato maggiori effetti negativi nelle donne, con un maggiore aumento dei sensi indotto dal desiderio di sigaretta. Questi dati suggeriscono che le donne possono avere maggiori difficoltà a smettere di fumare, e questo contribuirebbe ad un maggior fallimento nei programmi di cessazione del fumo nel sesso femminile.

Esistono differenze più significative che riguardano l'ipertensione, il diabete, l'attività fisica, il colesterolo HDL (lipoproteine ad alta densità) e trigliceridi, la percezione di malattia e le condizioni psico-sociali³³.

Proprio come nell'uomo anche l'ipertensione è uno dei fattori di rischio responsabili di infarto che aumenta con l'età. Nelle donne gli ormoni sessuali, il sistema nervoso simpatico, l'effetto di alcune sostanze ad azione vasocostrittrice e il peso corporeo le rendono più esposte a valori pressori più elevati. La donna è esposta poi a particolari condizioni che provocano un aumento della pressione arteriosa ad esempio la pre-eclampsia che compare dopo la 20 settimana di gravidanza.³⁴

In una revisione sono stati raccolti numerosi studi riguardanti le differenze di genere esistenti su alcuni fattori cardiovascolari.^{35,36} In uno di questi riguardanti la pressione arteriosa è riportato che episodi di ipertensione sistolica isolata hanno un rischio relativo molto più elevato per infarto miocardico acuto, ictus e mortalità totale nella donna rispetto all'uomo.

³¹ Perk J. et al. op. cit. Europe Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012).

³² Doran N. Sex differences in smoking cue reactivity: Craving, negative affect, and preference for immediate smoking. *American Journal on Addictions* 2014 05;23(3):211-217.

³³ Modena M. G., Nuzzo A. Differenze di genere nella prevenzione cardiovascolare. [pubblicato il: 19/07/2008; ultimo accesso: agosto 2015]. Disponibile sul sito: www.progettoasco.it

³⁴ Boxmedia. L'ipertensione e il rischio cardiovascolare nella donna: le differenze ci sono se le cerchi. [pubblicato il: 03/05/2013; ultimo accesso: agosto 2015]. Disponibile sul sito: www.boxmediaonline.com

³⁵ Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med* 2013 Apr;51(4):713-727.

³⁶ Martins D, Nelson K, Pan D, Tareen N, Norris K. The effect of gender on age-related blood pressure changes and the prevalence of isolated systolic hypertension among older adults: data from NHANES III. *J Gend Specif Med* 2001;4(3):10-3, 20

Per quanto riguarda il diabete, esso rappresenta un fattore di rischio maggiore nella donna che nell'uomo. Lee WL. et al. nella loro meta-analisi³⁷ hanno dimostrato che le donne diabetiche hanno un rischio relativo di morte coronarica da diabete di 2,58 mentre gli uomini di 1,85, differenza statisticamente significativa. Ciò renderebbe necessario attuare ulteriori ricerche per spiegare in modo più completo le differenze cliniche. Tra i fattori di rischio comuni, anche il colesterolo gioca un ruolo importante. Studi osservazionali³⁸ dimostrano un rapporto significativo tra i valori elevati di colesterolo e le malattie cardiovascolari: alti valori di trigliceridi sembrano essere più i forti predittori di mortalità per malattie cardiovascolari nelle donne rispetto agli uomini. Inoltre nella donna a causa dei bassi livelli di estrogeno si registra un aumento dei lipidi nella menopausa che costituisce di per sé un fattore di rischio cardiovascolare.

La sindrome metabolica è un altro fattore che comporta un rischio di eventi cardiovascolari doppio nelle donne rispetto agli uomini. Negli ultimi anni si è registrato un incremento di questa patologia prevalentemente a carico del sesso femminile (nella popolazione italiana il 22,9 % delle donne ne risulta affetto) che sembra essere legato principalmente all'aumentata prevalenza dell'obesità tra le donne.

Tra le differenze di genere riguardanti i fattori di rischio è importante sottolineare come la sedentarietà sia maggiore nelle donne rispetto agli uomini: il 46% delle donne sono sedentarie, contro il 34 % degli uomini. Questo è dovuto probabilmente al diverso utilizzo del tempo libero dal lavoro, che vede in genere le donne più impegnate nella cura della casa e dei familiari. Altre ipotesi riguardano il possibile ruolo di pregiudizi contro l'attività fisica in gravidanza, in menopausa e nell'età avanzata.

Spesso le donne, a cause dei diversi impegni familiari e non, sono sottoposte ad un livello di stress molto più elevato rispetto agli uomini, e questo fattore incide notevolmente sulla loro salute. Secondo uno studio³⁹ lo stress psicosociale ha un effetto superiore nella donna che nell'uomo. Le donne sono inoltre più soggette a depressione, ansia, paure, pressioni sociali e questo le rende più a rischio di infarto del miocardio, essendo questi ritenuti fattori predisponenti a questa patologia.

³⁷ Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care* 2000 Jul;23(7):962-968.

³⁸ Mather S. Women's health. Intervening to prevent heart disease in women. *PATIENT CARE NURSE PRACT* 2004 04:11p.

³⁹ Prata J, Ramos S, Martins AQ, Rocha-Goncalves F, Coelho R. Women with coronary artery disease: do psychosocial factors contribute to a higher cardiovascular risk? *Cardiol Rev* 2014 Jan-Feb;22(1):25-29.

In un altro studio⁴⁰ sulla gestione delle malattie coronariche nella donna è sottolineata la necessità di eseguire una corretta prevenzione, in quanto le prime manifestazioni nelle donne sono spesso fatali. I fattori di rischio maggiormente influenti nell'insorgenza di coronaropatie nella donna sono l'età, lo stato riproduttivo e ormonale, il colesterolo HDL e trigliceridi, e la presenza di diabete. Un piano adeguato per la gestione dei fattori di rischio di ogni donna è la chiave per la riduzione del rischio a lungo termine. E' auspicabile quindi che tutti gli operatori sanitari e in particolare gli infermieri che lavorano in qualsiasi ambito, utilizzino le raccomandazioni e intraprendano più efficaci azioni d'informazione ed educazione con lo scopo di prevenire l'insorgenza delle malattie cardiovascolari nelle donne.

3.3 Consapevolezza del rischio cardiovascolare nelle donne

Secondo uno studio pubblicato dall' American Heart association⁴¹ molte donne non sono consapevoli che le malattie cardiovascolari siano la principale causa di morte tra le donne. Più del 50% delle donne incluse nello studio non considera le malattie cardiovascolari "importanti" e solo il 13% percepisce queste malattie come le principali cause di morte. Le notizie ricevute dalle donne sulle malattie cardiovascolari provengono inoltre principalmente dai mass media, mentre solo il 24% delle intervistate ha ricevuto notizie dai medici. Un ulteriore studio⁴², condotto tra il 1997 e il 2012, ha valutato la consapevolezza del rischio di malattie cardiovascolari (CVD) nelle donne di diversi gruppi etnici ed età, inoltre sono state valutate le conoscenze di segni e sintomi delle patologie cardiovascolari e delle misure di comportamento preventive. Il tasso di consapevolezza di malattia cardiovascolare come la causa principale di morte è quasi raddoppiato (56% contro il 30%), tuttavia se si considerano gli ultimi 6 anni, il tasso di consapevolezza non è cambiato in modo significativo. Inoltre, il tasso di consapevolezza che le malattie cardiache sono la principale causa di morte era più bassa nelle donne di età compresa fra 25 e 34 anni.

⁴⁰King KB, Mosca L. Prevention of Heart Disease in Women: Recommendations for Management of Risk Factors. *Prog Cardiovasc Nurs* 2000;15(2):36-42.

⁴¹Jacobs AK, Eckel RH. Evaluating and managing cardiovascular disease in women: understanding a woman's heart. *Circulation* 2005 Feb 1;111(4):383-384.

⁴²Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation* 127(11), 1254–1263 (2013).

Le informazioni presenti sulla consapevolezza soggettiva delle donne riguardo il loro rischio cardiovascolare sono molto poche, sebbene essa rappresenti un fattore predominante per attuare misure di prevenzione e scelte di stile di vita sani. Lo studio *Berlin Female Risk Evaluation (BEFRI)*⁴³ ha condotto un'analisi randomizzata su un campione di donne di età compresa tra i 25 e 74 anni, abitanti nelle aree urbane. Attraverso l'uso di questionari e lo svolgimento di esami clinici è stato misurato il livello di percezione del rischio utilizzando varie scale abbinate al punteggio di Framingham di ogni donna. Con l'aumento dell'età sono stati osservati i seguenti fattori: ipertensione, iperlipidemia, obesità. La conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolare aumenta con l'età, ma non la percezione dell'importanza della stessa.

Anche se i fattori socio-economici, come la disoccupazione e le combinazioni di altri fattori di rischio sociale (basso reddito, istruzione limitata, lavoro semplice, vivere da soli, avere dei figli), influenzano in modo significativo la consapevolezza di sé, l'età è apparso come il più forte fattore di sottovalutazione del rischio e, allo stesso tempo il fattore di rischio cardiovascolare meno percepito.

Questi dati fanno dunque pensare alla necessità di educare le donne, in particolar modo le giovani, riguardo tali patologie, e concentrarsi dunque su strategie basate sull'evidenza per prevenire malattie cardiovascolari e motivare le donne a prendere eventuali provvedimenti sul proprio stato di salute. Gli operatori sanitari dovrebbero dedicare uno sforzo particolare per migliorare il flusso d'informazioni fornite e la comunicazione con i pazienti, per stimolare una maggiore attenzione al proprio stato di salute.

Per aumentare la consapevolezza delle donne è necessario istruirle anche sulla presenza di segni e sintomi delle patologie cardiovascolari. Per esempio le donne sono più soggette degli uomini a sviluppare altri sintomi di attacco cardiaco, tra cui: dolore nella parte superiore del corpo o fastidio ad una o entrambe le braccia, alla schiena, alla spalla, al collo, alla mascella, o allo stomaco, mancanza di respiro, nausea, stanchezza inusuale o inspiegabile (che può essere presente per dei giorni), sudore freddo, stordimento e vertigini improvvise⁴⁴. Per superare gli ostacoli presenti e aumentare la consapevolezza nelle donne

⁴³ Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F, Rucke M, Floel A, Gaissmaier W, et al. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women--the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. *BMC Med* 2015 Mar 16;13:52-015-0304-9.

⁴⁴ Roberts SS. A woman's disease. Until very recently, heart attacks were thought of primarily as a danger to men. Now we know that women are at a higher risk--and that their cardiovascular disease can look very different. *Diabetes Forecast* 2008 Feb;61(2):48-49.

del loro rischio per le patologie cardiovascolari sono state condotte numerose campagne. Un esempio è il programma *Wisewoman*, condotto dal *Centers for Disease Control and Prevention*, che ha promosso interventi sullo stile di vita nelle donne con un reddito molto basso di età compresa tra i 40 e 64 anni. In ogni visita l'educazione alla salute dovrebbe essere sempre praticata in quanto le donne hanno bisogno di istruzione sul loro potenziale o reale fattore di rischio per le malattie cardiache.

Un recente studio ha indicato come gli individui con una maggiore conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolare avrebbero una maggiore possibilità di aderire ai cambiamenti di uno stile di vita sano e alla prescrizione di farmaci.⁴⁵

Nonostante gli sforzi di queste campagne, i dati epidemiologici indicano un fallimento persistente nell'aumento della percezione del rischio cardiovascolare, motivo per cui un ulteriore studio⁴⁶ ha cercato di indagare le barriere psicosociali che impediscono alle donne di riconoscere il loro rischio e prevenire queste patologie. In questo studio la società *Women's Health Research* ha condotto un sondaggio telefonico rivolto alle donne per verificare la conoscenza generale delle partecipanti sui fattori di rischio cardiaco.

Le domande erano suddivise in cinque grandi gruppi riguardanti le loro preoccupazioni, la motivazione a cambiare lo stile di vita, la consapevolezza del loro personale rischio cardiovascolare, le conoscenze cardiache generali e le conoscenze sul colesterolo.

I punteggi più alti di motivazione al cambiamento sono stati associati con una maggior conoscenza e consapevolezza del fattore di rischio personale e una più alta preoccupazione per la malattia cardiovascolare. La giovane età, l'etnia asiatica, e i livelli di istruzione più bassi sono stati associati con una minor motivazione al cambiamento.

Le conclusioni sono state che le donne più preoccupate e consapevoli del loro rischio con un'età superiore ai 45 anni sono più motivate a modificare i loro fattori di rischio.

L'educazione alla salute del cuore dovrebbe perciò essere mirata verso i sottogruppi di donne meno motivati, attraverso l'aumento della consapevolezza del loro rischio cardiovascolare.

⁴⁵ Schroetter SA, Peck SD. Women's risk of heart disease: promoting awareness and prevention -- a primary care approach. *Medsurg Nurs* 2008 04;17(2):107-113.

⁴⁶ Galbraith E, M., Mehta P, K., Veledar E, Vaccarino V, Wenger N, K. Women and Heart Disease: Knowledge, Worry, and Motivation. *J WOMENS HEALTH* (15409996) 2011 10;20(10):1529-1534.

3.4 Il ruolo e la formazione degli infermieri nella prevenzione cardiovascolare

Il rapporto che si instaura tra il paziente e l'infermiere è uno degli strumenti migliori e necessari per poter portare reali cambiamenti nello stile di vita del paziente stesso. L'infermiere costituisce un punto di riferimento per il paziente, motivo per cui le campagne educative eseguite da infermieri spesso sono molto efficaci⁴⁷. L'infermiere assume infatti un ruolo tecnico, di counselling, e di supporto psicologico.

Un esempio di programma di prevenzione multidisciplinare coordinato da infermieri è quello condotto dall'Euroaction in 8 paesi Europei, in cui il modello di gestione infermieristica più assiduo con i pazienti ha portato degli esiti migliori con una riduzione degli eventi cardiovascolari⁴⁸.

Lo studio ha coinvolto sia pazienti con cardiopatia ischemica nota (prevenzione secondaria) sia pazienti sani ma ad alto rischio di eventi cardiovascolari (prevenzione primaria). Per i primi il programma era attuato ambulatorialmente in ospedale da un team costituito, oltre che dal cardiologo, da un infermiere, un dietologo e un fisioterapista. I soggetti ad alto rischio erano invece seguiti dal medico curante e da un infermiere. Gli interventi coinvolgevano i familiari, in particolare il coniuge, e erano basati sui principi della teoria del cambiamento e dell'intervento motivazionale.

Il primo passo per affrontare i fattori di rischio nelle donne è la valutazione. Anche se questo può sembrare evidente, molti studi hanno dimostrato che alle donne spesso non viene chiesto quali abitudini di vita incidano negativamente sulla salute. Le valutazioni riguardanti l'uso del tabacco, il livello di attività fisica e la dieta possono essere inclusi come parte di una valutazione dello stato di salute iniziale, tuttavia, spesso non sono inclusi come parte del follow-up nelle visite di routine.

Dopo aver fatto la valutazione iniziale, l'attenzione deve essere rivolta ad aiutare le persone a raggiungere i loro obiettivi, soprattutto per le donne ad alto rischio. L'aderenza del paziente a comportamenti sani e al mantenimento di questi è significativo. Un passo essenziale per aiutare le donne a realizzare i loro obiettivi è l'educazione, tuttavia, è importante riconoscere che l'istruzione da sola ha effetti minimi sulla promozione di comportamenti salutari. Un approccio multidimensionale è stato valutato come il miglior

⁴⁷ Perk J et al. op. cit.

⁴⁸ Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008 Jun 14;371(9629):1999-2012.

modo per ridurre i rischi e migliorare la salute dei pazienti mediante l'applicazione di raccomandazioni sanitarie e stili di vita sani⁴⁹.

L'infermiere si prende cura della persona globalmente con un approccio olistico, identificando il suo livello di rischio, individuando la priorità d'intervento in termini preventivi ed educativi e ponendo quindi degli obiettivi ragionevoli, valutabili e misurabili. Nella letteratura infermieristica, vi sono raccomandazioni all'uso del counselling cognitivo e comportamentale come strategia per ridurre i fattori di rischio cardiovascolare, che comprende colloqui motivazionale e l'applicazione del modello trans teorico per i cambiamenti comportamentali, di cui efficacia è stata dimostrata.⁵⁰

Il colloquio motivazionale è uno stile di consulenza direttiva quando l'intervistatore suscita intenzionalmente e risolve l'ambivalenza di un paziente su un cambiamento comportamentale.

L'ambivalenza è vista come una normale reazione al cambiamento comportamentale, poiché è un processo impegnativo, che può richiedere di ridefinire le proprie credenze sul proprio comportamento. Una relazione terapeutica e non conflittuale tra cliente e infermiere permette la risoluzione dell'ambivalenza sulla persona per raggiungere poi un cambiamento.

Il modello trans teorico integra varie teorie riguardanti gli interventi sui comportamenti scorretti e si concentra sulla capacità decisionale individuale. Si ipotizza che il cambiamento del comportamento si verifica nel corso del tempo, e può potenzialmente comportare una progressione e la regressione attraverso sei fasi sequenziali: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, di manutenzione e di terminazione.

Attraverso il cambiamento nello stile di vita con l'adozione di comportamenti sani, vi è una reale diminuzione del rischio di sviluppare patologie cardiovascolari. In uno studio del *Nurses' Health Study II*⁵¹ è stata condotta un'analisi prospettica tra 88.940 donne di età compresa fra i 27 e i 44 anni, seguite per un ventennio, dal 1991 al 2011. Lo stile di vita di ogni donna è stato monitorato e aggiornato più volte mediante la somministrazione di

⁴⁹ *ibid.*

⁵⁰ Farrell T, Charles, Keeping-Burke L. The Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Nurse Practitioners Using Behaviour Modification Strategies. *Can J Cardiovasc Nurs* 2014;24(1):8-15.

⁵¹ Chomistek AK, Chiuve SE, Eliassen AH, Mukamal KJ, Willett WC, Rimm EB. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. *J Am Coll Cardiol* 2015 Jan 6;65(1):43-51.

questionari. Le donne non fumatrici con un indice di massa corporea sano, che svolgevano esercizio fisico e seguivano una dieta come indicato sono state significativamente associate a un rischio di coronaropatia più basso. Circa il 73% dei casi di malattia coronarica era attribuibile alla scarsa adesione ad uno stile di vita sano. Allo stesso modo, il 46% dei casi clinici dei fattori di rischio cardiovascolare erano attribuibili ad uno stile di vita scorretto. Questo a voler sottolineare ancora una volta come il mantenimento di uno stile di vita sano possa ridurre sostanzialmente il rischio di malattie cardiovascolari.

Il counselling infermieristico gioca un ruolo fondamentale in tutto questo processo, l'infermiere valuta quanto la persona si senta pronta a cambiare e instaura una relazione d'aiuto per aiutarla a gestire tutti quei comportamenti dannosi per la sua salute. Applicare un approccio di genere risulta essere necessario in quanto i bisogni e le esigenze nonché i fattori di rischio cardiovascolari subiscono notevoli cambiamenti in relazione al genere.

Per facilitare la formazione di operatori sanitari nelle strategie basate su prove di efficacia per prevenire le malattie cardiovascolari nelle donne è stata sviluppata la campagna di formazione professionale Heart Truth⁵². La campagna è durata 3 anni, e la formazione prevedeva lezioni basate sull'evidenza dell'American Heart Association per la prevenzione cardiovascolare. Per valutare il livello di conoscenze degli operatori sanitari sono stati sottoposti a dei test prima e dopo le lezioni con quesiti riguardanti le malattie cardiovascolari nelle donne. Le conoscenze di base erano più alti per i medici, specialmente cardiologi, mentre gli infermieri avevano una conoscenza intermedia e gli studenti molto bassa.

I punteggi erano significativamente più alti dopo la lezione educativa con aumento maggiore per coloro che avevano ottenuto punteggi basali inferiori nei pre-test.

In Italia, è stata condotta un'indagine, realizzata da Hill & Knowlton con la collaborazione tecnico-scientifica della società specializzata Maya Idee⁵³, coinvolgendo un campione di professionisti tra cui: direttori generali/direttori sanitari, farmacisti del Sistema Sanitario Nazionale e alcuni specialisti (pneumologi, dermatologi, neurologi, cardiologi e oncologi).

⁵² Ehrenthal DB, Haynes SG, Martin KE, Hitch JA, Addo SF, O'Neill E, et al. Evaluation of the Heart Truth professional education campaign on provider knowledge of women and heart disease. *Womens Health Issues* 2013 Mar-Apr;23(2):e87-93.

⁵³ GISeG - Gruppo Italiano Salute e Genere, Novartis. Dal laboratorio all'ambulatorio, le differenze ignorate in Franconi F. ed. *La salute delle differenze. Politiche e orientamenti per la Medicina di Genere*; Roma, 11 novembre 2011. 19-27. Disponibile sul sito: www.novartis.it

Dall'indagine emerge che il 90% degli intervistati vorrebbe introdurre la Medicina di Genere nei percorsi universitari di medici, infermieri e farmacisti, l'89% considera importante formare gli operatori sanitari. Secondo la maggior parte gli intervistati inoltre le regioni devono predisporre in ambito sanitario documenti programmatici che contengano il 'genere'. La Regione Toscana, per esempio, lo farà nel prossimo Piano Sanitario.

3.5 L'applicazione dell'approccio di genere nella prevenzione cardiovascolare

Le differenze esistenti nei fattori di rischio cardiovascolare, nei segni e sintomi e nella gestione delle patologie cardiovascolari nelle donne evidenziano la necessità, per gli operatori sanitari, di sviluppare strategie di prevenzione e trattamento dedicate alle donne.

In uno studio sono stati indagati quali siano gli ostacoli al cambiamento dello stile di vita nell'uomo e nelle donne che rappresentano le barriere più difficoltose da superare⁵⁴, e contestualmente sono stati valutati quali sistemi di supporto e sostegno siano migliori per mantenere uno stile di vita sano. Nelle donne la bassa autostima risulta essere la barriera più importante, assieme ai problemi economici, le scarse conoscenze e la scarsa abilità, e lo stress. I medici, infermieri, membri della famiglia, consulenti, gruppi sociali sono stati considerati come le più importanti fonti di sostegno. Una revisione sistematica⁵⁵ riguardo programmi differenti per la gestione del peso nell'uomo e nella donna fornisce un esempio di come l'approccio di genere possa portare notevoli cambiamenti ed essere molto più efficace. In questo programma gli operatori sanitari che ne hanno preso parte, hanno individuato alcune strategie diverse per uomini e donne per la perdita di peso, in modo che queste fossero più efficaci. Negli uomini la perdita di peso è favorita da una maggior percentuale di massa muscolare rispetto alla massa grassa, con conseguente maggior dispendio energetico a riposo e un maggior impatto dell'esercizio fisico sulla perdita di peso. Al contrario, le donne hanno più alte concentrazioni di leptina, un ormone che regola l'appetito che riduce il bisogno di assumere grandi quantità d'energia. Gli operatori sanitari devono concentrarsi sull'inclusione di dieta ed esercizio fisico nei tentativi di perdita di peso, e devono fornire un ampio supporto agli individui. La realizzazione di programmi

⁵⁴ Mosca L, McGillen C, Rubenfire M. Gender differences in barriers to lifestyle change for cardiovascular disease prevention. *J Womens Health* 1998 08;7(6):711-715.

⁵⁵ Williams RL, Wood LG, Collins CE, Callister R. Effectiveness of weight loss interventions ? is there a difference between men and women: a systematic review. *Obesity Reviews* 2015;16(2):171-186.

per uomini e donne deve prendere in considerazione le diverse differenze dei due sessi così da aumentare la probabilità di successo a lungo termine.

A livello internazionale, si sono svolte molte campagne negli ultimi 20 anni nell'utilizzo di un approccio di genere nella gestione delle patologie cardiovascolari. La campagna "Go Red for Women", condotta negli Stati Uniti con l'obiettivo di ridurre il numero di fattori di rischio cardiovascolare tra le donne e aumentare la consapevolezza di questo, sia nella popolazione che negli operatori sanitari, ne fornisce un valido esempio⁵⁶.

Nel 2005 la Società Europea di Cardiologia ha avviato la campagna "Woman at Heart" per attuare nuove ricerche e iniziative didattiche sulle malattie cardiovascolari nelle donne. A tale scopo si è tenuta una conferenza politica, in cui sono stati raccolti il parere di esperti riguardo alcune lacune scientifiche sulle malattie cardiovascolari nella donna e nuove strategie da attuare per aumentare la rappresentanza delle donne negli studi clinici e migliorare la stratificazione del rischio⁵⁷.

Nonostante nelle conferenze internazionali sulla salute dell'OMS e dell'Unione Europea è ribadito che l'approccio di genere alla salute sia necessario per promuovere azioni e programmi di promozione della salute, la strada per una vera strategia è tutta in salita. Diversi organismi e istituzioni internazionali dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca, finanziamenti e gruppi di lavoro: tra questi l'Organizzazione Mondiale della Sanità che si è posta numerosi obiettivi nella riduzione delle disuguaglianze di genere attraverso specifici programmi di ricerca e di valutazione di politiche. Tuttavia malgrado l'aspettativa di vita stia crescendo in tutti i nostri Paesi, gli uomini stanno guadagnando in anni di vita 'di salute' mentre le donne stanno guadagnando in anni di vita 'di disabilità'.

Lo sviluppo di una medicina di genere ha permesso negli ultimi anni di capire le motivazioni presenti nei fallimenti di diagnosi, terapia e prognosi nelle donne. In particolare la medicina di genere ha messo in luce come le donne non siano mai studiate nelle loro centralità, come invece avviene per l'uomo.

⁵⁶ Maas AHEM, Van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. *Eur Heart J* 2011 The Oxford University Press;32(11):1362-1368.

⁵⁷ Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006 Apr;27(8):994-1005.

4.DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Sintesi dei risultati e valutazione critica della letteratura analizzata

Per svolgere la revisione sono stati selezionati molti studi, ma solo alcuni di questi sono stati inclusi nella ricerca. Nella letteratura nazionale e internazionale molti programmi di prevenzione cardiovascolare identificati non applicavano l'approccio di genere, ma si limitavano a riportare strategie d'intervento sulla popolazione in generale. La Medicina di Genere, seppur siano presenti prove della sua efficacia, è ancora scarsamente considerata e questo ha contribuito a rendere più difficoltosa tale ricerca in quanto gli studi trovati non sono in un numero così elevato da permettere un confronto più preciso sull'efficacia o meno dell'approccio di genere nella prevenzione cardiovascolare.

La ricerca bibliografica pone in evidenza la necessità dell'applicazione della medicina di genere non solo nel campo medico, ma anche nel campo infermieristico. Degli studi presentati una piccola minoranza sono in italiano, nonostante le statistiche riportino un'elevata incidenza di malattie cardiovascolari sia nelle donne che negli uomini anche nel nostro paese. Il *Rapporto nazionale 2007-2009 sulle Diseguaglianze sociali e salute* nella sorveglianza *Passi*⁵⁸ riporta un'analisi sulla dimensione delle disuguaglianze sociali in Italia in relazione a stili di vita, fattori di rischio e presenza di malattie croniche, adesione a programmi di screening, percezione dello stato di salute e sintomi depressivi e, per ognuno di questi temi affronta le differenze di genere. Tra questi, alcuni determinanti di salute offrono una panoramica sullo stato di salute delle donne italiane: un basso livello socioeconomico è associato con un alto livello di fumo e un alto livello di sedentarietà, mentre un alto livello socioeconomico è associato con un alto livello di alcol, inoltre nelle donne l'associazione tra prevalenza di diabete e stato socioeconomico è più marcata rispetto agli uomini, in particolare nella classe d'età 50-69 anni.

Nella popolazione generale delle società attuali, i dati sulla crescente prevalenza di fattori di rischio associati con comportamenti non salutari indicano chiaramente la rilevanza per la salute pubblica di questo problema, soprattutto tra le donne più giovani di popolazione svantaggiate e in alcune aree geografiche come l'Europa Meridionale e orientale⁵⁹.

⁵⁸ Epicentro. 8 marzo 2012: i dati del Cnesps sulla salute delle donne. [pubblicato il: 08/03/2012; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.epicentro.it

⁵⁹ Stranges S, Guallar E. Cardiovascular disease prevention in women: a rapidly evolving scenario. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012 Dec;22(12):1013-1018.

La ricerca ha riscontrato inoltre diverse limitazioni legate all'attuazione delle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nella donna. Le donne non sono un gruppo omogeneo, per quanto concerne elementi come: lo status sociale, il livello d'istruzione e fattori culturali che possono influenzare l'aderenza o meno alle raccomandazioni nell'adottare stile di vita sani. In uno studio⁶⁰ è stato chiesto alle donne quali barriere reputassero maggiormente significative: al primo posto vi è la mancanza di consapevolezza del rischio seguito dalla mancanza di servizi finanziari, dal ruolo sociale e cultura (lingua, rifiuto dei problemi di salute...), dalla mancanza di programmi accessibili e dalla logistica (trasporto, custodia dei figli). Per identificare e consigliare specifici sottogruppi di donne il cui rischio cardiovascolare differisce dalla popolazione in generale o che possono richiedere strategie preventive su misura, sarà necessario tener in considerazione anche questi fattori. Altri fattori che limitano l'applicazione delle linee guida sono i limiti temporali, la bassa compliance, e una mancanza di controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nella pratica clinica.

Gli operatori sanitari dovranno necessariamente semplificare il messaggio e il contenuto delle linee guida cliniche e preventive in modo da permettere l'accessibilità alle raccomandazioni al pubblico in generale, ma è chiaro che sono necessarie ulteriori ricerche in strumenti pratici per migliorare l'applicazione delle linee guida.

4.2 Punti di forza e di debolezza della ricerca

Le malattie cardiovascolari presentano un problema di salute pubblica, tuttavia le differenze di genere esistenti nella prevenzione di queste è un concetto ancora troppo poco indagato. Oltre alla ridotta disponibilità di materiale in lingua italiana, altro punto debole della ricerca è stato che alcuni articoli, presentando solo l'abstract, non sono stati includibili in questa. Infine anche il limite temporale della ricerca ha contribuito a renderla maggiormente difficoltosa.

Molti articoli interessanti sono stati invece reperiti in America, Canada e Australia in cui sono state proposte le diverse strategie per migliorare la situazione attuale, cercando di ridurre la diffusione delle patologie cardiovascolari nella donna e nell'uomo attraverso l'applicazione di un approccio di genere basato sull'attuazione dell'*evidence-based medicine*.

⁶⁰ Liewer L, Mains DA, Lykens K, René A. Barriers to Women's Cardiovascular Risk Knowledge. Health Care Women Int 2008;29(1):23-38.

Il punto di forza della ricerca riguarda la disponibilità di materiale straniero reperito mediante banche dati online, articoli, siti internet.

4.3 Potenziali applicazioni in un contesto specifico

Negli ospedali, ambulatori, distretti, ma anche nella vita quotidiana, gli infermieri sono in costante relazione con persone che troppo spesso adottano nella loro vita comportamenti sbagliati, senza rendersi conto dei rischi per la propria salute. Essi hanno l'opportunità di intervenire, sia attraverso l'informazione dei fattori di rischio ma anche attraverso la proposta di strategie e supporto⁶¹. Dalla ricerca è evidente il bisogno di introdurre la medicina di genere nella prevenzione cardiovascolare, in quanto la percentuale di donne colpite da tali patologie è molto elevata. Tuttavia il livello di formazione degli infermieri per quanto riguarda le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nelle donne non è molto elevato, ed emerge la necessità di attuare corsi di formazione sull'utilizzo di una prospettiva di genere, non solo per gli infermieri e operatori sanitari che già praticano la professione, ma anche per studenti durante la loro formazione universitaria poiché rappresentano il futuro della medicina⁶². Una potenziale applicazione dell'approccio di genere nella prevenzione cardiovascolare potrebbe realizzarsi nella formazione universitaria prevedendo un corso specifico di Medicina di Genere: in questo modo verrebbe data l'adeguata importanza alle differenze di genere, non solo nell'ambito lavorativo ma nella vita quotidiana. L'educazione delle donne riguardo il rischio e la prevenzione delle malattie cardiovascolari dovrebbe essere un obiettivo di tutti gli operatori sanitari, in particolar modo degli infermieri che costituiscono il più grande gruppo di professionisti del settore sanitario. Con oltre la metà del personale che lavora in ambito ospedaliero, gli infermieri possono influire sulla consapevolezza della malattia cardiovascolari delle donne. Nello studio di Kiamco-Millman F. et al.⁶³ sono state indagate le intenzioni, gli atteggiamenti e le percezioni degli infermieri, di educare i pazienti di sesso femminile circa il rischio e la prevenzione di malattie cardiache. Lo studio ha rivelato associazioni significative tra gli atteggiamenti adottati dagli infermieri, le norme soggettive presenti nei luoghi di lavoro e la percezione del controllo del proprio

⁶¹ op. cit. Farrell T. et al. The Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Nurse Practitioners Using Behaviour Modification Strategies.

⁶² Op. cit. GISeg - Gruppo Italiano Salute e Genere, Novartis. Dal laboratorio all'ambulatorio, le differenze ignorate. 26

⁶³ Kiamco-Millman F, Pinto-Zipp G. Factors associated with nurses' intentions to educate female patients on heart disease risk and prevention. J Cardiovasc Nurs 2013 Nov-Dec;28(6):E9-E17.

comportamento. Un esempio di come viene applicato in modo efficace l'approccio di genere nella prevenzione cardiovascolare da parte di infermieri è il progetto condotto dalla Women's Healthy Heart Initiative (WHHI)⁶⁴, in cui infermieri con una formazione specifica sulla differenza di genere si sono occupati di un gruppo di donne tra i 45 e 65 anni con lo scopo di migliorare la loro salute cardiovascolare in un'atmosfera in cui sono stati rispettati i loro bisogni individuali.

Come emerge dall'analisi della letteratura presentata, l'approccio di genere nella prevenzione cardiovascolare trova il suo impiego più efficace negli ambulatori cardiologici, nei confronti degli assistiti con un maggior rischio di andar incontro a patologie cardiovascolari. Tuttavia anche a livello territoriale nell'ambito dei servizi di continuità delle cure e di assistenza domiciliare la prevenzione cardiovascolare con l'utilizzo di un approccio di genere potrebbe rappresentare un nuovo modo per diffondere informazioni riguardanti la salute, creando un dialogo, con la persona, sensibile ai diversi bisogni e necessità e offrendo l'opportunità a questa di migliorare il suo stato di salute, non attraverso "un'autoregolamentazione" ma attraverso un reale e concreto sostegno della sanità.

4.4 Conclusioni

Le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di morte tra le donne, e il rischio di sviluppare queste patologie aumenta quando esse raggiungono il periodo della menopausa. Vivere in modo sano, per esempio condurre una vita non sedentaria, mantenere un peso adeguato al proprio fisico, astenersi dal fumo, diminuisce notevolmente questo rischio.

Nel rapporto pubblicato online dall'*Agenzia per la Ricerca Sanitaria e Qualità*⁶⁵ è sottolineato l'esistenza di forti disparità nell'assistenza di donne e uomini da parte dei propri medici, in cui i pazienti di sesso femminile avevano meno probabilità rispetto ai pazienti di sesso maschile di ricevere consigli sul corretto stile di vita da adottare.

Negli ultimi anni la diffusione di una Medicina di Genere in Italia è aumentata⁶⁶, nonostante ciò deve essere potenziata, per tutelare la salute non solo delle donne, ma di

⁶⁴ Wray W. Preventing Cardiovascular Disease in Women. *Can Nurse* 2014 04;110(3):24-28.

⁶⁵ op. cit. Jarvie JL et al. Recognizing and improving health care disparities in the prevention of cardiovascular disease in women.

⁶⁶ Baggio G., Basili S., Lenzi A., *Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico, Medicina e Chirurgia* Maggio 2014, 62: 2778-2782

tutti i cittadini italiani. Il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, l'Istituto Superiore di Sanità, la Fondazione Giovanni Lorenzini (Milano-Houston), il Gruppo Italiano Salute e Genere hanno messo in atto iniziative e ricerche che hanno sensibilizzato molte Società scientifiche, molte realtà politiche regionali e il Parlamento Italiano che il 27 Marzo 2012 ha approvato all'unanimità una mozione sulla Medicina di Genere⁶⁷.

Molte Regioni hanno inserito nel proprio PSSR la Medicina di genere, in particolare Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Marche, Puglia. A Padova l'Università degli studi ha fondato la prima Cattedra in Italia (e seconda in Europa) di Medicina di Genere con l'obiettivo di renderla pervasiva in ogni campo della medicina, dalle materie precliniche a tutte le specialità.

La letteratura internazionale (Govender - Kekana, Penn, 2007)⁶⁸ evidenzia alcuni azioni necessarie e imprescindibili per migliorare la pratica clinica dei sistemi sanitari, riconoscendo la salute delle donne: stimolare la comprensione e lo studio delle prospettive di genere nei professionisti della salute e a tutti i livelli del sistema sanitario, rimuovere attraverso le necessarie azioni politiche le barriere finanziarie, fisiche e culturali che impediscono l'accesso a una buona qualità delle cure.

Si possono così riassumere i diversi interventi che compongono le strategie di prevenzione: stabilire il livello di rischio del/la paziente attraverso l'indagine dettagliata della sua storia personale e familiare, tenendo conto delle differenze di genere presenti nei diversi fattori di rischio; intervenire con modifiche allo stile di vita come riportato sulle raccomandazioni attraverso l'educazione del/la paziente, ascoltando le diverse esigenze ed impegni; intervenire per ridurre i fattori di rischio cardiovascolare sulla base della "forza" della raccomandazione, del livello di evidenza, del livello di rischio sempre in un'ottica di genere. In questo modo attraverso programmi, volti a formare gli operatori sanitari sulla medicina di genere, saranno identificate un numero sempre più elevato di donne con fattori di rischio ed educate, così da prevenire gli eventuali eventi cardiovascolari e ridurre la mortalità causata da questi.

⁶⁷ Documento a cura del gruppo quotidianosanità. Medicina di Genere: Camera prova mozione unificata. [pubblicato il: 27 marzo 2012; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile al sito: www.quotidianosanita.it

⁶⁸ Ministero della salute. A cura della Commissione Salute delle donne – Gruppo di Lavoro 1, Conferenza Nazionale sulla salute delle donne e Piano Intersettoriale . Atti del seminario "Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute." [pubblicato il: 12/2007; ultimo acceso: settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.ministerosalute.it

BIBLIOGRAFIA

Bassuk SS, Manson JE. Chapter 15 - Gender-Specific Aspects of Selected Coronary Heart Disease Risk Factors: A Summary of the Epidemiologic Evidence. In: Legato MJ, editor. Principles of Gender-Specific Medicine (Second Edition) San Diego: Academic Press; 2010. p. 162-174.

Corti MC, Guralnik JM, Sartori L, Baggio G, Manzato E, Pezzotti P, et al. The effect of cardiovascular and osteoarticular diseases on disability in older Italian men and women: rationale, design, and sample characteristics of the Progetto Veneto Anziani (PRO.V.A.) study. J Am Geriatr Soc 2002 Sep;50(9):1535-1540.

Fowler RA, Sabur N, Li P, Juurlink DN, Pinto R, Hladunewich MA, et al. Sex-and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care. CMAJ 2007 Dec 4;177(12):1513-1519.

Franconi F, Campesi I. Pharmacogenomics, pharmacokinetics and pharmacodynamics: interaction with biological differences between men and women. Br J Pharmacol 2014 Feb;171(3):580-594.

Redberg RF. Don't assume women are the same as men: include them in the trial. Arch Intern Med 2012 Jun 25;172(12):921.

Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: a report from the European Heart Health Strategy (EuroHeart) project. Eur Heart J 2010 The Oxford University Press.

SITOGRAFIA

Assessorato alla sanità, progetto una salute a misura di donna, coordinatore Elvira Reale. Le patologie lavoro-correlate. [Pubblicato il: 03/2005; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.salutementaledonna.it

Boxmedia. L'ipertensione e il rischio cardiovascolare nella donna: le differenza ci sono se le cerchi. [Pubblicato il: 03/05/2013; ultimo accesso: agosto 2015]. Disponibile sul sito: www.boxmediaonline.com

Documento a cura delle associazioni World Heart Day, The European Society of Cardiology (ESC), The European Heart Network (EHN). World Heart Day: New European statistics released on heart disease and stroke. [Pubblicato il: 28 settembre 2012; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.escardio.org

Documento a cura del Gruppo di Lavoro della Società Italiana di Cardiologia, coordinatrice Maria Grazia Modena. Il cuore delle donne. [Pubblicato il 16/02/2007; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.giornaledicardiologia.it

Documento a cura di De Silvio M. G., coordinatrice del Gruppo Pari Opportunità e Medicina di Genere della SIGO. Dalle pari opportunità alla medicina di genere. [Pubblicato il: 20 Febbraio 2013; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.sigo.it

Documento a cura del gruppo quotidianosanità. Medicina di Genere: Camera prova mozione unificata. [pubblicato il: 27 marzo 2012; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile al sito: www.quotidianosanita.it

Epicentro. 8 marzo 2012: i dati del Cnesps sulla salute delle donne. [Pubblicato il: 08/03/2012; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.epicentro.it

GISEG - Gruppo Italiano Salute e Genere, Novartis. Dal laboratorio all'ambulatorio, le differenze ignorate in Franconi F. ed. La salute delle differenza. Politiche e orientamenti per la Medicina di Genere; Roma, 11 novembre 2011. 19-27. Disponibile sul sito: www.novartis.it

GISEG - Gruppo Italiano Salute e Genere, Novartis. Per una terapia declinata al femminile in Vella S. ed. La salute delle differenza. Politiche e orientamenti per la Medicina di Genere; Roma, 11 novembre 2011. 29-33. Disponibile sul sito: www.novartis.it

Ministero della salute. A cura della Commissione Salute delle donne – Gruppo di Lavoro 1, Conferenza Nazionale sulla salute delle donne e Piano Intersettoriale . Atti del seminario "Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute." [Pubblicato il: 12/2007; ultimo accesso: settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.ministerosalute.it

Ministero della Salute. La salute delle donne: un diritto in costruzione. [Pubblicato il: Maggio 2008; ultimo accesso: Settembre 2015]. Disponibile sul sito: www.ministerosalute.it

Ministero della salute. Lo Stato di Salute delle donne in Italia. [Pubblicato il: 06/03/2008; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it

Modena M. G., Nuzzo A. Differenze di genere nella prevenzione cardiovascolare. [Pubblicato il: 19/07/2008; ultimo accesso: agosto 2015]. Disponibile sul sito: www.progettoasco.it

Nuovo Codice Deontologico della professione infermieristica. [Pubblicato il: 10/01/2009; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.ipasvi.it

Profilo professionale dell'Infermiere. [Pubblicato il: 14.09.1994; ultimo accesso: luglio 2015]. Disponibile sul sito: www.ipasvi.it

ARTICOLI

Appelman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis* 2015 Jul;241(1):211-218.

Baggio G., Basili S., Lenzi A., Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico, *Medicina e Chirurgia* Maggio 2014, 62: 2778-2782

Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med* 2013 Apr;51(4):713-727.

Chomistek AK, Chiuve SE, Eliassen AH, Mukamal KJ, Willett WC, Rimm EB. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. *J Am Coll Cardiol* 2015 Jan 6;65(1):43-51.

Doran N. Sex differences in smoking cue reactivity: Craving, negative affect, and preference for immediate smoking. *American Journal on Addictions* 2014 05;23(3):211-217.

Ehrenthal DB, Haynes SG, Martin KE, Hitch JA, Addo SF, O'Neill E, et al. Evaluation of the Heart Truth professional education campaign on provider knowledge of women and heart disease. *Womens Health Issues* 2013 Mar-Apr;23(2):e87-93.

Farrell T, Charles, Keeping-Burke L. The Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Nurse Practitioners Using Behaviour Modification Strategies. *Can J Cardiovasc Nurs* 2014 2014;24(1):8-15.

Galbraith E, M., Mehta P, K., Veledar E, Vaccarino V, Wenger N, K. Women and Heart Disease: Knowledge, Worry, and Motivation. *J WOMENS HEALTH* (15409996) 2011 10;20(10):1529-1534.

Jacobs AK, Eckel RH. Evaluating and managing cardiovascular disease in women: understanding a woman's heart. *Circulation* 2005 Feb 1;111(4):383-384.

Jarvie JL, Foody JM. Recognizing and improving health care disparities in the prevention of cardiovascular disease in women. *Curr Cardiol Rep* 2010 Nov;12(6):488-496.

Kiamco-Millman F, Pinto-Zipp G. Factors associated with nurses' intentions to educate female patients on heart disease risk and prevention. *J Cardiovasc Nurs* 2013 Nov-Dec;28(6):E9-E17.

King KB, Mosca L. Prevention of Heart Disease in Women: Recommendations for Management of Risk Factors. *Prog Cardiovasc Nurs* 2000;15(2):36-42.

Lam CS, Little WC. Sex and cardiovascular risk: are women advantaged or men disadvantaged? *Circulation* 2012 Aug 21;126(8):913-915.

Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care* 2000 Jul;23(7):962-968.

Liewer L, Mains DA, Lykens K, René A. Barriers to Women's Cardiovascular Risk Knowledge. *Health Care Women Int* 2008;29(1):23-38.

Maas AHEM, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. *Eur Heart J* 2011 The Oxford University Press;32(11):1362-1368.

Martins D, Nelson K, Pan D, Tareen N, Norris K. The effect of gender on age-related blood pressure changes and the prevalence of isolated systolic hypertension among older adults: data from NHANES III. *J Gend Specif Med* 2001;4(3):10-3, 20.

Mather S. Women's health. Intervening to prevent heart disease in women. *PATIENT CARE NURSE PRACT* 2004 04:11p.

Melloni C, Berger JS, Wang TY, Gunes F, Stebbins A, Pieper KS, et al. Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010 Mar;3(2):135-142.

Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011 Mar 22;123(11):1243-1262.

Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation* 127(11), 1254–1263 (2013).

Mosca L, McGillen C, Rubenfire M. Gender differences in barriers to lifestyle change for cardiovascular disease prevention. *J Womens Health* 1998 08;7(6):711-715.

Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F, Rucke M, Floel A, Gaissmaier W, et al. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women--the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. *BMC Med* 2015 Mar 16;13:52-015-0304-9.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *G Ital Cardiol (Rome)* 2013 May;14(5):328-392.

Putting gender on the agenda. *Nature* 2010 Jun 10;465(7299):665.

Prata J, Ramos S, Martins AQ, Rocha-Goncalves F, Coelho R. Women with coronary artery disease: do psychosocial factors contribute to a higher cardiovascular risk? *Cardiol Rev* 2014 Jan-Feb;22(1):25-29.

Roberts SS. A woman's disease. Until very recently, heart attacks were thought of primarily as a danger to men. Now we know that women are at a higher risk--and that their cardiovascular disease can look very different. *Diabetes Forecast* 2008 Feb;61(2):48-49.

Schroetter SA, Peck SD. Women's risk of heart disease: promoting awareness and prevention -- a primary care approach. *Medsurg Nurs* 2008 04;17(2):107-113.

Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006 Apr;27(8):994-1005.

Stranges S, Guallar E. Cardiovascular disease prevention in women: a rapidly evolving scenario. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012 Dec;22(12):1013-1018.

Turk MW, Tuite PK, Burke LE. Cardiac health: primary prevention of heart disease in women. *Nurs Clin North Am* 2009 Sep;44(3):315-325.

Williams RL, Wood LG, Collins CE, Callister R. Effectiveness of weight loss interventions ? is there a difference between men and women: a systematic review. *Obesity Reviews* 2015;16(2):171-186.

Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008 Jun 14;371(9629):1999-2012.

Wray W. Preventing Cardiovascular Disease in Women. *Can Nurse* 2014 04;110(3):24-28.

ALLEGATI

Allegato n°1 - Strategia di ricerca di raccolta dati sintetica

BANCA DATI	Strategie di ricerca	Articoli identificati	Articoli selezionati	Articoli inclusi
PubMed	Cardiovascular disease prevention AND gender differences AND woman AND health	534	80	12
	Cardiovascular disease prevention AND Woman AND risk factors AND awareness	282	12	3
	Cardiovascular disease prevention AND nurse AND woman	136	21	4
	Cardiovascular disease prevention AND effectiveness AND woman AND lifestyle	98	9	1
	cardiovascular disease AND prevention programme AND nurse	125	4	1
	Sex differences AND weight loss AND systematic review	76	3	2
	Cinahl	Sex differences AND gender inequality	49	8
	Cardiovascular prevention AND women	137	9	4

	heart			
	Cardiovascular disease AND Primary prevention AND woman	16	6	1
Google scholar	Cardiovascular disease prevention AND gender differences AND woman	3	3	3
TOTALE ARTICOLI		1456	155	33
ALTRE FONTI		Materiale identificato	Materiale selezionato	Materiale incluso
Epicentro		29	9	1
Ministero della salute		20	6	2
Altre fonti (articoli, siti internet)		15	15	15
TOTALE		64	30	18
TOTALE MATERIALE REPERITO				51

Allegato n°2 - Analisi dati raccolti

La ricerca del materiale si è svolta attraverso Banche Dati online: **PubMed, Cinahl** e altre fonti: **Google Scholar e altri siti internet.**

ARTICOLO	OBIETTIVO DELLO STUDIO/ TIPO DI DISEGNO	SETTING	POPOLAZIONE STUDIATA	RISULTATI PRINCIPALI	CONCLUSIONI/ COMMENTI/ IMPLICAZIONI PER LA PRATICA
Appelman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. Atherosclerosis. 2015;241:211-218	Revisione sistematica che ha esaminato, attraverso studi prospettici, gli effetti e la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nell'uomo e nella donna.	Lo studio è stato eseguito in diversi dipartimenti di cardiologia, assistenza primaria e università dei Paesi Bassi e Regno Unito.	La revisione ha incluso recenti studi prospettici di coorte, studi trasversali, alcuni studi randomizzati. Inoltre è stata condotta una ricerca bibliografica per esaminare l'impatto dei fattori di rischio cardiovascolari specifici delle donne sui fattori di rischio tradizionali e l'insorgenza delle malattie cardiovascolari.	Dai risultati prodotti, gli effetti di un'elevata pressione sanguigna, il sovrappeso, l'obesità, l'elevato colesterolo sugli esiti cardiovascolari sono simili tra uomini e donne, ma fumare per molto tempo è molto più pericoloso per le donne che per gli uomini. Inoltre sono state trovate evidenti associazioni tra i fattori di rischio specifici femminile quali preeclampsia, diabete gestazionale e la menopausa e la presenza di malattie cardiovascolari.	In conclusione le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte negli uomini e nelle donne, ma la prevalenza è maggiore nelle donne. La determinazione del profilo di rischio deve tener conto che ci sono differenze nell'impatto dei fattori di rischio, peggiore nelle donne. Maggior considerazione deve essere posta negli interventi di stile di vita e nell'aumento della consapevolezza nelle donne. L'attenzione per i fattori di rischio specifici femminili può consentire la diagnosi precoce e l'intervento nelle donne apparentemente sane. Sono necessari ulteriori studi per sviluppare nuove strategie di valutazione e gestione del rischio nelle donne.

<p>Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. Clin Chem Lab Med. 2013;51:713-727.</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono stati sottolineate le differenze di genere esistenti nei cinque principali campi della medicina: malattie cardiovascolari, farmacologia, oncologia, malattie epatiche ed osteoporosi.</p>	<p>Lo studio è stato eseguito presso l'azienda Ospedaliera di Padova.</p>	<p>Gli studi che sono stati incluso sono stati svolti negli ultimi dieci anni. In questa revisione sono state presentati i dati e le domande aperte sui diversi campi della medicina di genere, al fine di mettere in evidenza le difficoltà di pratica clinica del lavoro quotidiano di un medico di fronte alla disparità di genere nelle malattie cardiovascolari, farmacologia, oncologia, malattie epatiche e l'osteoporosi.</p>	<p>Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di invalidità e di mortalità nelle donne. I fattori di rischio per le malattie cardiovascolari hanno diversi effetti negli uomini e nelle donne. Differenze di genere sono presenti anche nella farmacocinetica e nella farmacodinamica. Altre differenze riguardano l'incidenza del cancro, la sua aggressività e prognosi.</p>	<p>In conclusione questa recensione sottolinea l'urgenza della scienza di base e la ricerca clinica per aumentare la nostra comprensione delle differenze di genere di malattie.</p>
---	--	---	---	---	--

<p>Chomistek AK, Chiuve SE, Eliassen AH, Mukamal KJ, Willett WC, Rimm EB. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. J Am Coll Cardiol. 2015;65:43-51.</p>	<p>Studio prospettico di coorte in cui è stata stimata la percentuale di donne che hanno presentato malattie coronariche e cardiovascolari attribuibili ad una scarsa adesione ad uno stile di vita sano.</p>	<p>Lo studio è stato eseguito in alcune università negli Stati Uniti tra il 1991 e il 2011.</p>	<p>E' stato condotto uno studio prospettico tra 88,940 donne, di età compresa tra i 27 e i 44 anni, seguite dal 1991 al 2011 presso il <i>Nurses' Health Study II</i>. Lo stile di vita è stato valutato continuamente attraverso questionari. Uno stile di vita sano è stato definito come non fumare, avere un indice normale di massa corporea, svolgere attività fisica almeno 2,5 ore a settimana, guardare la televisione meno di sette ore a settimana, seguire una dieta sana.</p>	<p>Durante i 20 anni di follow-up, sono stati documentati 456 casi. Il non fumare, l'indice di massa corporea sano, l'esercizio fisico e la dieta sana sono state indipendentemente e significativamente associati con un rischio più basso di coronaropatia. Circa il 73% dei casi di malattia coronarica e il 46 % dei casi di malattie cardiovascolari sono stati attribuibili alla scarsa adesione ad uno stile di vita sano.</p>	<p>La prevenzione primaria nelle giovani donne, attraverso il mantenimento di uno stile di vita sano può ridurre sostanzialmente l'insorgenza delle malattie cardiovascolari.</p>
--	---	---	--	---	---

<p>Ehrental DB, Haynes SG, Martin KE, Hitch JA, Addo SF, O'Neill E, et al. Evaluation of the Heart Truth professional education campaign on provider knowledge of women and heart disease. Womens Health Issues. 2013;23:e87-93</p>	<p>Studio prospettico di coorte in cui è stata valutato il cambiamento di conoscenza dei diversi operatori sanitari e studenti delle linee guida per la prevenzione cardiovascolare nelle donne dell'America Heart Association, prima e dopo le lezioni della campagna tenutesi sull'argomento.</p>	<p>Lo studio è stato eseguito in un centro di ricerca negli Stati Uniti (Delaware, New York, Ohio) tra il 2008 e il 2011.</p>	<p>Nella campagna di 3 anni sono state presentate delle lezioni su linee guida basate sull'evidenza dell'American Heart Association per la prevenzione cardiovascolare nelle donne, rivolte agli operatori sanitari e agli studenti. Ad ogni partecipante è stato fatto completare un test prima e dopo la campagna, così da poter valutare l'efficacia della campagna sulla conoscenza delle linee guida.</p>	<p>I punteggi dei test somministrati prima delle lezioni sono stati più alti per i medici, con un punteggio più basso (63%) per i ginecologi e un punteggio più alto (76%) per i cardiologi. Gli infermieri hanno avuto punteggi intermedi (56%) e gli studenti hanno avuto i punteggi più bassi (49%). I punteggi sono stati significativamente più alti dopo la lezione educativa, con un aumento maggiore per i punteggi basali inferiori.</p>	<p>Lo svolgimento di lezioni rivolte agli operatori sanitari e agli studenti può essere molto utile per aumentare le conoscenze sulla prevenzione cardiovascolare nella donna, dato che il livello di conoscenza basale tra di questi, in particolare tra gli studenti, è stato riscontrato essere molto basso.</p>
--	---	---	--	---	---

<p>Doran N. Sex differences in smoking cue reactivity: Craving, negative affect, and preference for immediate smoking. American Journal on Addictions. 2014;23:211-217.</p>	<p>Studio prospettico di coorte in cui sono state valutate le differenze di sesso nel desiderio, nell'influenza, e nella preferenza per il fumo immediatamente dopo l'esposizione a questo.</p>	<p>Lo studio è stato eseguito presso l'università della California, a San Diego. I dati sono stati raccolti nel 2003-2004.</p>	<p>I fumatori abitudinari sono stati esposti al fumo e immediatamente sono stati valutati i differenti desideri e influenze e preferenze dei fumatori. Sono stati per questo scopo utilizzati questionari (QSU-brief), scale (PANAS) e osservato il loro comportamento.</p>	<p>I risultati hanno indicato che le donne esposte al fumo avevano una maggior preferenza a fumare nell'immediato, riportando un maggior desiderio di sigaretta ed effetti negativi.</p>	<p>I dati suggeriscono che le donne possono aver maggiori difficoltà ad inibire il desiderio di fumare dopo l'esposizione a questo, forse a causa di un maggior aumento del desiderio e di influenze negative. Questi risultati suggeriscono un meccanismo che può contribuire ad un maggior fallimento nella cessazione del fumo da parte delle fumatrici di sesso femminile.</p>
--	---	--	---	--	--

<p>Farrell T, Charles, Keeping-Burke L. The Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Nurse Practitioners Using Behaviour Modification Strategies. Can J Cardiovasc Nurs. 2014;24:8-15.</p>	<p>Revisione sistematica in cui è stata valutata l'efficacia di alcune strategie di modificazione del comportamento condotte da infermieri, con lo scopo di promuovere uno stile di vita sano.</p>	<p>La revisione è stata svolta in Canada ed ha raccolto studi condotti negli ultimi decenni.</p>	<p>Gli studi presentati valutavano l'efficacia di alcuni approcci del counselling motivazionale in uomini e donne, come strategie per ridurre i fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione, in particolare i colloqui motivazionali e il modello transteorico.</p>	<p>Gli infermieri, essendo spesso a stretto contatto con i pazienti, hanno un ruolo chiave nelle modificazioni dei comportamenti per migliorare lo stile di vita e prevenire l'insorgenza delle malattie cardiovascolari. Il colloquio motivazionale e il modello transteorico sono risultati efficaci</p>	<p>La prevenzione cardiovascolare per diminuire i fattori di rischio cardiovascolare è necessaria, motivo per cui gli infermieri e gli operatori sanitari devono investire gran parte del loro tempo a promuovere stile di vita sani.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Galbraith E, M., Mehta P, K., Veledar E, Vaccarino V, Wenger N, K. Women and Heart Disease: Knowledge, Worry, and Motivation. J WOMENS HEALTH (15409996). 2011;20:1529-1534.</p>	<p>Studio retrospettivo di corte in cui sono state valutate le barriere psicosociali che impediscono alle donne di riconoscere il loro rischio cardiovascolare e prevenire attivamente le malattie cardiovascolari.</p>	<p>La studio è stato svolto negli Stati Uniti nel 2007.</p>	<p>È stato svolto un sondaggio telefonico tra un campione casuale di 534 donne, commissionato dalla società <i>Women's Health Research</i> . Il sondaggio è stato progettato per verificare la conoscenza generale delle donne dei fattori di rischio. Le domande sono state raggruppate in cinque categorie: preoccupazioni, la motivazione a cambiare lo stile di vita, la consapevolezza del loro personale rischio cardiovascolare, le conoscenze cardiache generali e le conoscenze sul colesterolo.</p>	<p>I punteggi più alti di motivazione al cambiamento sono stati associati con una maggior conoscenza e consapevolezza del fattore di rischio personale e una più alta preoccupazione per la malattia cardiovascolare. La giovane età, l'etnia asiatica, e i livelli di istruzione più bassi sono stati associati con una minor motivazione al cambiamento.</p>	<p>Le donne preoccupate e consapevoli del loro rischio, di età superiore ai 45 anni sono più motivate a modificare i loro fattori di rischio. L'educazione alla salute cardiovascolare deve essere rivolta ai gruppi di donne meno motivate, così da aumentare la consapevolezza del loro rischio.</p>
--	---	---	---	--	--

<p>Jacobs AK, Eckel RH. Evaluating and managing cardiovascular disease in women: understanding a woman's heart. Circulation. 2005;111:383-384.</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono riportati alcuni studi sul rischio cardiovascolare delle donne, con lo scopo di aumentare la consapevolezza delle differenze presenti tra uomo e donna, e migliorare la salute delle donne.</p>	<p>La revisione è stata svolta negli Stati Uniti a Boston e raccoglie studi condotti nell'ultimo decennio.</p>	<p>Nella revisione sono stati presentati studi che indagavano le differenze di genere nei fattori di rischio cardiovascolare, ma anche della loro conoscenza tra i medici. L'obiettivo della campagna è quello di sensibilizzare le donne e gli operatori sanitari sulle malattie cardiovascolari, le quali sono la più grande minaccia per la salute delle donne.</p>	<p>La ricerca di emergenti marcatori di rischio cardiovascolari, come la proteina C-reattiva, il fibrinogeno, la lipoproteina, e l'omocisteina è stata diffusa negli ultimi anni e ha iniziato a influenzare la pratica clinica. Tuttavia i fattori di rischio più tradizionali rimangono significativi ed è su di questi che bisogna concentrare gli sforzi educativi. Due recenti meta-analisi confermano l'importanza di continuare a modificare l'impatto dei fattori di rischio più tradizionali.</p>	<p>In conclusione gli sforzi educativi devono essere la priorità e devono cominciare presto, essere incorporati nei programmi scolastici di medicina, ed essere applicati nella pratica clinica.</p>
---	--	--	--	--	--

<p>Jarvie JL, Foody JM. Recognizing and improving health care disparities in the prevention of cardiovascular disease in women. Curr Cardiol Rep. 2010;12:488-496.</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono presenti studi che sottolineano e riconoscono l'eventuale presenza di differenze innate in conseguenza della diversa fisiologia, dei diversi rischi e di fattori di protezione che sono specifici per le donne. L'apprezzamento di queste differenze si traduce in migliori cure per le donne e di conseguenza in esiti migliori.</p>	<p>La revisione è stata svolta negli Stati Uniti e raccoglie studi condotti nell'ultimo decennio.</p>	<p>Nella revisione sono riportati studi in cui sono indagate attraverso studi osservazionali e sperimentali, le differenze di genere delle malattie cardiovascolari (CVD), le quali sono la principale causa di morte nelle donne. Più donne che uomini muoiono di malattie cardiovascolari ogni anno, e le donne che manifestano per la prima volta un evento cardiovascolare hanno una maggiore morbilità e mortalità a confronto con gli uomini.</p>	<p>Esistono disparità tra i generi nel trattamento dei principali fattori di rischio cardiovascolare, e spesso queste portano a fraintendere il rischio di una donna. Le terapie preventive sono meno spesso raccomandate alle donne. Le donne hanno una minor probabilità di raggiungere gli obiettivi del trattamento. Per esempio le donne, tra cui diabetiche ad alto rischio, hanno meno probabilità di aver una prescrizione di ipolipemizzanti.</p>	<p>Attraverso la comprensione di queste differenze, gli operatori sanitari saranno meglio in grado di occuparsi dei pazienti di sesso femminile e di adottare terapie e cure basate sulle evidenze per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.</p>
---	--	---	---	--	---

<p>Kiamco-Millman F, Pinto-Zipp G. Factors associated with nurses' intentions to educate female patients on heart disease risk and prevention. J Cardiovasc Nurs. 2013;28:E9-E17.</p>	<p>Studio retrospettivo di coorte in cui sono state indagate le intenzioni, gli atteggiamenti e le percezioni degli infermieri, di educare i pazienti di sesso femminile circa il rischio e la prevenzione di malattie cardiache.</p>	<p>Lo studio è stato svolto negli Stati Uniti, nel 2012.</p>	<p>Gli infermieri e i medici hanno completato un questionario circa lo svolgimento dell'educazione alle malattie cardiovascolari nei confronti di pazienti donne. Uno strumento di indagine autosomministrato, basato sulla Teoria di Pianificazione del Comportamento di Icek Ajzen. Il questionario ha valutato gli atteggiamenti degli infermiere, l'influenza sul loro comportamento delle norme vigenti, e le percezioni della loro capacità di educare i pazienti di sesso femminile circa il rischio e la prevenzione di malattie cardiache. Inoltre sono state esplorate le associazioni presenti tra le caratteristiche professionali e il loro comportamento, utilizzando statistiche.</p>	<p>Lo studio ha rivelato associazioni significative tra gli atteggiamenti adottati dagli infermieri, le norme soggettive presenti nei luoghi di lavoro e la percezione del controllo del proprio comportamento.</p>	<p>La conoscenza degli atteggiamenti e delle percezioni degli infermieri può aiutare le organizzazioni sanitarie nello sviluppo di iniziative, guidate da infermieri, per aumentare la consapevolezza nelle donne delle malattie cardiovascolari come uno dei principali rischi per la salute.</p>
--	---	--	--	---	--

<p>King KB, Mosca L. Prevention of Heart Disease in Women: Recommendations for Management of Risk Factors. Prog Cardiovasc Nurs. 2000;15:36-42.</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono state sottolineate l'importanza della prevenzione della malattia coronarica nelle donne, in quanto le prime manifestazioni sono spesso fatali nelle donne.</p>	<p>La revisione è stata svolta negli Stati Uniti in diversi ambiti clinici e raccoglie studi condotti nell'ultimo decennio.</p>	<p>Nella revisione sono stati presentati studi sperimentali e osservazionali che ricercavano i fattori più influenti nella salute delle donne. Gli studi partendo dal presupposto che la malattia coronarica (CHD) fosse la principale causa di morte, così come una causa importante di disabilità tra le donne negli Stati Uniti, hanno riportato che le tendenze di mortalità per le malattie cardiovascolari nelle donne sono aumentate.</p>	<p>I fattori che sono unici in termini di influenza sul rischio per la malattia coronarica nelle donne includono l'età, lo stato ormonale e riproduttivo, il colesterolo HDL e i trigliceridi, e la presenza di diabete. Un piano coerente per la gestione dei fattori di rischio di ogni donna è la chiave per la riduzione del rischio a lungo termine.</p>	<p>Gli infermieri che lavorano in qualsiasi ambiente, possono utilizzare le raccomandazioni presentate in questa revisione per aiutare le donne a ridurre il loro rischio di malattia coronarica.</p>
--	---	---	--	---	---

<p>Lam CS, Little WC. Sex and cardiovascular risk: are women advantaged or men disadvantaged? Circulation. 2012;126:913-915</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono state valutate le differenze di sesso nelle malattie cardiovascolari, indipendentemente dal tipo di trattamento.</p>	<p>La revisione è stata svolta in Australia in diversi ambiti clinici e raccoglie studi condotti nell'ultimo decennio.</p>	<p>La revisione contiene studi randomizzati in cui sono state coinvolti donne e uomini con un rischio di malattie cardiovascolari.</p>	<p>La prevenzione e la gestione delle malattie cardiache nelle donne sono in gran parte basate su strategie sviluppate e testate negli uomini e non è chiaro in che misura i risultati siano applicabili alle donne.</p>	<p>A livello globale, le malattie cardiovascolari rimangono le principali cause di morte negli uomini e nelle donne. Queste statistiche indicano che le misure di prevenzione sono di fondamentale importanza in uomini e donne.</p>
--	---	--	--	--	--

<p>Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies. Diabetes Care. 2000;23:962-968</p>	<p>Meta-analisi in cui sono stati inclusi studi che avevano l'obiettivo di calcolare una stima sommaria del rischio di morte coronarica tra le donne con diabete rispetto le donne senza diabete, in quanto è opinione diffusa che il diabete "cancella" questo vantaggio femminile, aumentando il rischio di malattie cardiache molto più nelle donne che negli uomini.</p>	<p>La meta-analisi è stata svolta in Canada, presso il dipartimento di Medicina di Toronto, e contiene diversi studi degli ultimi decenni.</p>	<p>Sono stati esaminati 26 studi prospettici di coorte che hanno coinvolto sia uomini che donne, e sia i pazienti con e senza diabete. Solo 10 studi hanno presentato dati sufficienti per l'analisi statistica.</p>	<p>Il rischio relativo di morte coronarica da diabete è stato 2,58 per le donne e 1,85 per gli uomini. Questa differenza è statisticamente significativa.</p>	<p>L'impatto del diabete sul rischio di morte coronarica è significativamente maggiore per le donne rispetto agli uomini. Sono necessarie ulteriori ricerche per spiegare questa differenza clinicamente significativa tra i sessi.</p>
---	--	--	--	---	---

<p>Liewer L, Mains DA, Lykens K, René A. Barriers to Women's Cardiovascular Risk Knowledge. Health Care Women Int. 2008;29:23-38.</p>	<p>Studio descrittivo in cui sono stati identificati gli ostacoli alla conoscenza del rischio cardiovascolare delle donne, sia personali che organizzativi, attraverso interviste in dieci comunità sanitarie.</p>	<p>Lo studio è stata svolto negli Stati Uniti, nel 2007.</p>	<p>Lo studio era di tipo descrittivo, in cui sono state poste interviste sia alle donne che agli operatori sanitari di maggior livello riguardo le principali barriere che ostacolano la prevenzione cardiovascolare nella donna.</p>	<p>È stato chiesto alle donne quali barriere reputassero maggiormente significative: al primo posto vi è la mancanza di consapevolezza del rischio seguito dalla mancanza di servizi finanziari, dal ruolo sociale e cultura (lingua, rifiuto dei problemi di salute...), dalla mancanza di programmi accessibili e dalla logistica (trasporto, custodia dei figli).</p>	<p>In generale vi è una mancanza di consapevolezza nella donna del proprio rischio, perciò sviluppare programmi preventivi che tengano conto delle principali barriere che affliggono le donne nel prendersi cura di loro, è necessario per ridurre il rischio cardiovascolare.</p>
--	--	--	---	--	---

<p>Maas AHEM, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. Eur Heart J. 2011;32:1362-1368. doi: 10.1093/eurheartj/ehf048</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono raccolti una serie di studi che hanno lo scopo di affrontare la necessità di una ricerca più esplicativa sulle differenze di genere cardiovascolare, per essere in grado di adattare le linee guida esistenti e ottenere una migliore salute delle donne.</p>	<p>La revisione contiene studi svolti in varie parti del mondo. L'autore principale l'ha scritta in Olanda, presso il Dipartimento di Cardiologia. Gli studi contenuti sono svolti nell'ultimo decennio.</p>	<p>La revisione contiene studi che coinvolgono principalmente le donne con un rischio di sviluppare malattie cardiovascolari o con una malattia già in atto.</p>	<p>Il rischio cardiovascolare nelle donne può essere sostanzialmente migliorato attraverso campagne di sensibilizzazione, facendo crescere nelle donne le conoscenze sulle malattie cardiovascolari. Importante è rivolgere una particolare attenzione per le più grandi minacce per la salute cardiovascolare nelle donne. Per esempio la crescente obesità, per esempio, avrà un enorme impatto sulla presenza di diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, e colesterolo elevato nelle donne.</p>	<p>Le malattie cardiovascolari sono la più importanti cause di morte nelle donne nel mondo occidentale e la sua prevalenza è in rapido aumento in molti paesi in via di sviluppo, importanti passi in avanti devono essere stabiliti nei prossimi anni per migliorare la salute cardiovascolare nel sesso femminile. E' necessario un sostegno governativo per aumentare la ricerca nelle donne e devono essere fatti ulteriori sforzi per rendere consapevoli le donne e gli operatori sanitari circa il loro rischio cardiovascolare.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Martins D, Nelson K, Pan D, Tareen N, Norris K. The effect of gender on age-related blood pressure changes and the prevalence of isolated systolic hypertension among older adults: data from NHANES III. J Gend Specif Med 2001;4:10 – 3</p>	<p>Studio descrittivo per esaminare le differenze di genere nei cambiamenti della pressione sanguigna legate all'età e la prevalenza di ipertensione sistolica isolata.</p>	<p>Lo studio è stato svolto durante la terza rassegna nazionale sulla salute e nutrizione, tra il 1988 e il 1994 negli Stati Uniti.</p>	<p>I partecipanti allo studio sono stati 6635 uomini e 7189 donne di età superiore ai 18 anni, non in trattamento per la pressione alta. Le misure di esito prese in esame hanno riguardato i livelli di pressione arteriosa sistolica, pressione diastolica, pressione del polso per età e sesso, e la prevalenza di ipertensione sistolica isolata (ISH). Il controllo della pressione è stato svolto presso 89 centri e attraverso un questionario domestico.</p>	<p>La pressione arteriosa sistolica (PAS) e le pressioni di impulso (PP) sono state superiori nei maschi che nelle femmine tra gli adulti con meno di 45 anni. Dopo 45 anni, esse sono state più alte nelle femmine. La pressione diastolica è stata inferiore tra le donne adulte in tutte le categorie di età. La prevalenza di ISH è stata maggiore tra le donne dopo i 44 anni. La grandezza delle differenze di genere nella prevalenza di ISH è stata legata all'età.</p>	<p>ISH è stata più elevata nelle donne anziane rispetto agli uomini. Queste variazioni di pressione del sangue, legate all'età possono spiegare, in parte, la mortalità cardiovascolare più elevata nelle donne anziane rispetto agli uomini anziani e il loro valore regolare dovrebbe essere considerato un obiettivo importante per sviluppare una strategia di prevenzione cardiovascolare, soprattutto nelle donne anziane.</p>
---	---	---	--	---	--

<p>Mather S. Women's health. Intervening to prevent heart disease in women. PATIENT CARE NURSE PRACT. 2004:11p.</p>	<p>Revisione sistematica dove sono presenti studi che hanno l'obiettivo di evidenziare le differenze di genere nei fattori di rischio e nella prevenzione cardiovascolare, con lo scopo di diminuire il tasso di mortalità cardiovascolare nelle donne.</p>	<p>La revisione sistematica è stata svolta negli Stati Uniti e raccoglie studi condotti nell'ultimo ventennio.</p>	<p>Gli studi presenti coinvolgono donne e uomini con rischio di sviluppare malattie cardiovascolari.</p>	<p>La ricerca di marcatori di rischio cardiovascolare emergenti quali la proteina C-reattiva, il fibrinogeno, la lipoproteina, l'omocisteina è stata diffusa in questi ultimi anni e ha iniziato ad influenzare la pratica clinica. Tuttavia, i più tradizionali fattori di rischio rimangono significativi per la salute. Due recenti meta-analisi confermano l'importanza di continuare a modificare l'impatto dei più tradizionali fattori di rischio, che includono un livello di colesterolo totale superiore a 240 mg/dL, il fumo, il diabete.</p>	<p>Gli operatori sanitari devono porre l'attenzione ai singoli pazienti. Per poter modificare molti fattori di rischio e promuovere cambiamenti nello stile di vita nelle donne, essi hanno un ruolo essenziale. Riconoscere e affrontare adeguatamente i fattori di rischio con i pazienti è una grande impresa che richiede sforzi congiunti del personale sanitario, sostenuto da programmi di assistenza emanati dal governo e dai pazienti stessi.</p>
--	---	--	--	--	---

<p>Melloni C, Berger JS, Wang TY, Gunes F, Stebbins A, Pieper KS, et al. Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:135-142.</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono presenti studi con lo scopo di valutare la presenza delle donne negli studi di prevenzione delle malattie cardiovascolari, in quanto non è ancora stata valutata in modo sistematico</p>	<p>La revisione sistematica è composta da 156 studi clinici randomizzati citati nelle linee guida di prevenzione delle donne del 2007.</p>	<p>Gli studi randomizzati hanno lo scopo di determinare la rappresentanza femminile nel corso del tempo negli studi per la prevenzione cardiovascolare. Le donne e gli uomini sono stati rappresentati in 135 su 156 (86,5%) studi, 20 studi clinici hanno arruolato solo gli uomini, 1 ha arruolato solo le donne.</p>	<p>Tra tutti gli studi, la percentuale di donne è aumentato significativamente nel corso del tempo, dal 9% del 1970 al 41% nel 2006. Considerando solo gli studi che hanno arruolato donne e uomini, l'iscrizione femminile è stata del 18% nel 1970 fino a raggiungere il 34% nel 2006. La rappresentanza delle donne è stata più alta negli studi che si sono occupati di ipertensione (44%), diabete (40%), e ictus (38%) e più bassa negli studi dedicati all'insufficienza cardiaca (29%), alla malattia coronarica (25%), e all'iperlipidemia (28%) .</p>	<p>In conclusione, la rappresentanza di donne negli studi clinici randomizzati è aumentata nel tempo, ma rimane bassa rispetto alla loro rappresentazione generale in condizioni patologiche. Molti sforzi sono necessari per raggiungere un livello di rappresentazione che sia tale da garantire raccomandazioni specifiche per sesso basate sulle evidenze.</p>
--	---	--	---	---	--

<p>Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-- 2011 update: a guideline from the american heart association. Circulation. 2011;123:1243-1262</p>	<p>Revisione sistematica che ha esaminato studi clinici sui fattori di rischio differenti nell'uomo e nella donna e sul diverso impatto di questi su di loro.</p>	<p>La revisione è composta da studi condotti in tutto il mondo. Sono stati coinvolti studi pubblicati dal 1983 al 2011.</p>	<p>Tali linee guida hanno lo scopo di determinare nuove strategie efficaci applicabili nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.</p>	<p>Queste linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle donne hanno sottolineato i fattori di rischio delle donne, incluse le complicanze che le colpiscono nella gravidanza, e l'influenza che le malattie autoimmuni hanno sulle donne nell'insorgenza della patologia cardiovascolare. Queste linee guida consigliano alle donne di adeguarsi al <i>Framingham Score</i>.</p>	<p>In conclusione adottare strategie di prevenzione cardiovascolare dedicate alle donne, tenendo conto dei loro dei differenti fattori di rischio risulta essere più efficace rispetto a quelle che non tengono conto delle differenze di genere esistenti.</p>
---	---	---	--	--	---

<p>Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. <i>Circulation</i> 127(11), 1254–1263 (2013).</p>	<p>Lo scopo di questo studio retrospettivo di coorte era di valutare la consapevolezza delle malattie cardiovascolari nelle donne e il loro rischio, così come la loro conoscenza dei sintomi e dei comportamenti di prevenzione.</p>	<p>Lo studio è stato svolto negli Stati Uniti tra il 1997 e il 2012, in diversi ambiti clinici.</p>	<p>Lo studio è stato condotto dall'American Heart Association nelle donne > 25 anni di età individuate attraverso la selezione casuale. Domande standardizzate sulla prevenzione dei comportamenti /barriere sono state fatte a tutte le donne. I dati sono stati valutati, ed i risultati sono stati confrontati con le indagini triennali del 1997.</p>	<p>Tra il 1997 e il 2012, il tasso di consapevolezza di malattia cardiovascolare come la causa principale di morte è quasi raddoppiato (56% contro il 30%). Nel 1997, le donne erano più propense a pensare il cancro, rispetto le malattie cardiovascolari come il principale killer (35% contro 30%), ma nel 2012, la tendenza si è invertita (24% contro 56%). La consapevolezza dei sintomi atipici delle patologie cardiovascolari è migliorata dal 1997, ma rimane bassa.</p>	<p>La consapevolezza del rischio di malattie cardiovascolari tra le donne è migliorata negli ultimi 15 anni. È necessario tuttavia un impegno costante per raggiungere le popolazioni a rischio. Questi dati dovrebbero rivolgere la concentrazione delle campagne di salute pubblica su strategie basate sull'evidenza, per prevenire malattie cardiovascolari e per creare messaggi destinati alle donne, in grado di motivarle a prendere provvedimenti.</p>
---	---	---	--	---	---

<p>Mosca L, McGillen C, Rubenfire M. Gender differences in barriers to lifestyle change for cardiovascular disease prevention. <i>J Womens Health</i>. 1998;7:711-715.</p>	<p>Studio controllato randomizzato in cui sono state esaminate le barriere che ostacolano i cambiamenti del proprio stile di vita e i sistemi che supportano questi cambiamenti.</p>	<p>Lo studio è stato svolto nel 1997 in ambito clinico, negli Stati Uniti</p>	<p>Lo studio ha coinvolto 293 pazienti (186 uomini, 107 donne) iscritti in una clinica di cardiologia preventiva multidisciplinare. I soggetti sono stati invitati a segnare l'importanza di determinate barriere al cambiamento e di sistemi di supporto su una scala da 1 a 5, dove 1 è molto importante e 5 non è importante.</p>	<p>Nelle donne, la basse autostima risulta essere la barriera più importante, assieme ai problemi economici, le scarse conoscenze e abilità, e lo stress. I medici, infermieri, membri della famiglia, consulenti, gruppi sociali sono stati considerati come più importanti fonti di sostegno.</p>	<p>Questi dati suggeriscono che esistono differenze di genere negli ostacoli al cambiamento di stile di vita. I fattori psicosociali dovrebbero essere considerati elementi importanti nei programmi progettati per aiutare i pazienti a cambiare stile di vita.</p>
---	--	---	--	---	--

<p>Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F, Rucke M, Floel A, Gaissmaier W, et al. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women--the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. BMC Med. 2015;13:52-015-0304-9</p>	<p>Studio randomizzato controllato che ha indagato la percezione soggettiva del rischio cardiovascolare nelle donne, con l'obiettivo di individuare i gruppi per futuri interventi.</p>	<p>Lo studio è stato svolto in Germania.</p>	<p>Lo studio ha coinvolto un campione randomizzato di 1.066 donne dell'area urbana di Berlino, di età compresa tra 25-74 anni, in cui hanno completato questionari standardizzati e partecipato ad un ampio esame clinico. Attraverso l'uso di questionari e lo svolgimento di esami clinici è stato misurato il livello di percezione del rischio utilizzando varie scale abbinata al punteggio di Framingham di ogni donna.</p>	<p>È stato osservato un aumento lineare previsto con l'età per l'ipertensione, l'iperlipidemia, l'obesità. La conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolare aumenta con l'età, ma non la percezione dell'importanza della stessa. Solo il 41.35% di tutti i partecipanti ha classificato correttamente il proprio rischio cardiovascolare. Anche se i fattori socio-economici, come la disoccupazione e le combinazioni di altri fattori di rischio sociale (basso reddito, istruzione limitata, lavoro semplice, vivere da soli, avere dei figli) influenzano la consapevolezza di sé, l'età è apparso come il più forte fattore di sottovalutazione del rischio e, allo stesso tempo il fattore di rischio cardiovascolare meno percepito.</p>	<p>Meno della metà delle donne nella popolazione studiata ha correttamente valutato il rischio cardiovascolare. Anche se il fattore età non può essere modificato, i dati evidenziano la necessità di campagne d'informazione più esplicite circa la rilevanza cardiovascolare dell'invecchiamento, concentrandosi sulla lotta contro i i fattori di rischio modificabili.</p>
--	---	--	---	--	--

<p>Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). G Ital Cardiol (Rome). 2013;14:328-392.</p>	<p>L'obiettivo delle linee guida 2012 delle società europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica è quello di dare un aggiornamento alle attuali conoscenze in cardiologia preventiva per i medici e gli altri operatori sanitari.</p>	<p>Revisione globale della letteratura e valutazione critica di procedure diagnostiche e terapeutiche, compresa la valutazione del rapporto rischio - beneficio.</p>	<p>In queste linee guida sono stati trattati argomenti inerenti alla prevenzione cardiovascolare in cinque sezioni: che cos'è la prevenzione cardiovascolare, perché è necessario farla, chi dovrebbe trarre beneficio da essa, come può essere applicata, quando è il momento giusto per agire, e infine dove dovrebbero essere forniti programmi di prevenzione. La popolazione presa in esame riguarda sia uomini che donne di ogni età.</p>	<p>Le strategie ottenute principalmente attraverso la definizione di politiche ad hoc e interventi di comunità, mirano a ridurre l'incidenza di malattie cardiovascolari a livello di popolazione portando cambiamenti sullo stile di vita della popolazione. Gli esempi includono misure per vietare il fumo e ridurre il contenuto di sale negli alimenti. Il vantaggio è che può portare grandi benefici alla popolazione anche se può offrire poco all'individuo. L'impatto di tale approccio sul numero totale di eventi cardiovascolari nella popolazione può essere grande, perché rivolta verso tutti i soggetti.</p>	<p>In conclusione, gli autori di queste linee guida sperano che questa revisione possa creare una vera e propria collaborazione tra politici, medici, personale sanitario, associazioni scientifiche, fondazioni del cuore, organizzazioni di volontariato e le associazioni dei consumatori per promuovere sia la promozione della salute a livello di popolazione sia la prevenzione cardiovascolare a livello clinico, utilizzando le nuove ricerche della medicina, dalle prove sperimentali alle osservazionali in tutta la popolazione.</p>
--	---	--	---	---	---

<p>Putting gender on the agenda. Nature. 2010;465:665</p>	<p>L'articolo discute i problemi su differenze di sesso in studi clinici umani e studi su animali.</p>	<p>Setting ND.</p>	<p>Attraverso la raccolta di vari studi è analizzato il problema della minoranza della presenza femminile negli studi clinici.</p>	<p>Esso presenta motivi legittimi per la maggior presenza dei maschi negli studi clinici, come la minimizzazione della variabilità e la massimizzazione dei risultati dello studio. Si raccomanda alle agenzie di finanziamento di favorire le ricerche coinvolgendo anche l'altro genere. E' necessario considerare le differenze di sesso nelle reazioni a determinati farmaci.</p>	<p>In conclusione gli effetti cumulativi di tutta questa situazione, porta ad una affermazione: la medicina com'è attualmente applicata alle donne è meno basata sulle evidenze rispetto a quella applicata agli uomini.</p>
--	--	--------------------	--	---	--

<p>Prata J, Ramos S, Martins AQ, Rocha-Goncalves F, Coelho R. Women with coronary artery disease: do psychosocial factors contribute to a higher cardiovascular risk? Cardiol Rev. 2014;22:25-29.</p>	<p>Revisione sistematica che indaga l'influenza dei fattori psicosociali sul rischio cardiovascolare.</p>	<p>La revisione si è svolta nel Regno Unito.</p>	<p>Per lo studio sono stati coinvolti articoli pubblicati nell'ultimo decennio. La popolazione presa in esame ha riguardato uomini e donne di qualsiasi età con un alto rischio di sviluppare le malattie cardiovascolari.</p>	<p>Spesso le donne, a cause dei diversi impegni famigliari e non, sono sottoposte ad un livello di stress molto più elevato rispetto agli uomini, e questo fattore incide notevolmente sulla loro salute. Lo stress psicosociale ha un effetto superiore nella donna che nell'uomo. Le donne sono inoltre più soggette a depressione, ansia, paure, pressioni sociali e questo le rende più a rischio di infarto del miocardio, essendo questi ritenuti fattori predisponenti a questa patologia.</p>	<p>In definitiva, una migliore comprensione di questa materia si tradurrà non solo in una migliore gestione clinica dei pazienti di sesso femminile, ma anche nello sviluppo di nuove strategie più efficaci nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.</p>
--	---	--	--	---	--

<p>Roberts SS. A woman's disease. Until very recently, heart attacks were thought of primarily as a danger to men. Now we know that women are at a higher risk--and that their cardiovascular disease can look very different. Diabetes Forecast. 2008;61:48-49.</p>	<p>L'articolo mette in evidenza le principali differenze di genere delle malattie cardiovascolari.</p>	<p>Setting ND</p>	<p>Nell'articolo sono state raccolte molte informazioni riguardanti la diversa manifestazione delle malattie cardiovascolari sia nell'uomo che nella donna, e i differenti fattori di rischio.</p>	<p>I fattori di rischio tradizionali per esempio fumo di sigarette, i livelli di lipidi nel sangue, la pressione alta, la mancanza di esercizio fisico, fattori psicosociali svolgono un ruolo importante nell'influenza del rischio cardiovascolare. Tuttavia, le statistiche dimostrano che alcuni fattori di rischio sono più pericolosi per le donne, compresi i livelli di trigliceridi e diabete. Inoltre le donne manifestano la patologia cardiovascolare con sintomi spesso differenti dal dolore toracico.</p>	<p>In conclusione, le patologie cardiovascolari si differenziano in modo cruciale nei due sessi. Per diminuire la mortalità per le patologie cardiovascolari, in costante crescita nelle donne, sarà necessario tenere in considerazione queste differenze.</p>
---	--	-------------------	--	--	---

<p>Schroetter SA, Peck SD. Women's risk of heart disease: promoting awareness and prevention -- a primary care approach. Medsurg Nurs. 2008;17:107-113</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono stati identificati il rischio e l'insorgenza delle malattie cardiovascolari nelle donne e le risorse per affrontarli.</p>	<p>La revisione include studi sperimentali condotti dal 1990 al 2007. Inizialmente sono stati selezionati 655 studi, ma sono stati inclusi solo 92 studi.</p>	<p>La revisione della letteratura è organizzata in tre sezioni principali: la percezione delle donne del proprio rischio cardiovascolare, i fattori di rischio di malattie cardiovascolari nelle donne, e le barriere percepite dalle donne nell'adottare uno stile di vita sano.</p>	<p>Lo studio ha indicato come gli individui con una maggiore conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolare avrebbero una maggiore possibilità di aderire ai cambiamenti di uno stile di vita sano e alla prescrizione di farmaci.</p>	<p>La revisione consente di identificare le percezioni e le barriere delle donne, e può essere d' aiuto per lo sviluppo di un piano efficace di riduzione del rischio personalizzato. Gli operatori sanitari possono aumentare la consapevolezza delle malattie cardiovascolari nelle donne e migliorare le loro conseguenze sulla salute generale, diminuendo la mortalità.</p>
---	--	---	---	---	--

<p>Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2006;27:994-1005</p>	<p>In questo articolo è stato fornito alla comunità medica e agli attori di questo settore, una panoramica degli aspetti più critici che sono emersi nel corso della Conferenza Politica della Società Europea di Cardiologia nel 2006.</p>	<p>Nell'articolo sono stati coinvolti studi recenti riguardanti le malattie cardiovascolari nelle donne.</p>	<p>La revisione ha proposto alcune azioni immediate che devono essere intraprese per attuare attività a livello europeo con il sostegno delle autorità nazionali di assistenza sanitaria.</p>	<p>La conferenza ha raccolto il parere di esperti del settore, riguardo alcune lacune scientifiche sulle malattie cardiovascolari nella donna, nuove strategie da attuare per aumentare la rappresentanza delle donne negli studi clinici e migliorare la stratificazione del rischio, la diagnosi e la terapia da una prospettiva di genere e la rappresentanza delle donne negli studi clinici.</p>	<p>La Conferenza Politica della Società Europea di Cardiologia ha fornito l'occasione per rivedere e commentare lo stato attuale delle conoscenze delle patologie cardiovascolari nelle donne e dare priorità alle azioni necessarie per far avanzare quest'area della conoscenza in cardiologia.</p>
---	---	--	---	---	---

<p>Stranges S, Guallar E. Cardiovascular disease prevention in women: a rapidly evolving scenario. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2012;22:1013-1018.</p>	<p>Revisione sistematica che riporta l'aggiornamento delle più recenti linee guida e mostra lo scenario in rapida evoluzione della prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle donne.</p>	<p>La revisione comprende studi svolti in diversi parti del mondo.</p>	<p>La revisione raccoglie studi svolti nell'ultimo decennio.</p>	<p>I dati sulla crescente prevalenza di fattori di rischio associati con comportamenti non salutari riguardanti lo stile di vita, soprattutto il fumo, l'inattività fisica, le cattive abitudini alimentari, il sovrappeso e l'obesità, indicano chiaramente la rilevanza per la salute pubblica di questo problema, soprattutto tra le donne più giovani di popolazione svantaggiate e in alcune aree geografiche come l'Europa Meridionale e orientale.</p>	<p>Le nuove linee guida implicano la necessità di iniziative educative e politiche di prevenzione per promuovere stili di vita sani nella popolazione generale. Inoltre, le linee guida sottolineano a lungo termine il rischio cardiovascolare globale piuttosto che il rischio coronarico a breve termine. Per identificare e consigliare specifici sottogruppi di donne il cui rischio cardiovascolare differisce dalla popolazione in generale o che possono richiedere su misura strategie preventive sarà necessario tener in considerazione tutti i diversi fattori di rischio. Alcuni di questi che limitano l'applicazione delle linee guida sono i limiti temporali, la bassa compliance, e una mancanza di controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nella pratica clinica.</p>
---	--	--	--	---	---

<p>Turk MW, Tuite PK, Burke LE. Cardiac health: primary prevention of heart disease in women. Nurs Clin North Am. 2009;44:315-325.</p>	<p>Revisione sistematica in cui sono state presentate le evidenze attuali sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari, con riferimento alla dieta alimentare, all'attività fisica, al controllo del peso, a smettere di fumare, al controllo della pressione arteriosa, e alla gestione dei lipidi.</p>	<p>La Revisione è stata scritta negli Stati Uniti.</p>	<p>La revisione comprende studi svolti nell'ultimo decennio, nella popolazione in generale.</p>	<p>La consapevolezza del rischio personale e delle misure di prevenzione è un elemento fondamentale per la cura della salute per le donne. I medici e gli infermiere possono valutare, educare e consigliare le donne per quanto riguarda il loro rischio per questa malattia pervasiva e promuovere i cambiamenti di comportamento che diminuiscano il loro rischio. Alcune prove di ricerca sostengono che i comportamenti di stile di vita costituiscano gli elementi essenziali della prevenzione delle malattie cardiache.</p>	<p>La malattia cardiovascolare è la principale causa di morte tra le donne, e il rischio aumenta notevolmente quando una donna raggiunge la menopausa. Impegnarsi in comportamenti più sani, tra cui il mantenimento di un peso adeguato, condurre una vita non sedentaria e non fumare diminuisce in modo significativo il rischio nella donna di sviluppare la malattia coronarica. Gli operatori sanitari sono strumenti essenziali per aiutare una donna ad identificare i suoi fattori di rischio e le barriere percepite che gli impediscono di partecipare ad uno stile di vita attivo e mantenere una dieta sana.</p>
---	--	--	---	---	---

<p>Williams RL, Wood LG, Collins CE, Callister R. Effectiveness of weight loss interventions ? is there a difference between men and women: a systematic review. Obesity Reviews. 2015;16:171-186</p>	<p>Questa revisione sistematica è stata condotta per determinare se l'efficacia degli interventi di perdita di peso è diversa tra uomini e donne.</p>	<p>Gli studi sono stati tutti svolti in ambito clinico.</p>	<p>Nella revisione sono stati inclusi studi controllati randomizzati, pubblicati fino a marzo del 2014. Un totale di 58 studi ha incontrato i criteri di ammissibilità con 49 studi di qualità superiore inclusi nella sintesi finale dei dati.</p>	<p>Undici studi hanno confrontato la perdita di peso negli uomini e nelle donne e hanno riportato una significativa differenza di sesso. In dieci di questi, gli uomini hanno perso più peso rispetto alle donne,.. Le analisi delle dimensioni dell'effetto ha trovate alcune differenze nella perdita di peso a favore degli uomini, sia negli interventi che riguardavano solo la dieta e sia in quelli che riguardavano la dieta e l'esercizio.</p>	<p>In questa revisione sono state presentate prove per indicare che gli uomini e le donne dovrebbero adottare differenti strategie di perdita di peso. Tuttavia le evidenze attuali supportano la restrizione energetica moderata, in combinazione con l'esercizio fisico per perdere peso sia negli uomini che nelle donne.</p>
--	---	---	---	---	--

<p>Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371:1999-2012</p>	<p>Studio randomizzato controllato che ha l'obiettivo di valutare se un approccio multidisciplinare e un programma di cardiologia preventiva coordinato da infermieri, potrebbe migliorare gli standard di cura preventiva nella pratica clinica di routine.</p>	<p>Lo studio è stato condotto dall'Euroaction in 8 paesi Europei in ospedali e centri di assistenza: Italia, Francia, Polonia, Regno Unito, Spagna, Svezia, Danimarca, Paesi Bassi. Il programma è iniziato nel mese di aprile del 2003 ed è stato completato a settembre del 2006</p>	<p>Lo studio ha coinvolto sia pazienti uomini e donne con cardiopatia ischemica nota (prevenzione secondaria) sia pazienti sani ma ad alto rischio di eventi cardiovascolari (prevenzione primaria).</p>	<p>Il modello di gestione infermieristica più assiduo con i pazienti ha portato degli esiti migliori con una riduzione degli eventi cardiovascolari. Per i pazienti con cardiopatia ischemica nota il programma era attuato ambulatorialmente in ospedale da un team costituito, oltre che dal cardiologo, da un infermiere, un dietologo e un fisioterapista. I soggetti ad alto rischio erano invece seguiti dal medico curante e da un infermiere. Gli interventi coinvolgevano i familiari ed erano basati sui principi della teoria del cambiamento e dell'intervento motivazionale.</p>	<p>Per realizzare un'efficace prevenzione cardiovascolare, vi è bisogno di programmi di prevenzione in ogni singolo paese, accessibili da parte di tutti, negli ospedali che si occupano di pazienti coronaropatici e ad alto rischio.</p>
--	--	--	--	---	--

<p>Wray W. Preventing Cardiovascular Disease in Women. Can Nurse. 2014;110:24-28.</p>	<p>In questo articolo, è stato riportato uno studio randomizzato controllato sull'efficacia di misure cliniche gestite da infermieri, applicate per aumentare la consapevolezza nelle donne del loro rischio di malattie cardiovascolari e per permettere loro di partecipare in modo attivo al raggiungimento della salute del proprio cuore.</p>	<p>La revisione si è svolta nel ambito clinico, in Canada.</p>	<p>In questo articolo, l'autore discute i risultati di un'analisi delle misure cliniche applicate nei primi tre anni di funzionamento della clinica, tra maggio del 2009 (il mese della clinica aperta) e dicembre del 2012. Sono stati inclusi quei pazienti le cui cartelle cliniche contenevano tutti i dati di interesse, compresa la presenza di una storia nella famiglia di malattie cardiovascolari, l'eventuale presenza di diabete, e il peso, l'indice di massa corporea, gli esami del sangue, i livelli di pressione e dei lipidi sia della prima visita che dell'ultima visita. Inoltre, nel 2011 è stato condotto un sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti. Il questionario, composto da di quattro domande aperte, è stato completato anonimamente.</p>	<p>La clinica ha aiutato i pazienti a ridurre la pressione sanguigna, i livelli di colesterolo e il peso. L'indagine sulla soddisfazione ha indicato che i pazienti hanno apprezzato il fatto che siano state affrontate le preoccupazioni per la loro salute cardiovascolare e che siano stati forniti strumenti personalizzati e un'adeguata assistenza.</p>	<p>In conclusione, i risultati dimostrano l'efficacia di questo modello di cura nella prevenzione delle malattie cardiache, in cui gli infermieri svolgono un ruolo centrale in tutto il processo.</p>
--	--	--	--	--	--

Allegato n°3 - Tabella - Linee guida 2011 dell'American Heart Association per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle donne

-
- **Fumo di sigaretta:** tutte le donne dovrebbero evitare il fumo di sigaretta anche attraverso programmi riabilitativi o farmacologici di cessazione dal vizio tabagico (class I, level B).
-
- **Attività fisica:** ogni donna dovrebbe eseguire un programma minimo di 30 minuti di attività fisica moderata (camminare svelto) al giorno (class I, level B). Per le donne che hanno bisogno di ridurre il loro peso corporeo l'attività fisica moderata dovrebbe essere di 60-90 minuti al giorno (class I, level C).
-
- **Riabilitazione:** dopo un recente ricovero per sindrome coronarica o un intervento cardiocirurgico, un evento cerebrovascolare (class I, level A) o insufficienza cardiaca con frazione di eiezione (EF) < 40% (class I, level B), tutte le donne hanno bisogno di un periodo in ambiente riabilitativo.
-
- **Dieta:** tutte le donne dovrebbero seguire una dieta ricca di frutta, verdure, fibre e pesce almeno due volte a settimana. L'introito di grassi saturi deve essere < 10% (se possibile < 7%), il colesterolo < 300 mg/die, il consumo di sale < 2,3 g/die, l'alcol limitato a non più di un drink al giorno (class I, level B).
-
- **Peso corporeo:** ogni donna dovrebbe mantenere un peso corporeo idoneo attraverso il corretto introito di calorie, moderata attività fisica in modo da raggiungere un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 18,5 e 24,9 (class I, level B).
-
- **Acidi grassi omega-3:** aggiunti alla dieta al dosaggio di 850-1000 mg al giorno, possono essere considerati, in donne cardiopatiche al dosaggio massimo di 2-4 g/die, per il trattamento dell'ipertrigliceridemia (class IIB, level B).
-
- **Depressione:** valutare la presenza di tale patologia in tutte le donne con diagnosi di cardiopatia e iniziare un trattamento specifico (class IIA, level B)
-

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a Martina Gottardo nato/a a Dolo
il 25/06/1993 residente a Stra (VE) tel. 3358376499
e-mail martina.gottardo93@gmail.com matricola 1048060
laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,
autorizza la segreteriadel corso..... a consegnare presso la biblioteca medica
"Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata Laurea Triennale

Anno Accademico 2014/2015 Data della tesi 27/11/2015

Titolo della tesi La prevenzione delle malattie cardiovascolari: l'approccio della Medicina di Genere.
Revisione bibliografica.

Parole chiave Cardiovascular disease prevention; gender differences; woman

Abstract inserito nel file

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore Paola Piccolo

Padova, li 27/11/2015

Firma dell'autore

Gottardo Martina

