

SULL'ONDA *della* SALUTE

2021



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere



Malattie cardiovascolari

Prevenzione & cura,
un impegno da rinnovare ogni giorno



ONDA - CHI SIAMO

Siamo l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere. Dal 2005 promuoviamo un approccio alla salute orientato al genere, con particolare attenzione a quella femminile. Disseminiamo una corretta informazione presso la popolazione per promuovere la prevenzione primaria, la diagnosi precoce e l'aderenza terapeutica. Collaboriamo con una rete di ospedali premiati con i Bollini Rosa per l'attenzione riservata alla salute femminile. Dialoghiamo con le Istituzioni centrali e regionali, segnalando le maggiori criticità di salute ed equità di accesso. Ci connota da sempre il lavoro "in rete": coinvolgiamo nei nostri progetti anche società scientifiche, associazioni di pazienti e media.

www.ondaosservatorio.it

www.bollinirosa.it

www.bolliniosargento.it

www.depressionepostpartum.it

INDICE

Introduzione

- 1. Malattie cardiovascolari e fattori di rischio** 06
 - 1.1. Impatto delle malattie cardiovascolari e differenze di genere
 - 1.2. Fattori di rischio cardiovascolare
 - 1.3. Iperensione arteriosa e ipercolesterolemia: *silent killer*

- 2. Strategie di intervento: dalla prevenzione alla cura** 10
 - 2.1. Stili di vita: la prevenzione è nelle tue mani
 - 2.2. Campanelli di allarme: parametri e valori da tenere sotto controllo
 - 2.3. Terapie farmacologiche: focus ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia

- 3. Ruolo dell'aderenza terapeutica** 14
 - 3.1. Aderenza ed efficacia delle terapie
 - 3.2. Strategie per migliorare l'aderenza: più terapie in una sola pastiglia
 - 3.3. Dalla comunicazione medico-paziente all'alleanza terapeutica

INTRODUZIONE

In Italia le malattie cardiovascolari sono responsabili del 35,8% di tutti i decessi, superando i 230mila casi annuali. Il documento "Prevenzione Italia 2021", presentato in occasione della Giornata per la Prevenzione Cardiovascolare dalla Società scientifica di riferimento SIPREC*, ha evidenziato come i relativi fattori di rischio fossero in crescita già prima dell'avvento della pandemia da Covid-19. L'emergenza sanitaria ha poi ulteriormente aggravato la situazione, dal momento che si è verificata una drastica riduzione di controlli clinici e di esami diagnostici e si è registrata una minore aderenza ai corretti stili di vita e alle terapie farmacologiche.

In particolare, ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia costituiscono le principali cause di malattie ed eventi cardiovascolari e, sebbene siano disponibili farmaci efficaci, molti pazienti non risultano adeguatamente trattati perché inconsapevoli (non diagnosticati) o non aderenti alle terapie prescritte. E ancora oggi non c'è sufficiente percezione dell'impatto del mancato controllo dei valori di pressione arteriosa e colesterolo e dei rischi correlati all'abbandono delle terapie.

Obiettivo di questa pubblicazione è promuovere una maggiore consapevolezza sui principali fattori di rischio cardiovascolare e sull'importanza dell'aderenza agli stili di vita "virtuosi" e alle cure: prevenzione primaria e terapie farmacologiche rappresentano le strategie più efficaci per contrastare i fattori di rischio, verso i quali è importante rinnovare giorno dopo giorno il proprio impegno con coscienza e costanza.

Francesca Merzagora

Presidente Fondazione Onda

*Prevenzione Italia 2021. Un update del Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia, Maggio 2021, Vol. 22, Suppl. 1 al N. 5, G Ital Cardiol 2021;22(5 Suppl. 1):e1-e105"



1.

Malattie cardiovascolari e fattori di rischio

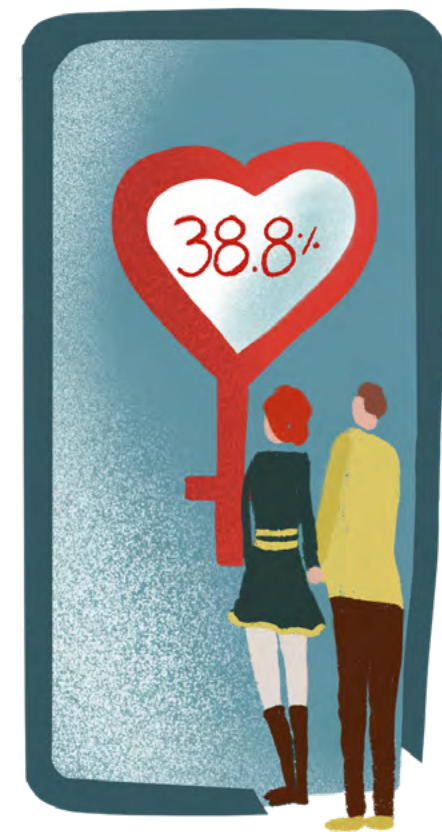
L'IMPATTO DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI E DIFFERENZE DI GENERE

Le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono la principale causa di morte a livello mondiale. Circa l'80% dei decessi per MCV sono causati da attacchi cardiaci e ictus.

In Italia queste patologie sono responsabili del 35,8% di tutti i decessi: 32,5% negli uomini e 38,8% nelle donne.

È ancora radicata l'errata convinzione che le MCV riguardino soprattutto gli uomini e la grande maggioranza delle donne ha una percezione molto bassa dei pericoli causati da queste patologie.

Le MCV si presentano nelle donne con un ritardo di almeno dieci anni rispetto agli uomini, poiché fino alla menopausa sono "coperte" dalla protezione ormonale (esercitata, in particolare, dagli estrogeni). In seguito vengono colpite addirittura più degli uomini da eventi cardiovascolari, spesso tra l'altro più gravi, anche se si manifestano con un quadro clinico meno evidente.





1.2. FATTORI DI RISCHIO

Le MCV riconoscono due “ordini” di fattori di rischio (FR):

FR **non modificabili**: età, sesso e familiarità.

FR **modificabili**, legati a comportamenti e stili di vita: scorretta alimentazione, sedentarietà, fumo, consumo di alcol, spesso a loro volta causa di diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. Questi fattori sono i medesimi nei due sessi ma hanno un “peso” diverso, avendo un impatto maggiore in termini di morbilità e mortalità cardiovascolare nelle donne rispetto agli uomini.

Nel genere femminile ai fattori di rischio tradizionali se ne aggiungono altri più comuni e/o esclusivi delle donne, cosiddetti fattori di rischio **emergenti**. Tra questi si annoverano le malattie autoimmuni (come artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico) che hanno una prevalenza nettamente maggiore nel sesso femminile e sono frequentemente associate a sviluppo di un'aterosclerosi precoce alimentata dai processi infiammatori che le connotano. Anche patologie di pertinenza ginecologica (come la sindrome dell'ovaio policistico) e correlate alla gravidanza (diabete gestazionale, ipertensione gravidica) e alcune terapie oncologiche per la cura del tumore mammario rappresentano fattori di rischio esclusivi per il genere femminile.

Lo stress psicofisico e la depressione impattano negativamente sulla salute cardiovascolare. Sono fattori di rischio da

considerare con attenzione soprattutto nelle donne più giovani e che peggiorano la prognosi dopo evento acuto.

1.3. IPERTENSIONE ARTERIOSA E IPERCOLESTEROLEMIA: *SILENT KILLER*

Focalizziamo l'attenzione, in particolare, sulle due condizioni croniche di rischio più diffuse ma, purtroppo, ancora ampiamente sottovalutate. Ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia sono spesso presenti contemporaneamente, anche perché la gran parte dei fattori di rischio sono comuni, si sommano moltiplicandosi e aumentando il cosiddetto rischio cardiovascolare globale. Non danno segni evidenti di sé eppure, silenziosamente, provocano alterazioni strutturali e funzionali a carico dell'apparato cardiovascolare, esponendo al rischio di gravi eventi acuti cardio- e cerebro-vascolari, come infarto e ictus.

L'**ipertensione arteriosa** è una patologia cronica caratterizzata da un rialzo dei valori pressori (pressione con cui il sangue scorre nelle arterie).

I parametri di riferimento sono la “massima” (pressione sistolica) e la “minima” (pressione diastolica), correlati all'attività di contrazione e rilascio del muscolo cardiaco che lavora come una sorta di pompa per spingere il sangue fino ai distretti più periferici.

In pochi casi l'ipertensione è causata da malattie (cd. ipertensione secondaria), la cui cura può portare alla normalizzazione

dei valori. Nel 95% dei casi l'ipertensione è cosiddetta primaria (o essenziale): non riconosce una causa specifica e gli elevati valori pressori sono il risultato dell'alterazione dei complessi meccanismi che regolano la pressione.

I fattori di rischio sono molteplici e spesso presenti in concomitanza: familiarità, età avanzata, sedentarietà, sovrappeso/obesità, diabete, fumo, dieta ricca di sodio, consumo di alcool, stress.

In genere l'aumento dei valori pressori avviene gradualmente senza dare sintomi e il riscontro è occasionale. E quando presenti, i sintomi sono così aspecifici (mal di testa, vertigini, rumori nelle orecchie, alterazioni della vista, perdita di sangue dal naso) da finire spesso per essere sottovalutati o associati ad altre cause.

I valori di riferimento (“normali”) per la popolazione adulta sono: **massima <140 mmHg e minima <85 mmHg**.

Nel caso di diagnosi di ipertensione, è necessario effettuare alcuni esami per verificare lo “stato di salute” degli organi che possono essere stati danneggiati da un regime pressorio patologico (vasi, cuore, reni) e profilare il rischio cardiovascolare, al fine di impostare la terapia farmacologica più appropriata nello specifico caso.

L'**ipercolesterolemia** consiste in un incremento dei livelli di colesterolo circolanti nel sangue. Il colesterolo è un grasso, per la maggior parte prodotto dall'organismo e in minima parte introdotto con la dieta; oltre a costituire la parete cellulare (in par-

ticolare del sistema nervoso), interviene in diversi processi: formazione della bile, sintesi della vitamina D e di ormoni sessuali (testosterone, estrogeni).

Comunemente, si distingue il colesterolo “buono” (colesterolo HDL) da quello “cattivo” (colesterolo LDL). Quest'ultimo è responsabile del processo di aterosclerosi, che consiste nel deposito progressivo di grasso sulle pareti arteriose (placca aterosclerotica). La placca rende le pareti arteriose rigide, riducendone l'elasticità, e provoca il restringimento (fino alla chiusura) del lume dei vasi.

L'ipercolesterolemia è asintomatica, ma può essere facilmente diagnosticata con un semplice esame del sangue. Questi sono i valori di riferimento per la popolazione adulta:

colesterolo totale: fino a 200 mg/dl
colesterolo LDL: fino a 130 mg/dl nelle persone a basso rischio cardiovascolare - fino a 100 nelle persone ad elevato rischio
colesterolo HDL: non inferiore a 50 mg/dl

Per quanto riguarda le cause di ipercolesterolemia, rari sono i casi eredo-genetici. Più frequentemente è correlata a fattori di rischio quali familiarità, scorretta alimentazione, condizioni di sovrappeso/obesità, sedentarietà e malattie metaboliche come il diabete. L'associazione dell'ipercolesterolemia al fumo amplifica in modo esponenziale il rischio cardiovascolare, poiché i prodotti tossici liberati dal fumo danneggiano direttamente i vasi sanguigni e accelerano il processo di formazione della placca aterosclerotica e di indurimento delle arterie.



2.

Strategie di intervento: dalla prevenzione alla cura

2.1. STILI DI VITA: LA PREVENZIONE È NELLE TUE MANI

Molti fattori di rischio per MCV sono modificabili: a noi la responsabilità di fare le scelte corrette per tutelare la nostra salute, a partire dalle “buone” abitudini quotidiane.

La **dieta mediterranea**, ricca di ortaggi, frutta, cereali, legumi e pesce è associata a un rischio più basso di sviluppare gravi patologie croniche come ipertensione arteriosa e altre malattie cardiovascolari, dislipidemie, diabete, obesità e tumori (in particolare del colon-retto e della mammella).

È importante limitare il consumo di zuccheri semplici (dolci, preparazioni e bibite industriali) e grassi saturi (burro, panna, insaccati, carni rosse, uova, formaggi ...).

Deve essere riservata attenzione al consumo di sale che non dovrebbe superare i 5 g/die (preferendo quello iodato), considerando non solo quello che si aggiunge alle pietanze ma anche quello “nascosto” negli alimenti, in particolare in salumi e insaccati, formaggi, prodotti confezionati, cibi in scatola e congelati, salse, comuni prodotti da forno.

Meglio evitare gli alcolici; nel caso di consumo, si raccomanda di non superare le dosi raccomandate di 2 bicchieri/die per gli uomini e 1 per le donne.

L'esercizio fisico modifica il metabolismo degli zuccheri, la distribuzione del tessuto

adiposo e la sensibilità all'insulina, favorendo il controllo di glicemia e pressione arteriosa. Inoltre, migliora il tono dell'umore e riduce i livelli di stress psico-fisico.

È fondamentale che l'attività fisica venga praticata regolarmente. Moltiplicare nel corso della giornata le occasioni di movimento e camminare mezz'ora al giorno a passo veloce sono buone abitudini per contrastare la sedentarietà. Le Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano in età adulta almeno 150 minuti/settimana di attività fisica moderata o almeno 75/settimana di attività vigorosa.

Come per l'alimentazione, la definizione di programmi personalizzati di attività fisica rappresenta una strategia efficace nell'ottimizzarne i benefici in termini di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari oltre che di molte altre patologie croniche.

Il **fumo di sigaretta** rappresenta uno dei killer più potenti per l'apparato cardiovascolare. Negli ultimi anni, la prevalenza di tale abitudine è fortemente aumentata nelle donne su cui esercita un effetto negativo ben più grave rispetto a quanto accade negli uomini. L'“effetto anti-estrogenico” esercitato dalle componenti inalatorie del fumo potrebbe concorrere

all'insorgenza di una menopausa precoce nelle donne fumatrici e favorire i processi di aterosclerosi.

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

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

2.2 CAMPANELLI DI ALLARME: PARAMETRI E VALORI DA TENERE SOTTO CONTROLLO

La misurazione della **pressione arteriosa**, servizio disponibile gratuitamente nelle farmacie, è semplice e immediata. È fondamentale controllare periodicamente la pressione al fine di prevenire i danni ad essa correlati.

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

La quantità di tessuto adiposo addominale è un valido indicatore del rischio di MCV e malattie metaboliche. Ecco perché è importante, oltre al controllo del peso corporeo, la misurazione della **circonferenza addominale** (misurata all'altezza dell'ombelico).

Donne	Circonferenza addominale (cm)	≥ 80	≥ 88
	Rischio di complicazioni CV e metaboliche	AUMENTATO	MOLTO AUMENTATO
Uomini	Circonferenza addominale (cm)	≥ 94	≥ 102
	Rischio di complicazioni CV e metaboliche	AUMENTATO	MOLTO AUMENTATO

"Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità"

2.3 TERAPIE FARMACOLOGICHE: FOCUS IPERTENSIONE ARTERIOSA E IPERCOLESTEROLEMIA

Nonostante le linee guida sulla prevenzione del rischio CV raccomandino strategie d'intervento educativa volte a stimolare un cambiamento virtuoso delle abitudini quotidiane, difficilmente si raggiungono risposte ottimali senza un trattamento farmacologico. Ciò posto, il trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia **non può prescindere dall'adozione di corretti stili di vita.**

In entrambi i casi si tratta di **terapie croniche** che devono essere assunte regolarmente per poter garantire adeguata protezione cardiovascolare.

I **farmaci anti-ipertensivi** consentono un efficace controllo dei valori della pressione arteriosa. Esistono diverse classi farmacologiche che si connotano per meccanismi d'azione differenti, come calcio-antagonisti, ACE inibitori, sartani, diuretici, beta-bloccanti.

In alcuni pazienti l'uso di un solo antiipertensivo è sufficiente per normalizzare la pressione arteriosa, in altri (la maggioranza) è necessario ricorrere all'associazione di più farmaci che, agendo con meccanismi diversi, concorrono al controllo della pressione. L'associazione di principi farmacologici diversi porta a un effetto di potenziamento dell'efficacia antiiper-

tensiva superiore alla somma dell'efficacia dei singoli composti, riducendo al contempo gli effetti collaterali (maggiore tollerabilità).

I **farmaci anti-colesterolo** hanno l'obiettivo di abbassare i valori di colesterolo, in particolare quello "cattivo". Le statine rappresentano la classe farmacologica più utilizzata nella pratica clinica, affiancata in epoca più recente da altre categorie di farmaci (inibitori dell'assorbimento del colesterolo e anticorpi monoclonali). Come per tutti i medicinali, l'efficacia di questi farmaci dipende da una **corretta e regolare assunzione**. I risultati positivi raggiunti, che consistono nella normalizzazione dei valori pressori e della colesterolemia, possono essere garantiti nel tempo solo attraverso la **continuità della terapia**.





3.

Ruolo dell'aderenza terapeutica

3.1. ADERENZA ED EFFICACIA DELLE TERAPIE

Per aderenza terapeutica s'intende il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento del paziente e le prescrizioni terapeutiche (farmacologiche e non) ricevute dal medico curante; significa seguire le indicazioni del medico in merito a tempi, dosi, frequenza e durata dell'assunzione del/i farmaco/i.

L'aderenza terapeutica è il presupposto fondamentale per un uso sicuro ed efficace dei farmaci.

Il paziente potrà "essere aderente", solo se correttamente informato e adeguatamente motivato; ciò si realizza quando ha preso coscienza della necessità di assumere "quel" farmaco secondo le modalità prescritte e ha accettato pienamente il trattamento, consapevole degli eventuali effetti collaterali.

L'aderenza terapeutica garantisce:

- maggior efficacia e sicurezza del trattamento;
- minor rischio di complicanze ed eventi avversi;
- minor rischio di ospedalizzazioni associate alla malattia;
- riduzione della mortalità;
- ottimizzazione delle risorse individuali e collettive.

L'aderenza è una sfida per tutti i pazienti, soprattutto per quelli "a rischio" che necessitano di un trattamento cronico

per una patologia asintomatica e che non hanno percezione concreta di tale rischio, non avendo ancora sperimentato un evento cardiovascolare. Del resto, il controllo dei valori di pressione arteriosa e colesterolo non porta con sé benefici immediatamente percepibili dal paziente.





3.2. STRATEGIE PER MIGLIORARE L'ADERENZA: PIÙ TERAPIE IN UNA SOLA PASTIGLIA

Una scarsa aderenza verso la terapia prescritta rappresenta un problema clinicamente rilevante in quanto ostacola l'ottenimento di una protezione cardiovascolare efficace.

Nella maggior parte dei casi il paziente "a rischio" è un paziente complesso, in cui sono presenti allo stesso tempo più condizioni di rischio (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete ...). Pertanto anche il regime terapeutico è complesso, poiché gli obiettivi sono molteplici. In questi casi rappresentano una valida opportunità le **terapie di combinazione a dosaggio fisso** che contengono in un'unica pillola due o più principi farmacologici, agendo su diversi meccanismi contemporaneamente.

I farmaci in associazione fissa hanno diversi vantaggi. Anzitutto, consentono di **semplificare lo schema terapeutico**, riducendo il numero di medicinali da assumere ogni giorno; ciò si traduce in un **minor rischio di errore** e in una **maggior aderenza**, favorendo il raggiungimento dei target terapeutici. Più aumenta la complessità dello schema terapeutico, più è difficile mantenere l'aderenza terapeutica: si tratta di un'esperienza comune tra i pazienti e ben documentata dalla letteratura scientifica. Altro vantaggio della formulazione unica è rappresentato dal fatto che i componenti della terapia in associazione fissa sono somministrati

a dosi inferiori rispetto alla monoterapia, garantendo una **migliore tollerabilità**. L'insorgenza di effetti indesiderati dose-dipendenti è, infatti, in molti casi motivo di abbandono della terapia.

3.3 DALLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE ALL'ALLEANZA TERAPEUTICA

Sulla efficacia comunicativa si fonda il rapporto fiduciario tra medico e paziente e si costruisce la cosiddetta alleanza terapeutica, un "patto" di condivisione degli obiettivi di cura e delle modalità per perseguirli.

Il tempo dedicato alla comunicazione è, dunque, un tempo prezioso, in cui medico e paziente sono chiamati a contribuire attivamente, ciascuno per la propria parte, per perseguire l'**obiettivo comune di successo terapeutico**.

Un paziente "informato" è un **paziente consapevole e motivato**, che pertanto si cura meglio: attraverso un'informazione chiara, corretta e completa il paziente diventa protagonista delle proprie scelte e dei propri comportamenti, esercitando un **ruolo "attivo"** nell'ambito del progetto terapeutico.

La prevenzione primaria e dunque l'abbattimento dei fattori di rischio modificabili attraverso l'adozione di corretti stili di vita e l'aderenza alle terapie prescritte rappresentano le strategie più efficaci per proteggere la nostra salute: a noi la responsabilità di fare le scelte corrette, rinnovando giorno dopo giorno l'impegno nel prendercene cura.



Si ringrazia per la supervisione scientifica

Maria Grazia Modena

*Centro PASCIA, Azienda Ospedaliero Universitaria,
Policlinico di Modena
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

Testi a cura di

Nicoletta Orthmann

*Coordinatore medico-scientifico
Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere*

Progetto grafico e illustrazioni

scarduellidesign.it





Con il contributo
non condizionante di SANDOZ

SANDOZ A Novartis
Division