

L'INTERVENTO

Prevenzione cardiovascolare per le donne: l'esperienza dell'ambulatorio di cardiologia del presidio territoriale di Triggiano, ASL Bari

Maria Teresa Balducci, Adele Lillo

Distretto sociosanitario di Triggiano, ASL Bari

SUMMARY

Cardiovascular prevention for women: the experience of the cardiology clinic of Triggiano, ASL Bari (Italy)

Preventing cardiovascular disease is a cornerstone of modern strategies to reduce its burden. Preventing these diseases and associated events is crucial not only for reducing morbidity and mortality, but also for increasing wellness in an ageing population and making the growing socio-economic burden imposed by cardiovascular events more sustainable. The current approach to prevention is based on the integrated use of effective lifestyle measures and, where appropriate, gender-specific measures. For these reasons, it is necessary to implement cardiovascular prevention strategies for women, combined with strategies for preventing neoplastic diseases, to reduce the growing impact of cardiovascular diseases on the general population, especially women. At a local level, ASL Bari has implemented a targeted intervention strategy to reduce cardiovascular risk in women by setting up a gender-specific clinic.

Key words: woman; gender medicine; cardiovascular risk

mariateresabalducci@gmail.com

Introduzione

Secondo i dati Istat, la popolazione attualmente residente in Italia è pari a 58.922.192 individui, con un'aspettativa di vita media mai così elevata: 81,4 anni negli uomini e 85,5 nelle donne. Questo aumento della vita media può essere attribuibile sia ai progressi in ambito sanitario, che hanno permesso di prolungare l'aspettativa di vita (1), sia alla riduzione di alcuni fattori di rischio per le patologie croniche, come le malattie cardiovascolari (MCV).

Nonostante ciò, la mortalità per cause cardiovascolari rappresenta ancora oggi il principale determinante dell'aspettativa di vita nella popolazione generale, sebbene ridotta nel tempo: si è passati da un tasso standardizzato di 903,70 ogni 100.000 abitanti nel 1980 a uno di 266,28 nel 2021, con una riduzione del 70%; il tasso negli uomini è sceso, rispettivamente, da 1.099,90 a 316,59 e nelle donne da 783,82 a 228,65 (2). Le MCV rappresentano la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia (14,5% di tutti i ricoveri, circa 1 milione di ricoveri/anno) e il carico di malattia legato a tali patologie resta al primo posto, seguito dalle patologie neoplastiche (3).

I principali fattori di rischio in grado di predire lo sviluppo di MCV sono: età, sesso, storia familiare, nazionalità, fumo di sigaretta, ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso, sedentarietà, stress (personale e lavorativo) e sindrome metabolica. La presenza concomitante di uno o più di questi fattori determina un aumento del

rischio di sviluppare MCV. Ne consegue che strategie di prevenzione dei fattori di rischio rivestono un ruolo fondamentale nel limitarne la diffusione, concorrendo a determinare una riduzione della mortalità associata a esse, delle morbidità, in particolare in termini di cronicità ed ospedalizzazioni, e a limitarne il carico socioeconomico (4).

La cardiologia preventiva: anche una questione di genere

In questo panorama, la cardiologia preventiva, cioè l'insieme delle misure che mirano a proteggere la persona dall'eventualità di essere colpita da una specifica MCV, riveste un ruolo importante, tenuto anche conto dell'alto livello di disabilità e mortalità dovuto a malattie a elevata incidenza, come la cardiopatia ischemica.

È possibile distinguere tra due approcci preventivi, a seconda del contesto clinico e dei trattamenti effettuati:

- prevenzione primaria: si riferisce alla serie di esami, raccomandazioni sullo stile di vita ed eventuali trattamenti farmacologici volti a prevenire l'insorgenza di MCV croniche o eventi acuti come l'infarto miocardico o l'ictus;
- prevenzione secondaria: indica l'insieme delle misure igienico-dietetiche e farmacologiche, oltre a eventuali procedure interventistiche o chirurgiche (come l'angioplastica e il bypass coronarico), che si attuano quando si è già in presenza di una MCV clinica o di un evento acuto maggiore. Obiettivi dei protocolli di prevenzione

secondaria sono il miglioramento della qualità della vita del paziente, la prevenzione di nuovi eventi (recidive), il rallentamento della progressione della malattia cronica, l'aumento della sopravvivenza del paziente, oltre al contenimento dei costi sociali ed economici, diretti e indiretti, della malattia (3).

Strumento cardine della cardiologia preventiva rimane sempre il contrasto dei principali fattori di rischio cardiovascolare modificabili (obesità, diabete, tabagismo, ipertensione, ipercolesterolemia, sedentarietà, ecc.) (5), anche se altri determinanti quali depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di marginalità e isolamento sociale (6) hanno anch'essi un peso sulle MCV.

Esistono differenze genere-specifiche riguardanti le motivazioni che inducono a stili di vita disfunzionali, con particolare riferimento al tabagismo e alla possibilità di accedere a programmi di prevenzione primaria e secondaria. Dopo la menopausa, inoltre, le modifiche del quadro ormonale sono correlate a: riduzione del colesterolo HDL, aumento del rischio di sviluppare diabete mellito, aumento del peso corporeo e della pressione arteriosa. Si considerano "peculiari" del sesso femminile, anche se sarebbero necessari ulteriori studi epidemiologici, altri fattori di rischio genere-dipendente: menarca precoce; sindrome dell'ovaio policistico; complicanze correlate alla gravidanza (eclampsia, pre eclampsia, ipertensione gestazionale, diabete gestazionale); stato post menopausale; stress psicologico (depressione, stress o disordine post traumatico); malattie autoimmuni. Nella donna, pertanto, è necessaria un'efficace strategia di prevenzione primaria volta a ridurre i fattori di rischio, in primis obesità e sedentarietà ed incentivare l'astensione dal fumo (4, 7, 8).

In Europa esistono significative disparità in termini di mortalità prematura per MCV tra le donne che vivono in Paesi ad alto e medio reddito, con un'incidenza rispettivamente del 16% e del 36% (9) e ne sono note le cause, tra cui una scarsa consapevolezza del rischio cardiovascolare da parte non solo delle donne ma anche del personale sanitario (10). La scarsa consapevolezza da parte delle donne è stata confermata anche da uno studio multicentrico, osservazionale, condotto dal gruppo di studio sulle malattie cardiovascolari di genere dell'ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali), che nel 2023 ha coinvolto 49 ambulatori cardiologici su tutto il territorio nazionale; dallo studio è emerso che, delle 5.600 donne arruolate, poco più del 10% si riteneva ad alto rischio cardiovascolare. Il 23% delle donne ad alto rischio e il 62% a rischio cardiovascolare molto alto si percepiva a basso rischio (11).

L'Ambulatorio di Cardiologia di Genere della ASL Bari

La realizzazione di un ambulatorio di cardiologia di genere nella ASL di Bari prende spunto sia da esperienze internazionali, come il Women's Heart Center di Los Angeles che nazionali, come il Monzino Women Heart Center di Milano. Nato nel gennaio 2020, si rivolge a donne tra i 35 e i 69 anni con l'obiettivo specifico di occuparsi delle MCV attraverso prevenzione, diagnosi e terapia.

L'accesso all'Ambulatorio è possibile grazie alla prescrizione del medico di medicina generale (MMG), prenotabile tramite Centro Unico di Prenotazione. La prenotazione avviene su agende con limite di età (35-69 anni) e genere (femminile), denominate Agende Progetto Donna. Il giorno della prima visita cardiologica, alle utenti che sono in sala d'attesa viene chiesto di compilare una scheda informativa composta da poche e semplici domande sui fattori di rischio cardiovascolari modificabili e non e sui fattori di rischio sociali e familiari. Lo specialista cardiologo esegue il raccordo anamnestico col riconoscimento di tutti i fattori di rischio tradizionali e genere-specifici e in base al quadro clinico complessivo la donna potrà intraprendere una serie di indagini strumentali.

Sia per il controllo cardiologico successivo, sia per la valutazione integrata di altri specialisti coinvolti nel percorso (ginecologo, psicologo, fisiatra/ortopedico, nutrizionista, endocrinologo/diabetologo), la prenotazione avviene a cura dell'infermiere dell'Ambulatorio di Cardiologia di Genere. L'obiettivo è quello di creare un percorso personalizzato multidisciplinare che, oltre alla risoluzione di sintomi eventualmente insorgenti, si prenda carico della prevenzione di patologie che possono insorgere più in là nel tempo, dovute anche a cambiamenti della produzione degli estrogeni, permettendo di potenziare la prevenzione primaria e riducendo il rischio di eventi cardiovascolari acuti e dunque l'ospedalizzazione.

Da gennaio 2020 a marzo 2025 sono state valutate 720 donne afferenti al poliambulatorio di Bari, con un'età media di 66 anni (36-69 anni): la quasi totalità (98,8%) aveva almeno un fattore di rischio cardiovascolare, mentre il 73% di esse assumeva una terapia farmacologica. Il 94% delle donne al termine del percorso ambulatoriale è risultato con un buon controllo terapeutico, il 6% ha richiesto approfondimenti diagnostici di III livello e il 12% ha mostrato di avere consapevolezza dei fattori di rischio cardiovascolari. I risultati del follow up annuale mostrano che si è registrata una riduzione della prevalenza del diabete e una lieve riduzione del valore medio della pressione arteriosa. Al contrario, colesterolemia media e obesità non sono diminuiti.

Negli ultimi due anni il percorso ambulatoriale si è arricchito di una valutazione cardiometabolica e di un percorso integrato con il consultorio per la donna in menopausa. La valutazione cardiometabolica altro non è che la valutazione simultanea di diabetologo e cardiologo della paziente diabetica e con fattori di rischio cardiovascolari, paziente ad alto rischio, con la finalità di una prevenzione primaria precoce per la riduzione del rischio di eventi acuti e l'ospedalizzazione. La paziente viene arruolata anche dallo specialista diabetologo e poi inviata nello stesso giorno della visita diabetologica a visita cardiologica, utilizzando percorsi riservati.

Alle attività dell'Ambulatorio si è aggiunto, nel corso del tempo, un percorso menopausa che si avvale della consulenza simultanea di ginecologo e cardiologo, arruolando le donne anche tramite il loro accesso spontaneo al consultorio. Questo percorso di prevenzione prevede anche l'informativa alle campagne di adesione agli screening oncologici.

Conclusioni

Prevalenza e incidenza di MCV sono progressivamente aumentate nel corso degli anni nelle donne, contribuendo ad aumentarne il carico di malattia, vista la maggiore sopravvivenza rispetto agli uomini. Per tali motivi, bisogna implementare strategie di prevenzione cardiovascolare dedicate alle persone di sesso femminile, per ridurre l'impatto crescente delle MCV. Nell'ambito del Progetto Donna, la ASL di Bari ha attivato una strategia territoriale di interventi mirati alla prevenzione del rischio cardiovascolare femminile attraverso l'apertura dell'Ambulatorio Cardiologico di Genere.

Citare come segue:

Balducci MT, Lillo A. Prevenzione cardiovascolare per le donne: l'esperienza dell'ambulatorio di cardiologia del presidio territoriale di Triggiano, ASL Bari. *Boll Epidemiol Naz* 2025;6(1):38-40.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

- Volpe M, Tocci G, Battistoni A. Inquadramento epidemiologico delle malattie cardiovascolari in Italia. *G Ital Cardiol* 2018;19(2 Suppl 1):55-75.
- Asta F, Cardinale A, Contoli B, D'Errigo P, Donfrancesco C, Guaita A, et al. *Malattie cardiovascolari: fattori di rischio, mobilità sanitaria e mortalità nelle Regioni italiane*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti Istituzionali 25/8). <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1749201589.pdf>; ultimo accesso 26/6/2025.
- Arena R, Guazzi M, Lianov L, Whitsel L, Berra K, Lavie CJ, et al. Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease - a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. *Mayo Clin Proc* 2015;90(8):1082-103. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.05.001
- Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare. La prevenzione cardiovascolare personalizzata. 2016. <http://www.siprec.it/download/2016-la-prevenzione-cardiovascolare-personalizzata/?wpdmdl=956>; ultimo accesso 26/6/2025.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
- Appelman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis* 2015;241(1):211-8. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027
- Chomistek AK, Chiuev 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(1):43-51. doi: 10.1016/j.jacc.2014.10.024
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385(9963):117-71. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2
- Stranges S, Guallar E. Cardiovascular disease prevention in women: a rapidly evolving scenario. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012;22(12):1013-8. doi: 10.1016/j.numecd.2012.10.001
- Volpe M, Erhardt LRW, Williams B. Managing cardiovascular risk: the need for change. *J Hum Hypertens* 2008;22(2):154-7. doi: 10.1038/sj.jhh.1002273
- Lillo A, Antoncicchi E, Antoncicchi V, Zito GB, on behalf of The A R C A Carin Women Survey Investigators. The Cardiovascular Risk Awareness and Health Lifestyle of Italian Women. *J Clin Med* 2024;13(11):3253. doi: 10.3390/jcm13113253