

**Go Red**  
*for women*  
*...in Pordenone*



# **Le patologie cardiovascolari per le donne del Friuli Occidentale**

*Daniela Pavan, Direttrice Cardiologia San Vito al Tagliamento e Spilimbergo  
AAS 5 Friuli Occidentale  
referente Gruppo di lavoro interdisciplinare AAS 5 Friuli Occidentale “Go  
Red for women”*







## Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes

The EUGenMed<sup>†</sup>, Cardiovascular Clinical Study Group, Vera Regitz-Zagrosek<sup>1,2,3\*</sup>, Sabine Oertelt-Prigione<sup>1,2,3</sup>, Eva Prescott<sup>4</sup>, Flavia Franconi<sup>2,5</sup>, Eva Gerdtts<sup>6</sup>, Anna Foryst-Ludwig<sup>3,7</sup>, Angela H.E.M. Maas<sup>8</sup>, Alexandra Kautzky-Willer<sup>2,9</sup>, Dorit Knappe-Wegner<sup>2,10</sup>, Ulrich Kintscher<sup>3,7</sup>, Karl Heinz Ladwig<sup>11</sup>, Karin Schonk-Gustafsson<sup>2,12</sup> and Verena Strauß<sup>3,13</sup>

Downloaded from http://

**Table 4** Sex differences in drug effects (adapted from Regitz-Zagrosek and Seeland<sup>159</sup>)

Treatment	Sex-specific drug effects	References
Digitalis	Higher risk for death among women with HF compared with placebo Reduced distribution volume, lower drug elimination in women	146 165
Antiarrhythmics	Drug-induced Torsades de pointes (TdP) observed predominantly in women	166–170
Anticoagulants and ASA	Haemorrhage incidence increased in women Haematuria, haemoptysis, and intracranial bleeding incidence increased in men Higher benefit observed in women (Vitamin K antagonists, Fondaparinux) Increased bleeding risk observed in women (Bivalirudin)	171 172 173,174 175

# Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016

Nick Townsend<sup>1\*</sup>, Lauren Wilson<sup>1</sup>, Prachi Bhatnagar<sup>1</sup>, Kremlin Wickramasinghe<sup>1</sup>, Mike Rayner<sup>1</sup>, and Melanie Nichols<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>British Heart Foundation Centre on Population Approaches for Non-Communicable Disease Prevention, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Oxford OX3 7LF, UK; and <sup>2</sup>Centre for Population Health Research, Faculty of Health, Deakin University, Geelong, Vic. 3220, Australia

**Table 1** Number and percentage of deaths from CVDs in Europe—latest available year<sup>a</sup>

	Cardiovascular disease (total)		Coronary heart disease		Cerebrovascular disease		Other cardiovascular diseases	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Males</b>								
Total deaths (all ages)	1 829 496	40	874 920	19	417 113	9	537 463	12
Premature deaths—before age 75	899 415	35	465 842	18	191 819	8	241 754	9
Premature deaths—before age 65	490 221	31	252 427	16	93 131	6	144 663	8
<b>Females</b>								
Total deaths (all ages)	2 173 136	49	892 297	20	599 380	14	681 459	15
Premature deaths—before age 75	507 625	36	227 140	16	146 142	10	134 343	9
Premature deaths—before age 65	193 143	26	77 629	10	53 424	7	62 090	8
<b>Total</b>								
Total deaths (all ages)	4 002 632	45	1 767 217	20	1 016 493	11	1 218 922	14
Premature deaths—before age 75	140 7040	35	692 982	17	337 961	9	376 097	9
Premature deaths—before age 65	683 364	29	330 056	14	146 555	6	206 753	9

## Gender related differences in patients presenting with acute heart failure. Results from EuroHeart Failure Survey II

Markku S. Nieminen<sup>a,\*</sup>, Veli-Pekka Harjola<sup>a</sup>, Matthias Hochadel<sup>f</sup>, Helmut Drexler<sup>d</sup>,  
Michel Komajda<sup>e</sup>, Dirk Brutsaert<sup>b</sup>, Kenneth Dickstein<sup>c</sup>, Piotr Ponikowski<sup>i</sup>, Luigi Tavazzi<sup>j</sup>,  
Ferenc Follath<sup>c</sup>, Jose Luis Lopez-Sendon<sup>h</sup>

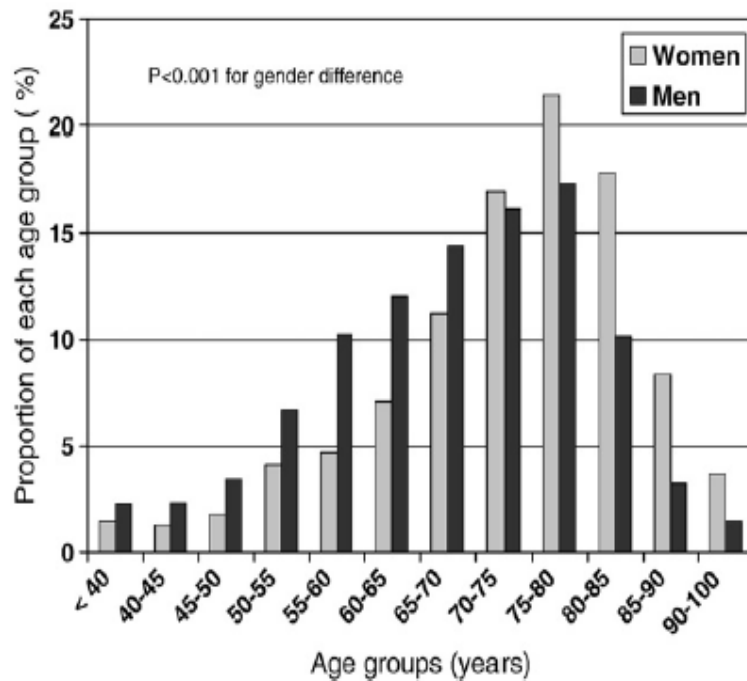


Fig. 1. Relative age distribution for female and male patients. Data are shown in percentages from each gender.

- Ipertensione
- Patologie tiroide
- depressione
- Funzione sistolica conservata

# Clinical characteristics and major comorbidities in heart failure patients more than 85 years of age compared with younger age groups

Age (mean)	<65 (59), n = 1865	65–74 (70), n = 2769	75–84 (79), n = 3048	≥85 (87), n = 825	All (72), n = 8507	P	<85 (72), n = 7682	≥85 (87), n = 825	P
Female (%)	26.3	36.6	45.1	60.0	39.7	<0.0001	37.5	60.0	<0.001
BMI	27.5	25.8	24.7	23.6	26.1	<0.0001	25.7	23.6	<0.001
Smoker (%)	47.1	35.9	24.9	13.2	32.3	<0.0001	34.3	13.2	<0.001
WMI	1.1	1.3	1.4	1.5	1.4	<0.001	1.3	1.5	<0.001
LVEF > 45 (%)	35.7	44.7	49.2	52.5	45.1	<0.0001	44.4	52.6	<0.001
Creatine clearance (mL/min)	81.1	58.1	43.1	34.5	58.4	<0.0001	55.9	34.5	<0.001
<i>Cardiovascular comorbidities</i>									
Ischaemic heart disease (%)	48.4	55.7	53.3	41.6	51.9	0.16	53	41.6	<0.001
Hypertension (%)	23.6	27.2	25.7	19.9	25.2	0.27	25.7	19.9	<0.001
Diabetes (%)	15.7	17.1	16.3	11.9	16.0	0.10	16.4	11.9	<0.001
Previous stroke/TIA (%)	6.3	10.7	11.3	10.8	9.9	<0.0001	9.9	10.8	0.43
Previous MI (%)	34.7	37.6	34.3	21.6	34.2	<0.0001	35.6	21.6	<0.001
Atrial fibrillation (%)	15.8	23.7	25.0	20.4	22.2	<0.0001	22.3	20.4	0.21
PAD (%)	5.5	7.6	5.8	4.3	6.1	0.13	6.3	4.3	0.017
<i>Associated comorbidities</i>									
COPD (%)	21.6	26.2	23.0	13.9	22.9	0.0009	23.8	13.9	<0.001
Anaemia (%)	1.5	3.3	3.8	5.3	3.2	<0.0001	3.0	5.3	<0.001
Depression (%)	2.0	2.4	1.4	1.6	1.9	0.057	1.9	1.6	0.51
Severe Dementia (%)	0.1	0.2	0.3	1.1	0.3	<0.0001	0.2	1.1	<0.001
Renal insufficiency(%) <sup>a</sup>	1.8	5.7	17.1	35.3	11.4	<0.0001	9.1	35.3	<0.001



# Incidence and healthcare pathways in patients hospitalized for new onset heart failure in a region of Northern Italy

D. Pavan<sup>1</sup>, E. Clagnan<sup>2</sup>, F. Valent<sup>2</sup>, G. Lardieri<sup>3</sup>, V. Moretti<sup>4</sup>, L. Massa<sup>5</sup>, C. Fresco<sup>6</sup>,  
A. Di Chiara<sup>4</sup>, P. Lesizza<sup>5</sup>, L. Zanier<sup>1</sup>, A. Di Lenarda<sup>7</sup>



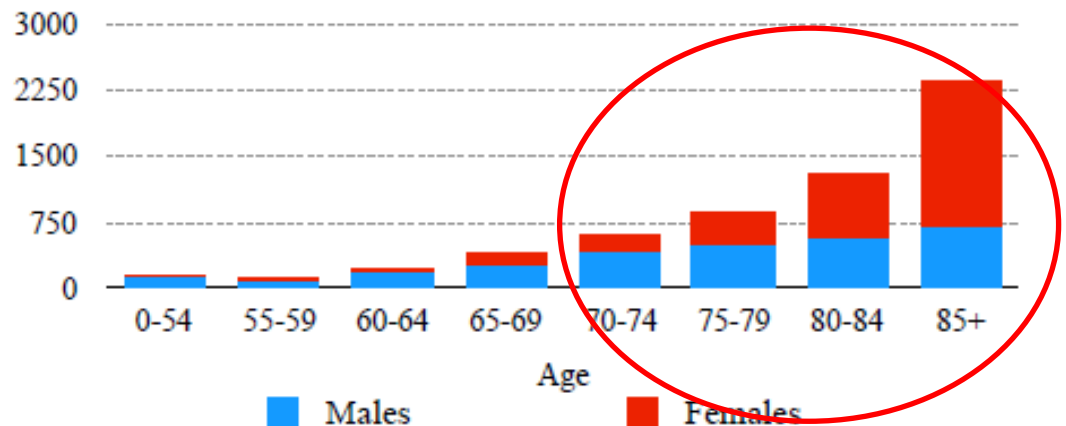
<sup>1</sup>Cardiovascular Department, San Vito Al Tagliamento and Pordenone, Italy; <sup>2</sup>Regional Health Authority of Friuli Venezia Giulia, Italy; <sup>3</sup>Cardiology Unit, Gorizia, Italy; <sup>4</sup>Medicine Unit, San Daniele del Friuli and Tolmezzo, Italy; <sup>5</sup>Cardiovascular Department, ASUITS, Trieste, Italy; <sup>6</sup>Cardiovascular Department, Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine, Italy; <sup>7</sup>Cardiovascular Center, Trieste, Italy, ALL for Regional Authority of Friuli Venezia Giulia, Italy

Regional databases of healthcare services and procedures and a

**Results:** In 2009-2010 there were 5963 admissions for new onset HF (average rate of 2.41 per 1000 person-years; range in 5 Regional Health Authorities 2.14 to 2.72). Hospital admission involved in 86% subjects  $\geq 70$  years. Males were prevalent in pts  $< 80$  years, females  $\geq 80$  years. 82% of the pts were discharged from Medicine, 11% from Cardiology. Comparing the pts of 2009-2010 with those of 2015, prescription of exams (ECG, echocardiogram, chest x-ray, natriuretic peptides) increased from 72% in the 5

## Dati regionali dello Scompenso FVG ANMCO 2017

Sono stati estratti dalle Schede di dimissione ospedaliera, per il periodo 2009-2010, i primi episodi di scompenso cardiaco ospedalizzato per i residenti in Friuli Venezia Giulia.



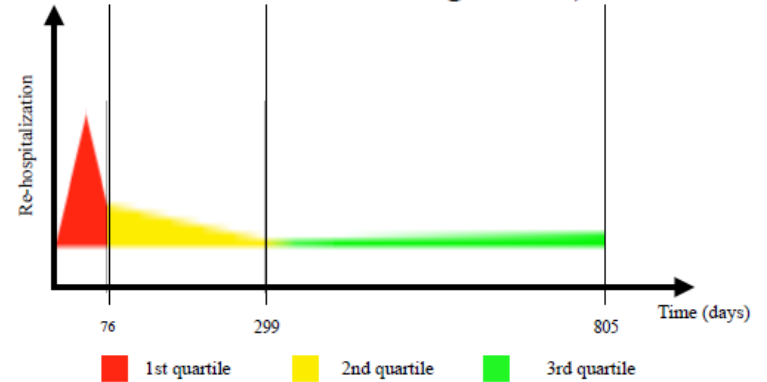
# Mortality and re-hospitalization in patients with new onset acute heart failure in a region of Northern Italy

D. Pavan<sup>1</sup>, E. Clagnan<sup>2</sup>, F. Valent<sup>2</sup>, G. Lardieri<sup>3</sup>, V. Moretti<sup>4</sup>, L. Massa<sup>5</sup>, C. Fresco<sup>6</sup>  
 A. Di Chiara<sup>4</sup>, P. Lesizza<sup>5</sup>, L. Zanier<sup>1</sup>, A. Di Lenarda<sup>7</sup>



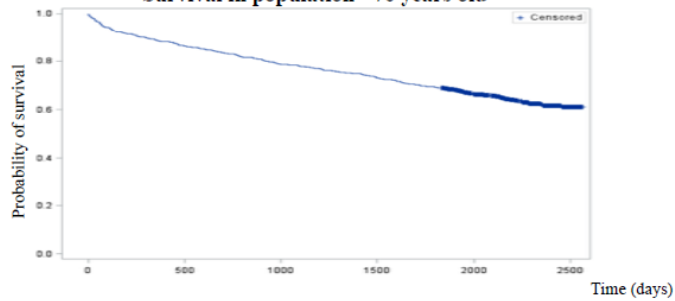
<sup>1</sup>Cardiovascular Department, San Vito Al Tagliamento and Pordenone, Italy; <sup>2</sup>Regional Health Venezia Giulia, Italy; <sup>3</sup>Cardiology Unit, Gorizia, Italy; <sup>4</sup>Medicine Unit, San Daniele del Friuli  
<sup>5</sup>Cardiovascular Department, ASUITS, Trieste, Italy; <sup>6</sup>Cardiovascular Department, Azienda Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine, Italy; <sup>7</sup>Cardiovascular Center, Trieste, It Authority of Friuli Venezia Giulia, Italy

## Time from first admission to re-hospitalization (n=1970, 33% of 5457 discharged alive)

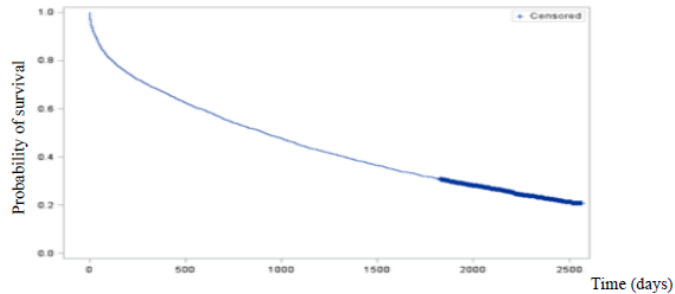


### Kaplan-Meier curves of survival stratified by age

Survival in population <70 years old

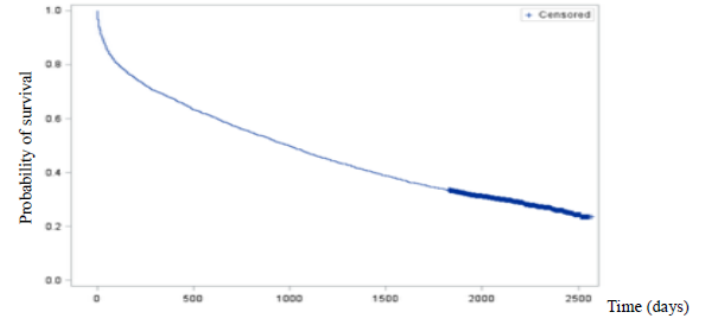


Survival in population  $\geq 70$  years old

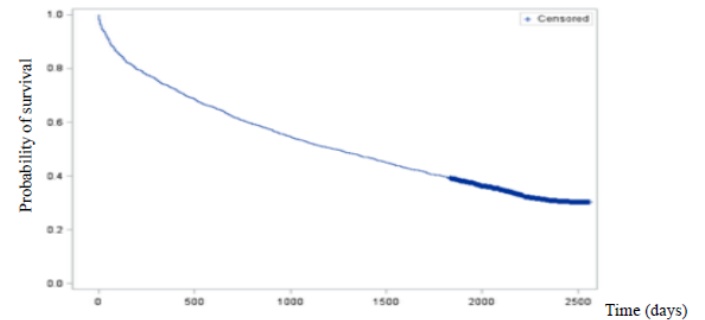


### Kaplan-Meier curves of survival stratified by sex

Survival in female population



Survival in male population





# PRESENTAZIONE CLINICA

## Diversità : anamnesi

### RITARDO DIAGNOSTICO



Europace (2015) 17, 24–31  
doi:10.1093/europace/euu155

CLINICAL RESEARCH  
Atrial fibrillation

#### **Sex-related differences in presentation, treatment, and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: a report from the Euro Observational Research Programme Pilot survey on Atrial Fibrillation**

Gregory Y.H. Lip<sup>1\*</sup>, Cécile Laroche<sup>2</sup>, Giuseppe Boriani<sup>3</sup>, Paolo Cimaglia<sup>3</sup>, Gheorghe-Andrei Dan<sup>4</sup>, Massimo Santini<sup>5</sup>, Zbigniew Kalarus<sup>6</sup>, Lars Hvilsted Rasmussen<sup>7,8</sup>, Mircea Ioachim Popescu<sup>9</sup>, Otilia Tica<sup>9</sup>, Camilla Fragtrup Hellum<sup>7,8</sup>, Bettina Mortensen<sup>7,8</sup>, Luigi Tavazzi<sup>10</sup> and Aldo P. Maggioni<sup>2</sup>

Dataset EORP-AF ) 3119 pz, 1859 **M** 1260 **D**

**Table 1 Continued**

	Whole cohort	Female	Male	P-value
Palpitations (%)	73.7	80.2	68.5	<0.0001
Fear/anxiety (%)	12.2	14.6	10.5	0.0007
Dyspnoea/shortness of breath (%)	53.7	55.7	52.1	0.1189
Chest pain (%)	23.5	23.1	23.8	0.7237
General non-wellbeing (%)	34.9	36.6	33.6	0.1636
Dizziness (%)	24.0	25.4	22.9	0.2160
Fatigue (%)	46.7	45.1	47.9	0.2328
Health status				
Score of psychological domain mean $\pm$ SD)	19.9 $\pm$ 8.04	18.5 $\pm$ 8.02	20.8 $\pm$ 7.92	<0.0001
Score of psychological domain (median, IQR)	20 (14–26)	18 (13–24)	21 (15–27)	
Score of physical domain (mean $\pm$ SD)	20.6 $\pm$ 9.51	18.8 $\pm$ 9.24	21.8 $\pm$ 9.5	<0.0001
Score of physical domain (median, IQR)	20 (13–28)	18 (12–25)	22 (14–29)	
Score of sexual activity domain (mean $\pm$ SD)	9.7 $\pm$ 4.22	9.6 $\pm$ 4.57	9.8 $\pm$ 3.98	0.9023
Score of sexual activity domain (median, IQR)	10 (7–14)	10 (6–15)	10 (7–13)	
Total score (mean $\pm$ SD)	48.3 $\pm$ 19.95	45.1 $\pm$ 19.38	50.6 $\pm$ 20.04	<0.0001
Total score (median, IQR)	49 (36–62)	46 (33–58)	51 (38–65)	

## **Nelle donne:**

- < capacità funzionale**
- < Performance fisica**
- > Impatto sintomi**

**In generale le donne tollerano meno la f.a.:**

- f.c. più elevata?**
- funzione diastolica ?**
- percezione della malattia?**
- tollerabilità ?**





# Depressed mood amplifies heart-related symptoms in persistent and paroxysmal atrial fibrillation patients from the German Fibrillation

Alexander von Eisenhart Rotl  
Günther Breithardt<sup>2</sup>, Andrea

<sup>1</sup>Institute of Epidemiology II, Helmholtz Zentrum München, Ge

Depressed mood amplifies heart-related symptoms

Page 5 of 9

**Table 2** Description and univariate analysis of associations with AF symptom burden at baseline (n = 563)

Variables	Mild symptom burden (n = 269)	Severe symptom burden (n = 294)	OR (LCL; UCL)	P-value
<b>Sociodemographic</b>				
Age	62.2 (10.7)	61.2 (10.9)		0.314
Sex (male)	197 (73.2)	189 (64.3)	0.7 (0.5–0.9)	<b>0.023*</b>
Unemployed	8 (3.1)	12 (4.2)		0.502
<b>AF risk factors</b>				
High alcohol consumption	207 (77)	219 (74.5)		0.497
Diabetes	23 (8.6)	30 (10.2)		0.502
Family CHD history	50 (18.6)	67 (22.8)		0.220*
Hyperlipidaemia	67 (26.5)	98 (34.8)	1.5 (1–2.1)	<b>0.039*</b>
Hypertension	148 (55)	183 (62.2)		0.082*
Physical inactivity	201 (74.7)	218 (74.2)		0.877
Smoking	21 (8.2)	30 (10.6)		0.350
BMI	27.4 (5.5)	27.4 (5.8)		0.577
<b>Comorbidities</b>				
Cancer	7 (2.6)	10 (3.5)		0.566
CHD	15 (5.8)	18 (6.3)		0.790
COPD	4 (1.5)	10 (3.4)		0.146*
Thromboembolic complications	44 (16.4)	48 (16.3)		0.744

the Wilcoxon test was used. Significant P-values are indicated by bold font. Severe AF symptom burden = AFSC score  $\geq 22$ .

OR, odds ratio; LCL, lower confidence limit; UCL, upper confidence limit.

\*Considered for model building since P-value  $< 0.25$ .

386 M

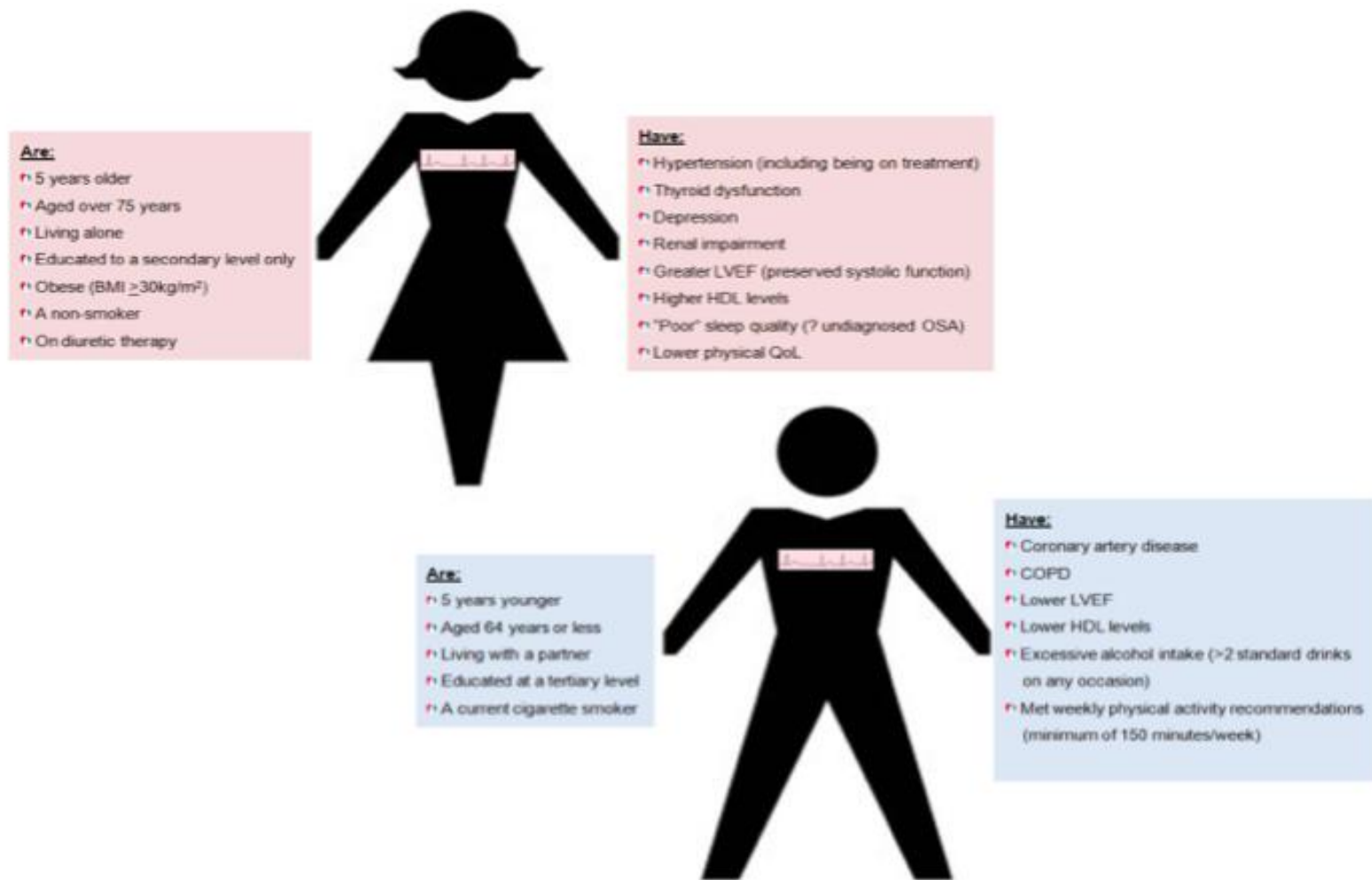
177 D

319 pz f.a persistente

244 pz parossistica

Follow-up 6 mesi

burden [odds ratio (OR) = 2.06; 95% confidence interval (CI): 1.22–3.51]. Patients with DM had three-fold increased odds of severe symptom burden after adjustment for perceived AF-frequency and -duration, sex, and chronic obstructive pulmonary disorder (COPD) (OR = 3.19; 95% CI: 2.65–8.45). Women reported significantly more severe symptom burden than men (OR = 1.44; 95% CI: 1.36–1.95). Uneasiness, nausea, and shortness of breath were most strongly associated with DM. The effect of DM on nausea was more pronounced for men ( $P_{\text{interaction}} = 0.041$ ). Perceived AF-frequency and -duration were not associated with DM ( $P = 0.717$  and  $0.236$ , respectively).



**Figure 3. Typical socio-demographic and risk profiles of women versus men with chronic AF in the SAFETY cohort.**  
doi:10.1371/journal.pone.0065795.g003

# **TERAPIA: RESINCRONIZZAZIONE**

**Sottoutilizzata nelle donne:**

**25-27% dati USA 2002-2004**  
**27% ESC survey 2009**





# AHA Special Report

## Fifteen-Year Trends in Awareness of Heart Disease in Women Results of a 2012 American Heart Association National Survey

### WRITING COMMITTEE

Lori Mosca, MD, MPH, PhD, Chair; Gmerice Hammond, MD; Heidi Mochari-Greenberger, PhD, MPH, RD; Amytis Towfighi, MD; Michelle A. Albert, MD, MPH; on behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on High Blood Pressure Research, and Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism

### AMERICAN HEART ASSOCIATION STEERING COMMITTEE

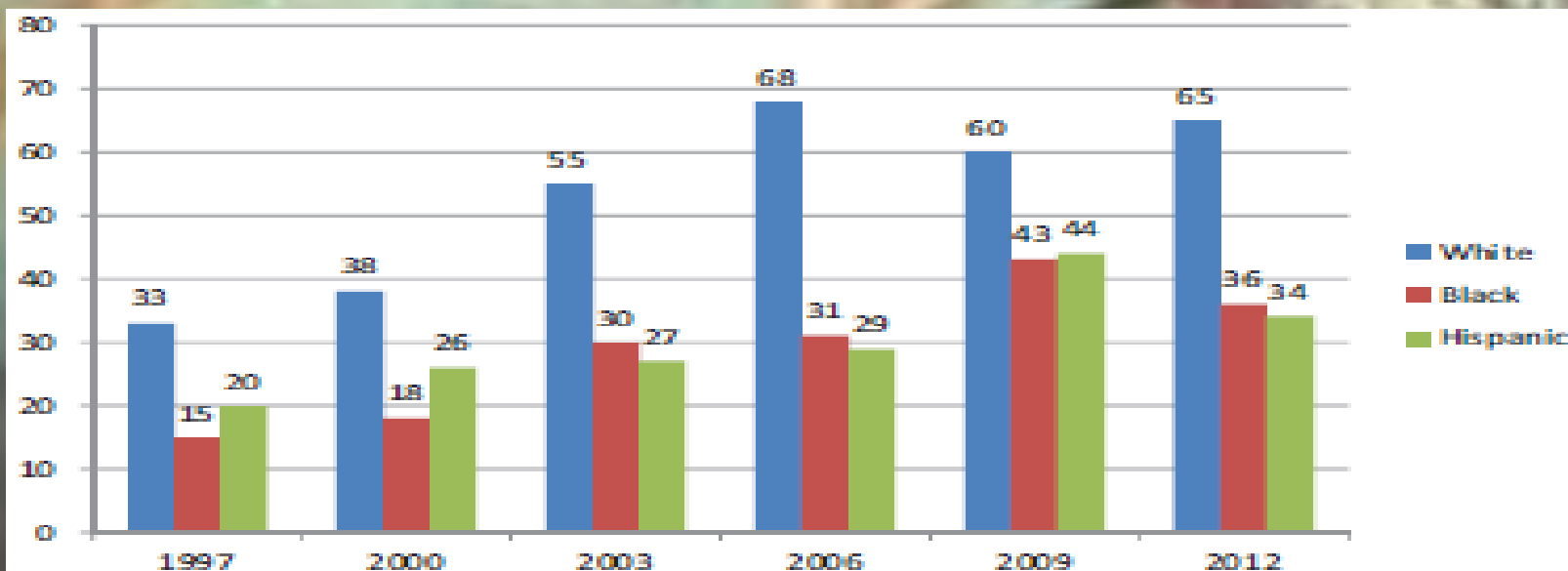


Figure. Trends in awareness that heart disease is the leading cause of death in women.

**Table 2. (Unaided) Awareness of the Leading Cause of Death in 2012 Compared With 1997 Overall and by Racial/Ethnic Group**

Response (Unaided)	Overall		Racial/Ethnic Group					
	Survey Year		White		Black		Hispanic	
	1997 (n=1000)	2012 (n=1205)	1997 (n=658)	2012 (n=651)	1997 (n=130)	2012 (n=205)	1997 (n=126)	2012 (n=200)
Leading cause of death								
Breast cancer	14	8*	14	5*	18	14	17	11
Cancer (general)	35	24*	33	20*	41	38	43	36
Heart disease/heart attack	30	56*	33	65*	15	36*	20	34*
Other	10	7*	8	5*	12	5*	9	14
Do not know/no answer	11	6*	12	5*	14	8	11	6

All values are weighted percentages for telephone results for comparability between the 1997 and 2012 surveys.

\*Statistical significance between survey years within each racial/ethnic group at  $P < 0.05$ .

**Table 3. (Unaided) Awareness of the Leading Cause of Death in 2012 Compared With 1997 by Age**

Response (Unaided)	Age 25–34 y		Age 35–44 y		Age 45–64 y		Age ≥65 y	
	1997 (n=188)	2012 (n=104)	1997 (n=294)	2012 (n=174)	1997 (n=308)	2012 (n=524)	1997 (n=195)	2012 (n=380)
Leading cause of death								
Breast cancer	19	11	17	9*	12	7*	9	6
Cancer (general)	38	26*	33	25	36	21*	34	26*
Heart disease/heart attack	16	44*	28	59*	38	62*	34	50*
Other	12	10	10	4*	7	5	9	9
Don't know/no answer	15	9	12	3*	7	5	14	9

All values are weighted percentages for telephone results for comparability between the 1997 and 2012 surveys.

\*Statistical significance between survey years within each age strata at  $P < 0.05$ .







2009

2018

# LA SALUTE DECLINATA AL FEMMINILE:

dall'approccio specialistico  
all'interdisciplinarietà

20 APRILE 2018

Sala Congressi - Fiera di Pordenone  
PORDENONE



PRESIDENTE DEL CONVEGNO  
Dott.ssa Daniela Pavan





**DECRETO  
DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 563 DEL 03/08/2018

**OGGETTO**

Istituzione del Gruppo di lavoro "Medicina di genere – Go Red for women..." e approvazione del programma operativo.

Gruppo di lavoro:

Referente. Dott.ssa Daniela Pavan

Barbara Basso, Fabiana Nascimben, Rosa Pecoraro, Norma Pezzutto, Elisa Pontoni, Sonia Cogo,  
Lorena Basso, Zoldan Anna

## **PROGRAMMA Medicina di genere 2018**

### **Obiettivi:**

- 1. consolidamento della rete di professionisti di diversa formazione specialistica volta allo sviluppo e approfondimento della medicina di genere nella nostra realtà aziendale: implementazione della conoscenza e sensibilizzazione degli operatori nei confronti della tematica attraverso eventi formativi**
- 2. Analisi dell'impatto degli eventi formativi genere relati sull'approccio al paziente cardiologico in dipartimento di emergenza e cardiologico**
- 3. creazione di percorsi genere specifici nelle diverse discipline mediche (es. PDTA dolore toracico nella donna)**

4. educazione della popolazione generale nei confronti della medicina di genere attraverso eventi di divulgazione

5. organizzazione di eventi congressuali ad hoc volti a strutturare definitivamente l'orientamento genere relato della nostra realtà aziendale: pianificazione del secondo congresso "La salute declinata al femminile: dall'approccio specialistico alla multidisciplinarietà" (Pordenone, aprile 2019, in concomitanza della giornata della salute della donna" )





Con il sostegno



Con il patrocinio



# SALUTE e DONNA

Medicina di genere e violenza di genere

Go Red for women... in Pordenone



*Go Red for women:  
la medicina di genere è il presente*

Questo gruppo promuove la conoscenza della medicina di genere, della violenza di genere e la consapevolezza dell'alto rischio di malattie cardiovascolari nella popolazione femminile. Lo fa anche con l'organizzazione di eventi formativi a carattere scientifico aperti a tutti.

Le differenze di genere influiscono sulla vita e sulle patologie: la donna non è la copia dell'uomo, così come i bambini non sono piccoli adulti. La salute va intesa come benessere psicologica, fisico e sociale.



Go Red  
for women...  
in Pordenone

VENERDÌ 28 SETTEMBRE 2018

VALVASONE (PN)

CONVEGNO

Go Red  
for women  
...in Pordenone



JAZZ&WINE

OF PEACE

24 28 OCTOBER

2018

CORMÒNS

21<sup>ST</sup> EDITION

CONTRAMET



*Domenica 28 ottobre sarà infine ospitato un evento speciale nella Tenuta Villanova di Farra d'Isonzo: Go Red For Women per Jazz&Wine, convegno che affronterà la medicina di genere*

**Mai per  
amore**



# VENERDÌ 16 NOVEMBRE, ORE 20.30 SPILIMBERGO – CINEMA CASTELLO



Spilimbergo  
contro  
la violenza  
sulle donne

**ONLUS Pro Ospedale di Spilimbergo e del Lions Club Maniago-Spilimbergo,**  
con la partecipazione della **Polizia di Stato**.

In occasione della serata l'attrice **Michela Facca**, con sottofondo musicale a cura di  
**Massimo Chivilò**, leggerà alcuni brani tratti dal libro  
**"VENT'ANNI DI VOCE DONNA. Il centro antiviolenza nelle parole delle operatrici e  
delle donne che ce l'hanno fatta"**, a cura di **Elisa Cozzarini**

Interverranno:

La **dott.ssa Maria De Stefano**, *Presidente del Centro Antiviolenza "Voce Donna" Pordenone;*

La **dott.ssa Fabiana Nascimben**, *Dirigente Medico presso il Pronto Soccorso di Pordenone;*

La **dott.ssa Cinzia Monte**, *Commissario della Polizia di Stato della Questura di Pordenone;*

L'**avv. Rosanna Rovere**, *Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Pordenone;*

Modererà la serata la giornalista **Paola Dalle Molle**, componente del Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti e di "Carta di Pordenone".





Go Red

*for women  
...in Pordenone*



*Ci saremo!*

---

# APPROCCIO DI GENERE: FORMAZIONE SULLE DIFFERENZE DI GENERE E IMPATTO SULLA SALUTE DI COMUNITA'

Corso di formazione sul campo regionale,

5 Ottobre 2018 8.45-13.00, Direzione DSM, via Weiss 5, Trieste

4 Ottobre 2018 8.45-16.30, Direzione DSM, via Weiss 5, Trieste





2° CONGRESSO NAZIONALE  
Verso la medicina genere specifica

## LA DONNA E LA COPPIA DOPO L'ETÀ FERTILE

La salute che cambia:  
prevenzione, stili di vita, fragilità

19 - 20 settembre 2018  
HOTEL MICHELANGELO • MILANO



PRESIDENTE DEL CONGRESSO:  
Francesca Marzagora

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA E  
PROVIDER E.C.M. id. n. 595



IDEAS congressi  
Piazza Giovanni Randaccio,  
1 - 00198 Roma  
tel. 06.36381573  
info@ideascpa.com  
www.ideascpa.com

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria	
5 Friuli Occidentale	

## “Go Red for women ...in Pordenone”: modello operativo genere relato

**E.Pontoni** <sup>(1)</sup>, **B.Basso** <sup>(2)</sup>, **L.Basso** <sup>(3)</sup>, **S.Cogo** <sup>(1)</sup>, **F.Nascimben** <sup>(1)</sup>, **R.Pecoraro** <sup>(4)</sup>, **N.Pezutto** <sup>(4)</sup>, **A.Zoldan** <sup>(5)</sup>, **D.Pavan** <sup>(4)</sup>,

<sup>(1)</sup> Dipartimento di Emergenza, AAS n.5 “Friuli Occidentale”

<sup>(2)</sup> SOC Assistenza Farmaceutica, AAS n.5 “Friuli Occidentale”

<sup>(3)</sup> Direzione Amministrativa, AAS n.5 “Friuli Occidentale”

<sup>(4)</sup> Dipartimento di Cardiologia, AAS n.5 “Friuli Occidentale”

<sup>(5)</sup> SC Affari Generali, AAS n.5 “Friuli Occidentale”

<sup>(4)</sup> Responsabile Dipartim. Cardiologia, AAS n.5 “Friuli Occidentale”



SEZIONI REGIONALI  
FRIULI VENEZIA GIULIA  
VENETO  
TRENTINO ALTO ADIGE



**Em** SIMEU  
società italiana medicina  
d'emergenza-urgenza

**IX CONGRESSO TRIVENETO SIMEU**



**TEMPI MODERNI:  
LA MEDICINA D'URGENZA  
TRA PRATICHE CONSOLIDATE  
E NUOVE PROSPETTIVE**

**29-30 NOVEMBRE 2018  
Auditorium Skyllevel – TAVAGNACCO (UD)**

**MEDICINA DI GENERE E  
PROSPETTIVE IN  
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA:  
REALTA' E PROSPETTIVE**



**PROGETTO: DOLORE TORACICO IN  
PRONTO SOCCORSO**







**Gentile Utente, Lei e' stato accolto in Pronto Soccorso per un episodio di dolore toracico.**

**E' pregato di compilare il seguente questionario relativo ai suoi fattori di rischio cardiovascolare: gli eventuali dati mancanti saranno completati in ambulatorio di visita (NON AL TRIAGE)**

**I dati raccolti saranno trattati secondo il regolamento GDPR sulla PRIVACY 2018 ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, e saranno utilizzati per stratificare il suo profilo di rischio cardiovascolare**

**Grazie della collaborazione**

**Cognome e nome:**

**Data nascita:**

**Peso:      Altezza:      Grado di istruzione:**

**segnare risposte affermative:**

- Precedente infarto miocardico acuto sì( ) no() non so ( )
- Pregressa angioplastica coronarica sì( ) no ( ) non so ( )
- Pregresso trattamento cardiocirurgico (bypass, valvole) sì( ) no ( ) non so ( )

**Vasculopatia ( segnare possibili risposte positive):**

- Pregresso ictus cerebri sì() no() non so()
- Arteriopatia arti inferiori sì ( ) no() non so ( )
- Pregresso intervento di chirurgia vascolare (vasi collo, aorta, arti inferiori) sì ( ) no ( ) non so()

**fattori di rischio cardiovascolare:**

diabete sì ( ) no ( ) non so ( )

ipercolesterolemia sì ( ) no ( ) non so ( )

-ipertensione arteriosa sì ( ) no ( ) non so ( )

-fumo sì ( ) no ( ) quante sigarette? Da quanti anni?

-familiarità per eventi cardiovascolari maggiori, (ictus), morte improvvisa o Infarto miocardico acuto (genitori, fratelli di età inferiore a 55 aa negli uomini e 65 aa nelle donne) sì( ) no( ) non so( )

**-malattie autoimmunitarie (artrite reumatoide, lupus, tiroidite...) sì( ) no( ) non so( )**

**-pregressa chemio e/ o radioterapia per neoplasia sì ( ) eta'.... No ( ) non so ( )**

**-sintomi di :ansia sì ( ) no( )**

**depressione sì( ) no ( )**



**-fattori di rischio cardiovascolari delle donne: (compilazione solo da parte delle donne):**

**-A quanti anni ha avuto il primo ciclo mestruale: Prima degli 11 aa ( ) dopo gli 11 aa ( ) non so ( )**

**-E' in gravidanza? Sì( ) no ( ) non so ( )**

**Ha partorito da meno di 3 mesi? sì( ) no ( )**

**-Ha avuto in gravidanza preclampsia e gestosi? sì( ) no ( ) non so ( )**

**- Ha sofferto di diabete in gravidanza? sì( ) no ( ) non so ( )**

**- Ha sofferto di ipertensione arteriosa in gravidanza? sì( ) no( ) non s o( )**

**- Ha avuto piu' aborti spontanei? sì( ) no( ) non so ( ) quanti?**

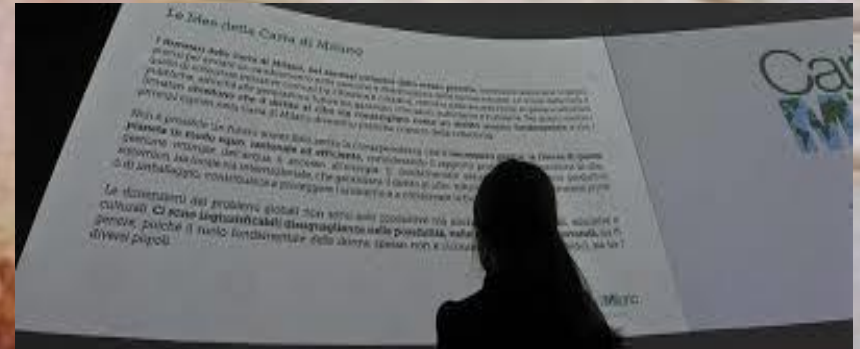
**- Soffre di ovaio policistico? sì( ) no ( ) non so ( )**

**- E' in menopausa? si ( ) eta'.... No ( ) non so ( )**

**-Terapia anticoncezionale (contraccettivi orali) Sì( ) No( )**

**-Terapia sostitutiva ormonale post menopausa Sì ( ) No ( )**





# Definizione carta dei diritti delle donne aziendale

**La salute  
declinata  
al  
femminil  
e: 12  
aprile  
2019**



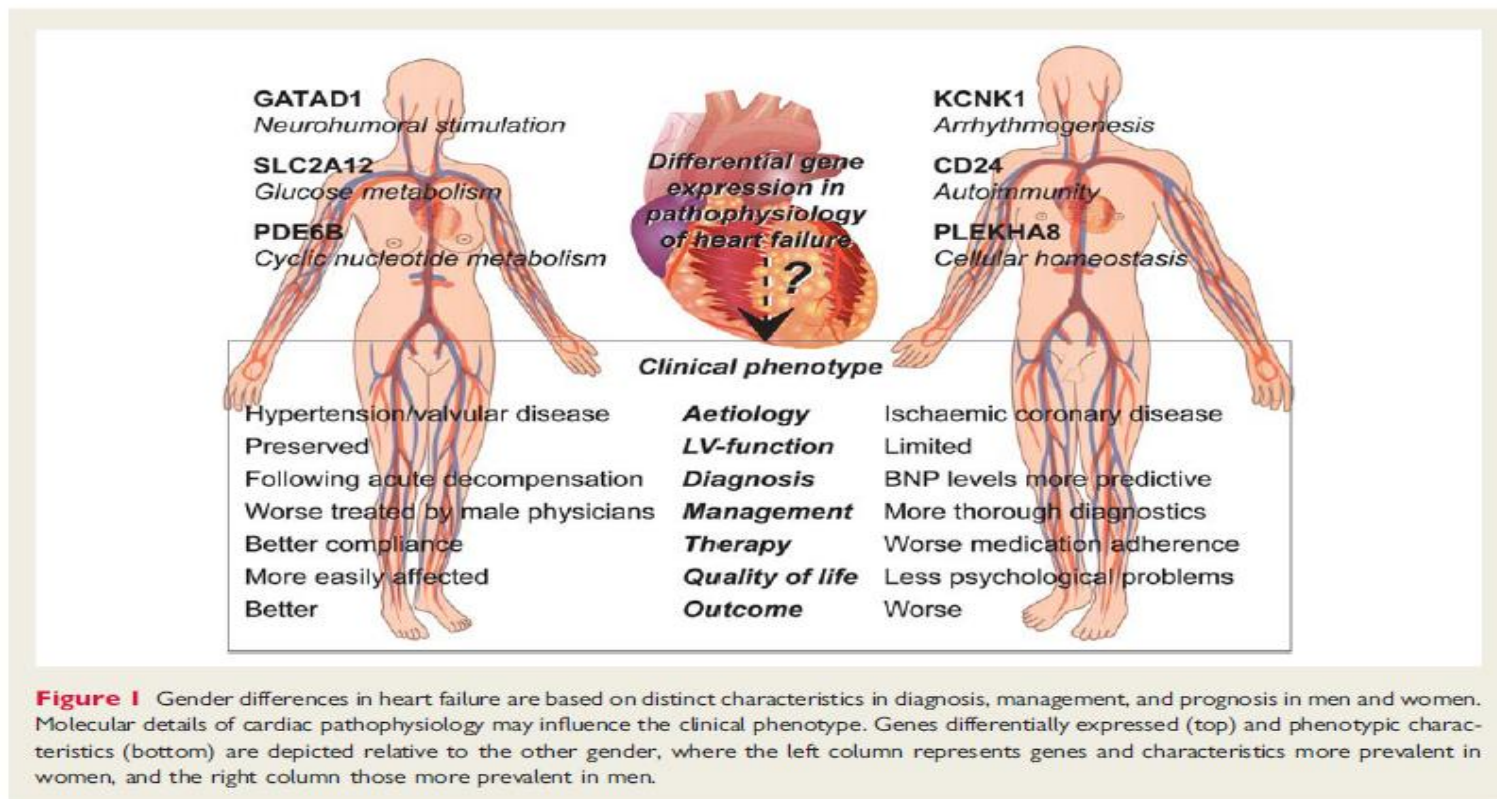
“Le donne che hanno cambiato  
il mondo non hanno mai avuto  
bisogno di mostrare nulla, se  
non la loro intelligenza”

**RITA LEVI MONTALCINI**

*Grazie dell'attenzione*







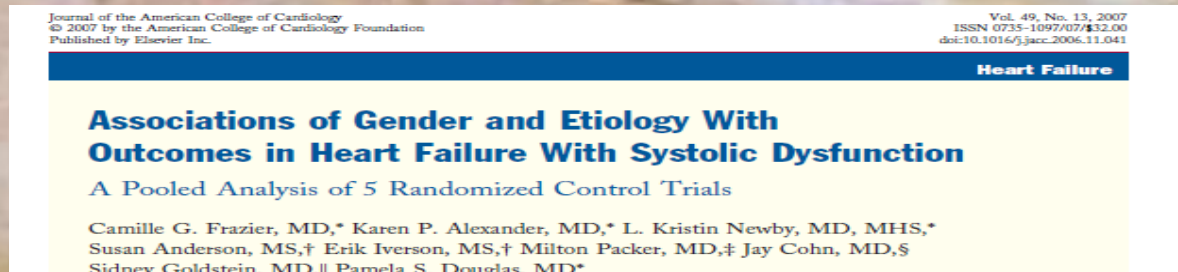
Da Sirmer et al eur heart j 2010; 31::1165-67

diversa espressione genica nel tessuto miocardio fra m e d con sc in diverse fasi :



base biologica per differenze fisiopatologiche e fenotipiche osservate

# OUTCOME



5 studi circa 12.000 pz

24% donne

Sopravvivenza > delle donne

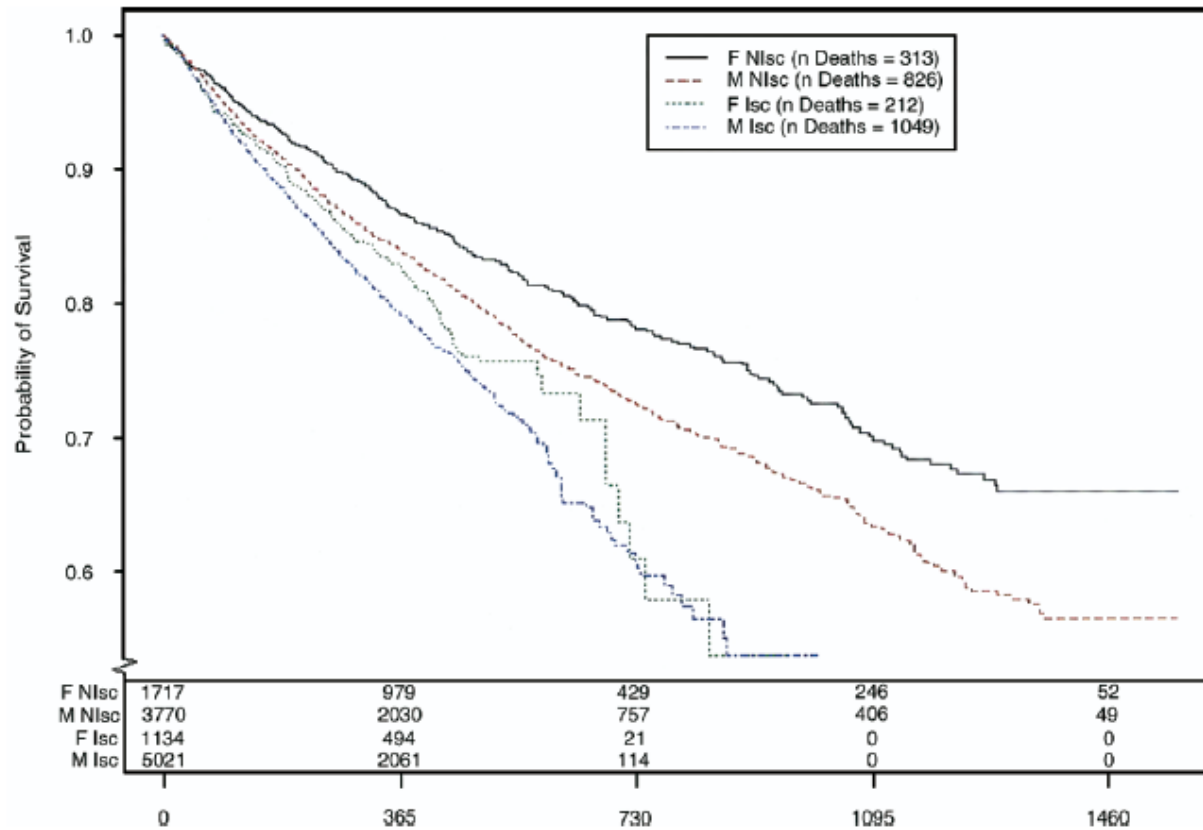
Ma differenza tende ad annullarsi se etiologia ischemica

Non si osservano vantaggi per il sesso F relativamente

All'end point ospedalizzazioni

Carico assistenziale





**Figure 1** Kaplan-Meier Probabilities of Survival by Etiology of Heart Failure and Gender

F = female; Isc = ischemic; M = male; Nlsc = nonischemic.



# **fibrillazione atriale**

**nelle donne**

**> rischio di sviluppare f.a:**

**le donne sono circa 60% dei pz con > 75 aa affetti da fa**

**in presenza di f.a:**

**> rischio tromboembolico**

**< trattamento anticoagulante**

Nelle donne:

- Frequenza di congestione
- Compromissione funzionale
- Più Lunga degenza ospedaliera vs maschi
- Qualità di vita peggiore

**Diversa Etiologia**

**EF conservata**







# TERAPIA

## **Assorbimento orale o transdermico:**

Non differenze significative

## **differenze genere specifiche di enzimi che metabolizzano i farmaci:**

Maggior espressione CYP3A4 : contribuisce al metabolismo di 1° passaggio di > 50% dei farmaci principali

questo potrebbe avere significato in quelli con margini terapeutici “stretti” ( v antiaritmici )

**Table 1. Drugs With Sex/Gender Therapeutic Responses**

Drug	Sex/gender differences
Angiotensin-converting enzyme inhibitors	More side-effects in women Less effective in women
Aspirin	More effective in primary prevention of myocardial infarction in men More effective in primary prevention of stroke in women
Digitalis	More reported deaths in women than men
$\beta$ -blockers	More tachycardia in women; or not as effective in women as in men

Adapted from *Nat Rev Drug Discov* 2006.<sup>126</sup>



**Arain F, Circ J 73: 1744-82 2009**

# Perché le donne sono sottotrattate?

## Motivazioni “tradizionali”:

- le donne sono più vecchie
- Maggiore prevalenza dei fattori di rischio
- Minore capacità funzionale
- comorbidità

*Bayrey Merz. J Am Coll Cardiol 2006; 47 ( suppl A ): 21A-29A*  
*Show LJ. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (suppl A): 4A-20A*





**La proporzione di donne arruolate nei trials sui trattamenti farmacologici e non rimane inferiore al 30% nonostante le Raccomandazioni delle società scientifiche**

**-Dati eterogenei**

**-Mancanza di conoscenze specifiche sul trattamento SC con EF conservata**







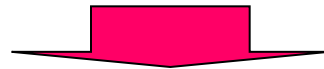


## impianti come ponte a trapianto

**Morgan ET AL Columbia University J Thorac Cardiovasc Surg 2004;127:1193-5**  
**191 pz sottoposti a impianto di VAD**  
**45 (19.1%) donne**

	<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Sopravvivenza in VAD:</b>	<b>62,2</b>	<b>78,2</b>
<b>Tasso di trapianto</b>	<b>57.8</b>	<b>72.8</b>

**Nei maschi : m > sopravvivenza e tasso a trapianto**



**tuttavia differenza si annulla se si corregge per score  
di rischio preoperatorio**

**(questo quindi condizionerebbe esito non genere )**

# La “dimensione” della donna è il racconto

- *La diversità, oltre che conseguente ad aspetti biologici, è una*

***DIVERSITA' CHE RISIEDA NEL  
LINGUAGGIO***

**Tabella 2.** Differenze fenotipiche fra uomini e donne nello scompenso cardiaco.

	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>
Eziologia prevalente	Ipertensiva	Ischemica
Rimodellamento	Concentrico	Eccentrico
Funzione sistolica	Preservata	Ridotta
Sintomi	Congestione, classe NYHA avanzata	
Qualità di vita	Più compromessa	Meno sintomi psicologici
Terapia farmacologica	Minor prescrizione di farmaci raccomandati	
Procedure invasive	Minor utilizzo di terapia elettrica	
Prognosi	Minor mortalità, più ricoveri	Mortalità più elevata

Da Scardovi et al G Ital Cardiol 2012; 13(5suppl 1) 6s-11s