

Epidemiologia, prevenzione e trattamento delle malattie cardiovascolari: evidenze dal database della medicina generale



Giampiero Mazzaglia ⁽¹⁾, Alessandro Filippi ⁽¹⁾, Lorenzo G. Mantovani ⁽²⁾, Gianluca Furneri ⁽³⁾, Carlo Niccolai ⁽¹⁾, Jacopo Cricelli ⁽¹⁾, Achille P. Caputi ⁽⁴⁾, Ovidio Brignoli ⁽¹⁾, Claudio Cricelli ⁽¹⁾

INTRODUZIONE

Malattie croniche, malattie cardiovascolari

Nei paesi occidentali l'invecchiamento progressivo della popolazione è caratterizzato da un aumento della prevalenza delle malattie croniche: proiezioni effettuate negli USA indicano che circa il 50% della popolazione generale sarà affetto da patologie croniche nel 2030. Questo fenomeno assume un impatto rilevante alla luce delle proiezioni demografiche delle Nazioni Unite per i paesi occidentali, le quali indicano un progressivo invecchiamento della popolazione che porterà nel 2050 la popolazione di ultra 65enni a una percentuale di circa il 25% della popolazione complessiva. Secondo Eurostat, l'ampiezza relativa della fascia di popolazione in età lavorativa subirà una riduzione e, entro il 2050, l'attuale rapporto di 4:1 tra le persone in età lavorativa e quelle di età superiore a 65 anni passerà a 2:1. In tale contesto i sistemi sanitari dovranno essere orientati diversamente per potersi occupare del crescente numero di soggetti affetti da patologie croniche quindi con riduzioni importanti dell'autonomia funzionale [1,2]. Il trend in crescita dell'invecchiamento, col conseguente incremento della prevalenza di patologie croniche spesso concomitanti, determina la necessità di disporre di dati longitudinali, la cui validità possa essere confermata dal confronto con indicatori di salute relativi alla popolazione generale.

Lo scopo di questi sistemi di monitoraggio dovrebbe essere sia quello di fornire informazioni sugli esiti non fatali delle patologie croniche, sia quello di ottenere dati affidabili concernenti le relazioni tra i diversi determinanti di salute nel corso della vita. Queste informazioni possono costituire un importante strumento di politica ed economia sanitaria. Infatti, la conoscenza della distribuzione di una determinata patologia a livello territoriale permette di effettuare considerazioni utili a stimare sia il consumo di risorse sia il relativo carico di spesa. In

questo contesto, i dati della medicina generale possono colmare la carenza informativa relativa alla diffusione delle malattie croniche nella popolazione potenzialmente assistibile. IMMIG rappresentano infatti gli operatori sanitari più impegnati nell'identificazione e nella presa in carico dei soggetti affetti da patologie croniche. Le malattie cardiovascolari rappresentano in Europa la maggiore causa di mortalità, con il 43% di tutte le morti negli uomini e il 55% nelle donne. La stima di prevalenza cumulativa di queste malattie varia in base alle differenti fonti di informazione, sebbene essa si possa stimare conservativamente intorno al 2,5-3,0% per le malattie coronariche e l'ictus ischemico; per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, che in molti casi rappresenta il punto di arrivo di molte patologie coronariche, la prevalenza è stimata intorno all'1,2-1,5%. L'onere finanziario per i sistemi sanitari europei connesso con questo gruppo di patologie è stato stimato a circa 192 miliardi di euro nel 2006, dovuti per il 57% (circa 110 miliardi) ai costi sanitari, per il 21% alla produttività persa e per il 22% alle cure informali (82 miliardi). Ciò equivale a un costo pro capite di 223 euro all'anno, pari a circa il 10% della spesa sanitaria complessiva in tutta l'Europa.

L'identificazione dei soggetti a elevato rischio cardiovascolare rappresenta pertanto uno degli obiettivi principali della prevenzione e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico. Il controllo dei fattori di rischio associati all'insorgenza degli eventi cardiovascolari maggiori rimane tuttora piuttosto scarso, in particolare riguardo al controllo lipidico, al controllo dei livelli di pressione arteriosa, e al fumo, nonostante le linee guida nazionali e internazionali individuino tale azione come prioritaria in una strategia rivolta alla riduzione dell'incidenza di tali patologie e dei costi a esse connessi.

⁽¹⁾Società Italiana di Medicina Generale, Firenze

⁽²⁾CIRFF, Università degli Studi Federico II, Napoli

⁽³⁾Fondazione Charta, Milano

⁽⁴⁾Dipartimento di Medicina Sperimentale e Farmacologia, Università di Messina

Il database di Health Search

La rete di monitoraggio informatica delle attività ambulatoriali dei MMG di Health Search – CSD LPD contempera l'esigenza di un monitoraggio in tempo reale della popolazione assistita con la raccolta e l'elaborazione di dati di carattere sanitario di buona qualità sull'intero territorio nazionale (immagine dello stato di salute dell'intera popolazione italiana). Il sistema di rilevazione realizzato dai medici di Health Search – CSD LPD consente quindi sia di superare i limiti di indagini magari assai accurate ma ristrette a particolari aree geografiche, in genere di dimensioni limitate, sia di fornire un quadro più completo rispetto all'immagine fornita dai registri che coprono solo una parte del Paese. Non vanno peraltro ignorati i possibili limiti del sistema, in particolare la difficoltà di tracciare patologie generalmente non in carico ai MMG, oppure le prescrizioni non rimborsabili dal SSN che i medici non necessariamente registrano nei loro archivi. Un altro elemento da tenere nella debita considerazione è rappresentato dal fatto che, a differenza dei registri di patologia dove le diagnosi sono identificate sulla base di criteri diagnostici definiti, la diagnosi del medico si basa, nella maggior parte dei casi, sulla specifica competenza e sugli strumenti di diagnosi a disposizione del medico. Pertanto, ai fini di un'analisi accurata, sono necessarie un'adeguata conoscenza dei sistemi di classificazione delle patologie, nonché lo sviluppo di opportuni algoritmi di validazione della diagnosi registrata. È bene tuttavia tenere presente che, per rispondere a questa problematica, sono in corso di validazione diversi progetti internazionali.

È inoltre possibile una sovrastima del livello medio dei parametri clinici (es. clearance creatinina), in particolare per quei medici con basso livello di registrazione. Tale "bias di registrazione" si verifica per la naturale

tendenza del MMG a registrare i valori ritenuti "anormali", oppure a registrare i parametri di laboratorio soltanto per quei pazienti con maggiore grado di complessità clinica. Infine, è importante ricordare la mancanza di informazioni cliniche e/o dei vari interventi diagnostico-terapeutici del paziente in eventuale regime di ricovero ospedaliero. Tale evidenza potrebbe comportare la perdita di informazioni relative alle patologie con alto tasso di mortalità, come per esempio l'ictus emorragico, alla luce dell'alta probabilità di morte direttamente all'interno della struttura ospedaliera. Va comunque tenuto presente che la rete di monitoraggio Health Search – CSD LPD costituisce un sistema dinamico che viene continuamente controllato, per verificare che non vi sia disomogeneità nella rilevazione da parte dei medici aderenti al progetto. Per questo motivo sono previste procedure di controllo in continuo di alcuni indicatori di qualità della registrazione e studi occasionali mirati per verificare se esistono problemi di sottostima su specifici problemi.

Health Search nasce nel 1998 come unità di ricerca della SIMG e attualmente Health Search – CSD LPD è il database ai fini di ricerca della Medicina Generale Italiana, oltre a essere una struttura permanente e organizzata che rappresenta uno strumento per svolgere le proprie attività di ricerca e produzione di informazioni rilevanti sullo stato della salute della popolazione e dei processi di cura a essa sottesi.

Il presente contributo illustra i principali stimatori relativi al peso epidemiologico e di salute pubblica relativi alle malattie cardiache ischemiche e all'ictus ischemico in Italia. Il rapporto completo è scaricabile dal sito www.healthsearch.it.

METODI

Le patologie esaminate sono state selezionate in base alla diagnosi registrata dal medico nella cartella clinica del paziente utilizzando il sistema di codifica ICD-9-CM. Per tutte le analisi successive i pazienti considerati sono quelli attivi (permanentemente presenti nel database che non siano né deceduti né revocati) al 31 dicembre dell'anno oggetto dell'osservazione, sia con età superiore a 14 anni che con almeno 2 anni di storia clinica nel database.

Per ogni patologia sono state analizzate:

- la prevalenza di patologia (%) standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2003 al 2009;
- la prevalenza d'uso di farmaci per la specifica patologia. Essa viene calcolata, per esempio nel 2009, dividendo il numero di soggetti che hanno ricevuto nel corso dell'anno di osservazione un determinato farmaco, per il totale dei pazienti affetti dalla

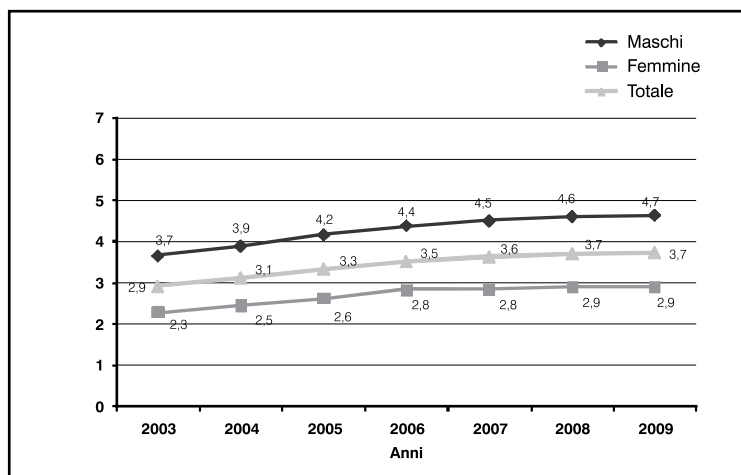


Figura 1a

Prevalenza (%) di malattie ischemiche del cuore negli anni 2003-2009 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

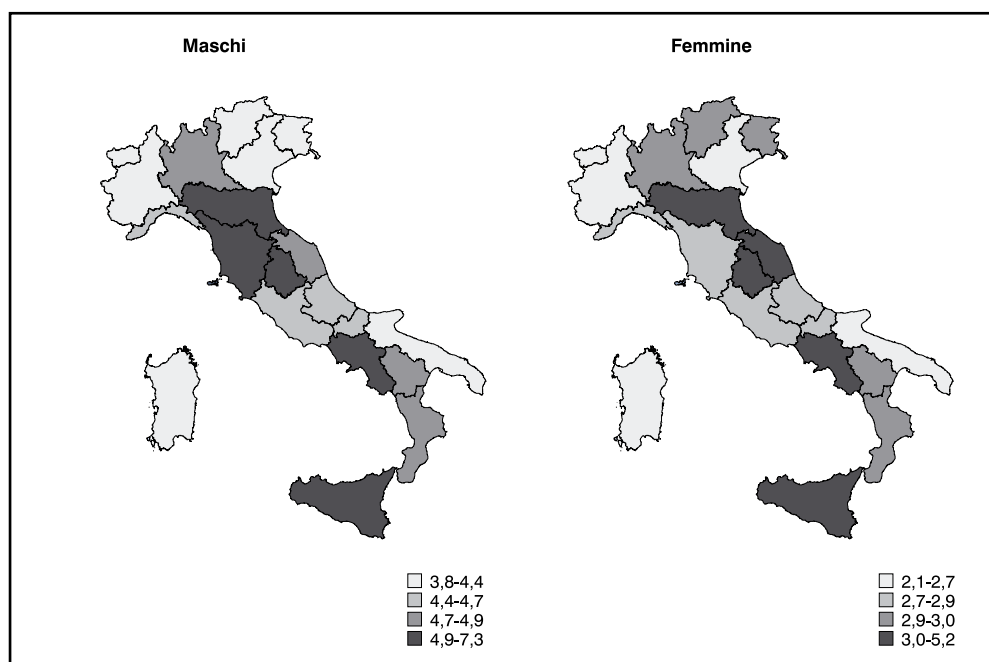


Figura 1b
Prevalenza (%) di IHD stratificata per area geografica e sesso (anno 2009)

patologia considerata al 31/12/2009 (e con questo criterio anche negli anni precedenti). Tale indicatore descrive la distribuzione di un farmaco nella popolazione, indipendentemente dalla quantità di principio attivo consumato da ogni soggetto;

- il consumo, calcolato, attraverso le DDD, sul numero di pazienti affetti da patologia, selezionati all'inizio dell'anno di osservazione e ancora attivi alla fine dello stesso anno.

Sono state considerate le seguenti patologie: malattie ischemiche del cuore e ictus ischemico.

Malattie ischemiche del cuore

L'analisi si è focalizzata sui soggetti con Diagnosi ICD-9-CM: 410.x-414.x. Sono stati inclusi nelle analisi i seguenti farmaci (ATC):

- ipolipidizzanti (C10);
- antitrombotici (B01A);
- antipertensivi (C02, C03, C07-9);
- l'uso nel corso dell'anno di osservazione di tutte le categorie terapeutiche considerate.

Ictus ischemico

L'analisi si è focalizzata sui soggetti con Diagnosi ICD-9-CM: 433.x-436.x, 438.x, 342.x. Sono stati inclusi nelle analisi i seguenti farmaci (ATC):

- ipolipidizzanti (C10);
- antitrombotici (B01A);
- antipertensivi (C02, C03, C07-9);
- l'uso nel corso dell'anno di osservazione di tutte le categorie terapeutiche considerate.

RISULTATI

Malattie ischemiche del cuore

La prevalenza di malattie ischemiche cardiache (IHD) mostra un trend crescente che varia dal 2,9% del 2003 al 3,7% del 2009, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (4,7% nel 2003 vs 4,7% nel 2009) rispetto alle donne (2,3% nel 2003 vs 2,9% nel 2009) (Figura 1a). Si osservano differenze geografiche per quanto concerne le stime di prevalenza, con i valori più elevati al Centro e al Sud, in particolare nel sesso maschile (Figura 1b). Un trend crescente si osserva in relazione all'aumento dell'età sia per i maschi sia per le femmine; il sesso maschile presenta valori di prevalenza più elevati per tutte le fasce di età (Figura 1c). L'analisi sulla prevalenza d'uso di antipertensivi mostra una sostanziale stabilità, con valori superiori al 90%

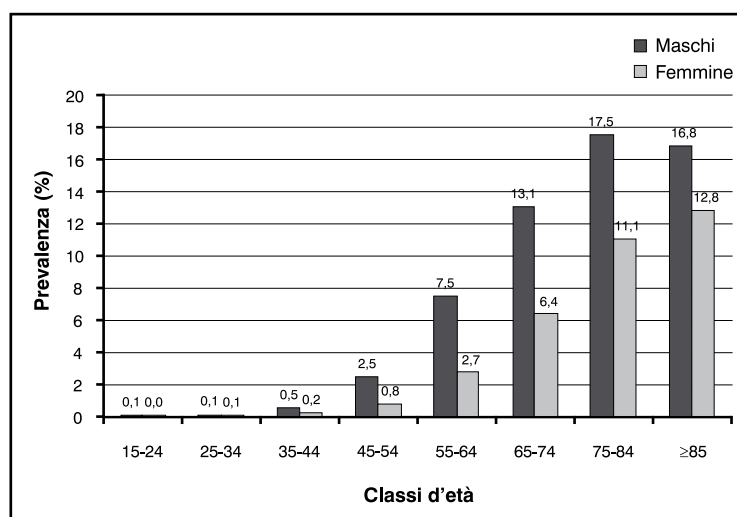


Figura 1c
Prevalenza (%) di IHD stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2009)

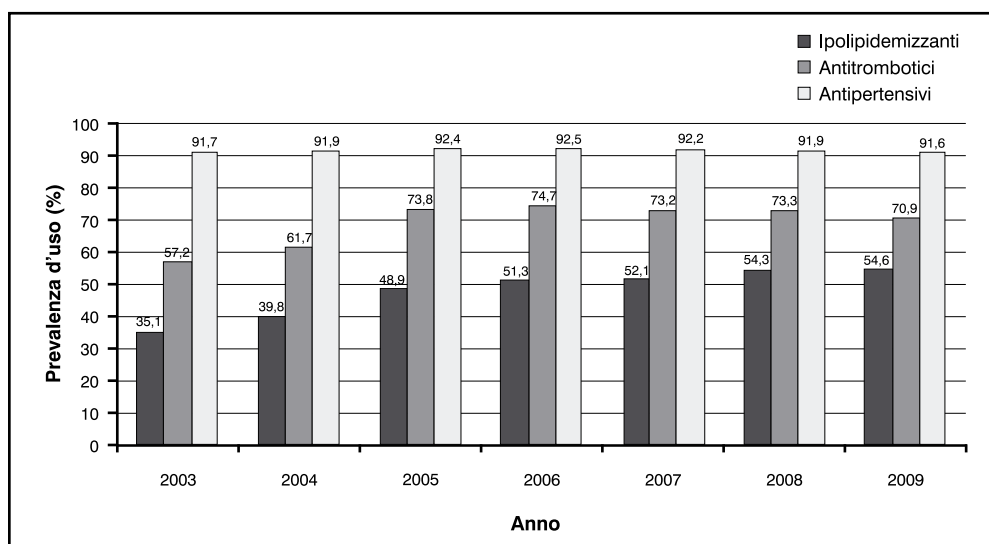


Figura 1d
Prevalenza d'uso (%) di farmaci per IHD stratificata per categorie terapeutiche negli anni 2003-2009

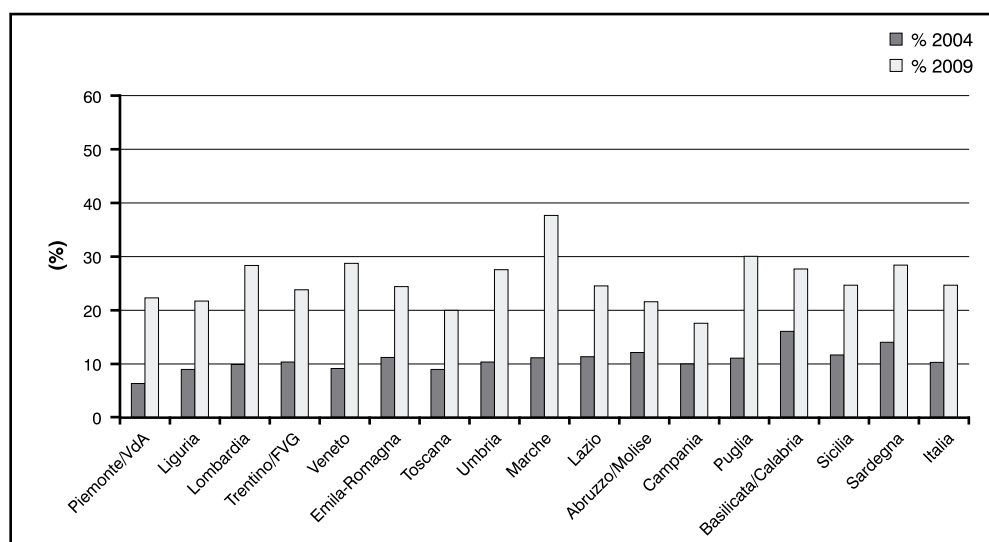


Figura 1e
Percentuale di pazienti aderenti (DDD/ utilizzatore > 290/ anno) alla terapia con ipolipidemizzanti in soggetti con IHD stratificata per area geografica (anni 2009 vs 2004)

sul totale dei casi osservati (Figura 1d). L'analisi sulle categorie terapeutiche fa registrare un importante aumento sia nell'uso di ipolipide-

mizzanti (35,1% nel 2003 vs 54,6% nel 2009) sia di antitrombotici (57,2% nel 2003 vs 70,9% nel 2009). Per quanto concerne l'aderenza alla terapia con ipolipidemizzanti, si osserva un sostanziale aumento della stessa nel 2009 rispetto al 2004, in particolare nelle regioni del centro-sud (Figura 1e).

Il profilo prescrittivo segue un trend simile per ipolipidemizzanti e antitrombotici con un'esposizione sensibilmente superiore nel Nord e nel Centro Italia. Viceversa, la prevalenza d'uso di antipertensivi non mostra particolari variazioni in funzione dell'area geografica. Inoltre, tutte le categorie terapeutiche vengono maggiormente utilizzate negli uomini, rispetto alla donne, e al crescere dell'età.

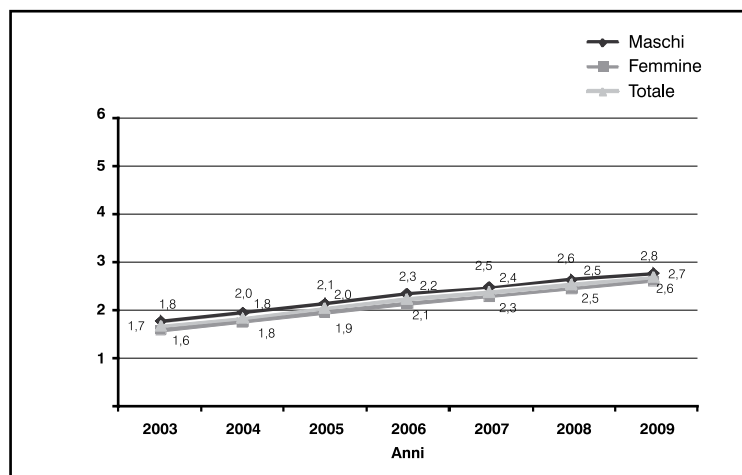


Figura 2a
Prevalenza (%) di ictus negli anni 2003-2009 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

Ictus ischemico

La prevalenza di ictus ischemico mostra un trend crescente che varia dal 1,7% del 2003 al 2,7% del 2009, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (1,8% nel 2003 vs 2,8% nel 2009), rispetto alle donne (1,6% nel 2003 vs

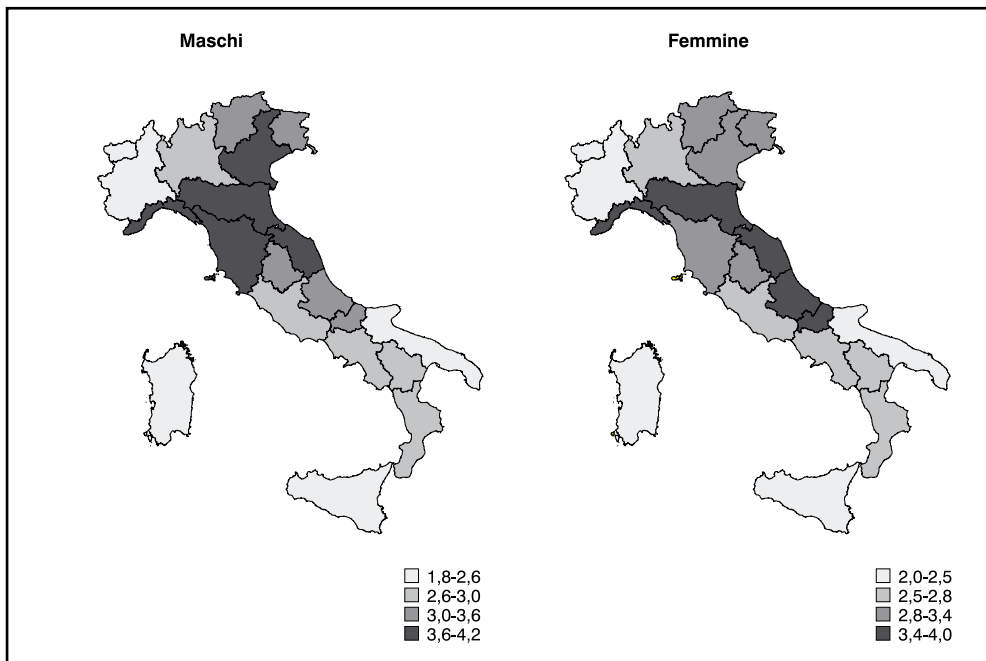


Figura 2b
Prevalenza (%) di ictus stratificata per area geografica e sesso (anno 2009)

2,6% nel 2009) (Figura 2a). Per il sesso maschile le regioni del centro-nord presentano le stime più elevate di prevalenza, mentre per il sesso femminile il gradiente geografico si attenua sensibilmente (Figura 2b). L'analisi per fasce di età mostra una relazione positiva al crescere dell'età sia per i maschi che per le femmine; tuttavia, nel sesso maschile le stime sono consistentemente più alte in tutte le fasce di età (Figura 2c).

L'analisi sulla prevalenza d'uso di antipertensivi mostra una sostanziale stabilità, con valori superiori all'80% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus e un trend che varia dall'84,4% del 2003 al 84,1% del 2009. Si osserva inoltre un aumento nell'uso della politerapia, da imputarsi principalmente all'uso crescente di ipolipidizzanti. Tuttavia, si deve osservare che nel 2009 soltanto circa il 35% dei pazienti

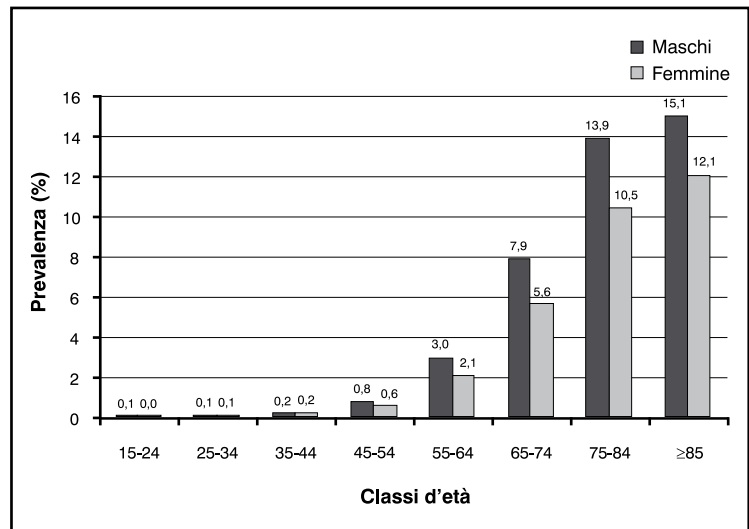


Figura 2c
Prevalenza (%) di ictus stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2009)

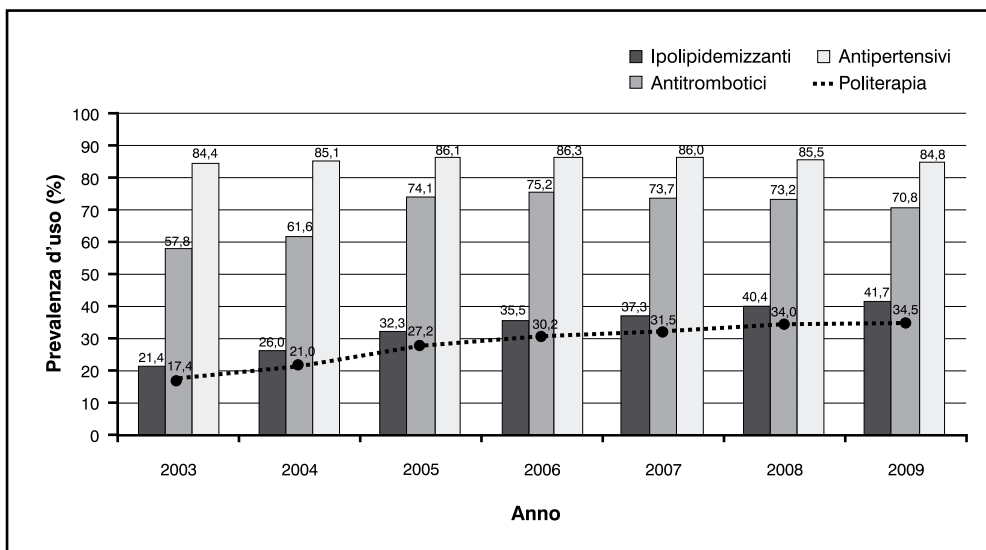


Figura 2d
Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'ictus stratificata per categorie terapeutiche negli anni 2003-2009

con ictus utilizza in maniera concomitante tutti i farmaci indicati (Figura 2d). Nel 2009, il profilo prescrittivo non è sensibilmente differente in relazione all'area geografica, oscillando tra il 33% e il 34% complessivo. L'andamento della prevalenza d'uso per l'età mostra, nel 2009, un trend crescente ed un picco nella fasce di età di 65-74 e 75-84 anni sia per le specifiche categorie terapeutiche che per la politerapia (Figura 2d).

CONCLUSIONI

Le informazioni fornite da questo studio generano alcune notazioni interessanti ai fini della programmazione dei servizi sanitari. Quanto alle malattie ischemiche del cuore, la prevalenza è in costante crescita durante il periodo preso in considerazione. Tale fenomeno è probabilmente di natura multifattoriale: accanto all'invecchiamento progressivo della popolazione, vi è la riduzione dei tassi di fatalità legati agli eventi acuti e la disponibilità di strategie di prevenzione secondaria in grado di ridurre la mortalità

nel medio lungo periodo. Quanto alle terapie di prevenzione secondaria, si è potuta osservare una sostanziale stabilità nell'utilizzo di terapie antipertensive, mentre è stata documentata una crescita dell'uso della terapia sia antitrombotica sia ipolipemizzante. Quanto alla prevalenza di malattia, pare esservi un gradiente geografico non trascurabile. La prevalenza di ictus è in costante aumento durante gli anni considerati, verosimilmente in relazione all'invecchiamento demografico. La prevalenza di ictus infatti è più elevata nelle classi di età più anziane. Lo studio mostra una moderata variabilità geografica nella prevalenza e una più consistente variabilità nell'uso delle terapie, soprattutto riguardo alla terapia ipolipemizzante. La stessa terapia ipolipemizzante ha mostrato una marcata crescita d'uso nei soggetti con diagnosi di ictus durante il periodo considerato. Nel lasso di tempo osservato, sono divenute disponibili evidenze circa l'utilità clinica di questa terapia come misura di prevenzione secondaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Partnership for Solutions, Johns Hopkins University, Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care, December 2002
2. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO 2005