

DISUGUAGLIANZE SOCIALI E CARDIOPATIA ISCHEMICA

M. Caterina Sateriale*, Aldo De Togni**, Paolo Gruppillo***, Paolo Pasetti*, Gian Luigi Belloli*

* *U.O. Piani per la Salute Az. USL di Ferrara*

***Responsabile Modulo Epidemiologia Dip. Sanità Pubblica Az. USL di Ferrara*

*** *Responsabile Servizio Cardiologia Territoriale Az. USL di Ferrara*

PREMESSA

Negli ultimi cinquant'anni lo stato di salute delle popolazioni concentrate nella fascia economicamente più avanzata del mondo pare indirizzato verso un percorso evolutivo caratterizzato da due aspetti: allungamento della speranza di vita media e progressivo intensificarsi delle disuguaglianze in salute. Tali aspetti contribuiscono a differenziare le persone in base alla ricchezza nazionale e alla loro posizione socio-economica al punto da individuare differenze per mortalità e morbosità tra i sessi, le aree geografiche e le classi sociali di cui si compongono le popolazioni (1). Anche in Italia, come in altri Paesi occidentali, si osserva un marcato gradiente sociale correlato alla salute poiché, per ogni livello socioeconomico misurato, gli individui che si collocano in una posizione più elevata presentano un profilo di salute migliore rispetto agli altri (1).

Studi svolti negli Stati Uniti ed in Europa hanno riportato che vivere in quartieri disagiati è associato ad un incremento di incidenza di malattia coronarica. Questa relazione persiste anche dopo aver controllato per livello di rischio individuale incluso fumo, attività fisica, dieta, lipidemia, body mass index (BMI), ipertensione e diabete (2). Ricerche effettuate in Italia hanno evidenziato che lo stato lavorativo è il più importante fattore individuale in grado di spiegare le differenze socioeconomiche in termini di incidenza e mortalità per eventi coronarici; inoltre il livello d'istruzione si conferma un fattore protettivo per entrambi i sessi, soprattutto per i maschi (3).

PIANO OPERATIVO

L'Unità Operativa "Piani Per la Salute" dell'Az. USL di Ferrara ha avviato, nel secondo semestre dell'anno 2006, una ricerca sulla relazione tra "disuguaglianze sociali e cardiopatia ischemica" in collaborazione con due Medicine di Gruppo del territorio ferrarese al fine di predisporre misure di sorveglianza ed azioni correttive nei confronti delle persone che vivono in condizioni socialmente sfavorevoli.

Lo studio è stato condotto nell'ambito del Distretto al cui interno i Nuclei di Cure Primarie, articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di Cure Primarie, hanno come scopo il continuo miglioramento dell'assistenza sanitaria territoriale anche attraverso nuove forme di associazione tra cui la "Medicina di Gruppo". Tale realtà organizzativa è supportata dalla presenza di figure specialistiche che arricchiscono l'attività assistenziale consentendo di affrontare problematiche cliniche di livello più complesso. Inoltre, la diffusione e continua evoluzione dei sistemi informatici all'interno dei Nuclei ha permesso una migliore individuazione ed analisi delle problematiche cliniche degli assistiti rappresentando una risorsa preziosa per la nostra ricerca. Infatti, l'utilizzo delle informazioni estratte dall'archivio informatico dei medici di base e l'incrocio con i dati correnti di mortalità e di sicurezza sociale costituiscono concretamente un elemento di novità.

L'indagine, iniziata come fase pilota per verificarne la fattibilità, è stata condotta con il supporto tecnico-metodologico del Modulo di Epidemiologia aziendale ed affiancata dalla competenza clinico-scientifica del Responsabile del Servizio di Cardiologia Territoriale dell'Azienda USL di Ferrara.

Per affrontare tale studio, l'U.O. Piani Per la Salute ha impostato il seguente lavoro:

1. Analisi epidemiologica dei dati internazionali relativamente alle disuguaglianze in salute e rischio cardiovascolare.
2. Individuazione delle popolazioni oggetto di studio afferenti a due Medicine di Gruppo (MdG) dell'Az. USL di Ferrara con distribuzione globalmente eterogenea.
3. Definizione condivisa di "caso" come: persona, vivente o deceduta, che nel periodo in esame (quinquennio 2000-2004) ha presentato un primo episodio di cardiopatia ischemica.
4. Creazione di una scheda per la raccolta dei dati clinici e socioeconomici del paziente concordata tra cardiologo, epidemiologi e professionisti della salute.

5. Estrazione, dall'archivio informatizzato delle MdG, ed analisi dei casi incidenti (viventi e deceduti) colpiti da cardiopatia ischemica nel quinquennio in esame.
6. Convocazione a visita medica cardiologica dei casi incidenti viventi e valutazione clinica con costruzione della posizione sociale (score pesato¹) attraverso l'anamnesi del paziente.
7. Valutazione dell'accesso alle cure di 2° livello (Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea – PTCA – e By-pass coronarico/aortocoronarico) dopo il primo episodio di cardiopatia ischemica in funzione della gravità clinica e posizione sociale dei casi incidenti.
8. Confronto tra casi incidenti e popolazione di controllo con relative posizioni sociali ricostruite, per i primi, dall'intervista diretta e, per i secondi, dall'unità censuaria di appartenenza dei singoli individui.

OBIETTIVI

Gli obiettivi dello studio sono l'individuazione e la realizzazione delle azioni correttive nei riguardi delle disequità esistenti nelle malattie cardiovascolari attraverso la misurazione dell'impatto della posizione sociale sulla distribuzione, gravità ed evoluzione della cardiopatia ischemica (CHD). In tal modo si auspica un'azione di prevenzione e di tutela da parte dei tecnici della sanità verso i pazienti che versano in determinate posizioni socioeconomiche garantendo loro un atteggiamento congruo verso quei determinanti di salute monitorabili al pari di qualsiasi altro fattore di rischio.

Obiettivi generali

- Obiettivo di ricerca:
 - a) Valutare le condizioni cliniche del paziente in funzione della posizione socioeconomica.
- Ricaduta operativa:
 - a) Migliorare l'attenzione e la sensibilizzazione dei tecnici della sanità al peso del determinante sociale, per stimolare delle azioni di tutela.
 - b) Eventuale aggiornamento della carta del rischio cardiovascolare con inserimento del determinante sociale.

Obiettivi intermedi e metodologia

Obiettivo 1

Verifica del rischio di un primo evento di cardiopatia ischemica nella popolazione assistita in funzione della posizione sociale (occupazione, reddito, istruzione) e della gravità della patologia.

Metodo

I casi incidenti risultanti verranno analizzati effettuando un incrocio tra valutazione clinica e posizione sociale. Sono stati inizialmente individuati 5 livelli di gravità clinica crescente che verranno accorpati eventualmente a 3 sulla base della distribuzione risultante dei casi incidenti.

Tab. 1 Analisi casi incidenti

OBIETTIVO 1 Numero di casi incidenti di Cardiopatia ischemica stratificati per gravità clinica e livello socioeconomico	Occupazione/reddito/istruzione		
	Livello sociale 1 MINIMO	Livello sociale 2 INTERMEDIO	Livello sociale 3 MASSIMO
Gravità 1	Casi a	Casi b	Casi c
Gravità 2	Casi d	Casi e	Casi f
Gravità 3	Casi g	Casi h	Casi i

¹ Trattasi di un indice basato sulla somma di indicatori elementari standardizzati a ciascuno dei quali viene assegnato un peso, costruito tramite un sistema di ponderazione, che ne esprime l'importanza nella determinazione dell'indice composito. I pesi possono essere definiti in base a indagini che valutino il rischio di deprivazione associato alla componente in oggetto oppure a seguito di valutazioni di esperti oppure mediante l'applicazione di analisi fattoriali. (4).

Obiettivo 2

Valutazione dell'accesso alle cure di secondo livello (Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea –PTCA– e By-pass coronarico/aortocoronarico) dei casi incidenti nel periodo post-evento in funzione della posizione sociale (occupazione, reddito, istruzione) e della gravità della patologia.

Metodo

Si procederà al confronto dei casi appartenenti ai livelli socio-economici estremi ed anche allo sviluppo di una tabella per ogni singola variabile individuata: occupazione, reddito, istruzione.

Tab. 2 Valutazione accesso alle cure secondo livello, casi incidenti

OBIETTIVO 2	Occupazione/reddito/istruzione		
	Livello sociale 1 MINIMO	Livello sociale 2 INTERMEDIO	Livello sociale 3 MASSIMO
SI_By pass/PTCA	Casi a	Casi b	Casi c
NO_By pass/PTCA	Casi d	Casi e	Casi f

Obiettivo 3

Verifica dell'esistenza di maggiore rischio di cardiopatia ischemica tra le classi socioeconomiche più disagiate (indice di deprivazione) rispetto alle altre.

Metodo

Confronto tra gruppo di malati (casi incidenti) e gruppo di controllo classificati secondo l'indice di deprivazione di appartenenza raccolto, per i primi, dall'intervista diretta ed estrapolato, per i controlli, dai dati censuari. Per ottenere una significatività in questo confronto, si provvederà convenzionalmente alla scelta di n°3 "controlli" per ogni primo caso di malattia (proporzione 1:3), ipotizzando circa 600 "controlli" (pazienti non affetti da malattie cardiovascolari) stratificati per genere ed età, attraverso la loro estrazione randomizzata dall'archivio delle due Medicine di Gruppo. Successivamente tali "controlli" saranno collocati, tramite l'indirizzo di residenza, nell'unità censuaria di appartenenza a cui viene assegnato uno score di deprivazione rappresentante l'indice del luogo in cui vive l'individuo. Tale metodica rappresenta una ricerca indiretta dell'indice di deprivazione dei "controlli" mentre l'assegnazione dell'indice ai casi incidenti sarà ricostruita direttamente tramite l'intervista al paziente con la realizzazione di uno score pesato.

Tab. 3 Studio caso - controllo

OBIETTIVO 3	Indice di deprivazione (Classi 0-1; 1-2)	Indice di deprivazione (Classi 2-3; 3-4)	Indice di deprivazione (Classi: 4-5; 5-6)	Totale pazienti
Malati	Casi a	Casi b	Casi c	200 (*)
Controlli	Casi d	Casi e	Casi f	600
Malati + controlli	Casi (a+d)	Casi (b+e)	Casi (c+f)	800

(*) N° casi incidenti attesi

Tempi di attuazione

1. Fase di indagine: ultimazione prevista entro la fine del 2007
2. Fase di verifica dell'esistenza del maggior rischio di malattia per le persone meno agiate: ultimazione prevista entro la fine del 2007 oppure primo semestre 2008.
3. Fase di analisi di fattibilità per azioni di tutela sulle fasce a rischio: tempistica da definire.

Bibliografia essenziale

1. "I determinanti sociali" G. Costa, T. Spadea, E. Cois, F. Vannoni *Epidemiologia & Prevenzione Anno 28 (3) Maggio Giugno 2004 Supplemento;17-25*
2. "Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients" Murray M Finkelstein, Michael Jerrett, Malcolm R Sears *J Epidemiol Community Health 2005;59:481-487*
3. "Socioeconomic inequalities in coronary heart disease in Italy: a multilevel population-based study" A. Petrelli, R. Gnani, C. Marinacci, G. Costa *Social Science & Medicine 63 (2006) 446-456*
4. "Raccomandazioni per la costruzione di indicatori aggregati" M. Cardano C. Marinacci *Epidemiologia & Prevenzione Anno 28 (3) Maggio Giugno 2004 Supplemento;138-140*