

"STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA REALTÀ DELLA IPERTENSIONE ARTERIOSA"

Italo Paolini, Pasqualino Sforza, Bernardo Cannelli*

Medici Generali ASL 13 - Ascoli Piceno

** Medico Generale ASL 11 - Macerata*

Sempre più spesso nell'ambito della Medicina Generale in particolare, ma in tutti i settori della medicina, ci si imbatte in considerazioni di tipo economico legate agli elevati costi sanitari, in particolare della spesa farmaceutica.

Ma l'applicazione di analisi economiche alla sanità necessita di dati reali, di conoscenza approfondita dell'epidemiologia e dei costi per patologia.

È in questa ottica, che, riteniamo possa avere un ruolo importante anche la potenzialità di analisi della realtà territoriale legata all'attività del Medico Generale, purché esso riesca a sfruttare adeguatamente gli indispensabili strumenti di gestione dati collegati al proprio lavoro.

Avere una chiara analisi della propria realtà territoriale e valutare gli effetti delle proprie azioni può costituire un obiettivo realizzabile da parte della Medicina Generale.

In tale prospettiva va visto questo lavoro, che vuole iniziare lo studio e la analisi di una patologia come l'ipertensione arteriosa che costituisce una parte enorme del nostro lavoro ambulatoriale.

L'analisi riguarda 17 Medici Generali delle Marche e nella diapositiva si può vedere la distribuzione nelle varie asl.

La fetta di popolazione interessata è di 23.581 persone; il totale degli ipertesi è stato di 3.709 Pazienti con una prevalenza media del 17% (Diapositiva 1).

I medici partecipanti hanno fornito i dati relativi a un anno di lavoro dal 30-09-97 al 30-09-98 con il programma comune di gestione ambulatoriale Mille-win e sono stati considerati ipertesi i Pz. in terapia cronica con farmaci antiipertensivi.

Nella Diapositiva 2, abbiamo diviso gli assistiti di ogni medico in fasce di età per evidenziare le grandi differenze nella popolazione tra medico e medico con variazioni anche del 15-20% della fascia di età superiore a 60 anni che, come vedremo, è la più importante.

Come è logico attendersi nelle zone montane, interessate negli ultimi decenni da un progressivo fenomeno di spopolamento (Arquata del Tronto, Amandola, Venarotta, Montalto), troviamo una

popolazione con un maggior numero di anziani e basso numero di giovani (in particolare la fascia 15-34 a.).

La percentuale di Pazienti con età superiore a 59 anni presenta oscillazioni dal 23% al 41%.

La prevalenza dell i.a. nella popolazione generale è elevata (prevalenza tra il 10 e il 20%), ma negli anziani arriva a valori percentuali molto alti.

Le differenze di prevalenza osservate nel nostro studio oscillano tra il 9% e il 27% e risentono sicuramente molto della presenza di un maggiore o minore numero di anziani tra gli assistiti.

Il carico di lavoro legato alla individuazione e al trattamento di routine degli ipertesi e in particolare al follow-up è enorme.

Se assumiamo la media di prevalenza da noi individuata (17%) un Medico Generale con 1.000 assistiti ha 170 soggetti che devono essere inquadrati e poi seguiti nel tempo per il monitoraggio della patologia e il rinnovo delle prescrizioni. Assumendo la possibilità assolutamente realistica di un accesso al mese abbiamo dai 1.500 ai 2.000 accessi/anno.

Riguardo al sesso nella popolazione totale abbiamo una percentuale di donne del 54% e 46% di uomini. Relativamente alla popolazione di ipertesi abbiamo un 61% di donne e 39% di uomini (Diapositiva 3).

Mettendo in relazione il numero di ipertesi rispetto al totale di assistiti di ogni medico (Diapositiva 4) abbiamo delle oscillazioni di prevalenza in gran parte spiegabili con la maggiore presenza di Pz. di età > di 60 anni.

Solo in un caso non abbiamo trovato una giustificazione legata alla composizione per età della popolazione per spiegare la differente prevalenza di i.a.

Per meglio evidenziare questa correlazione, abbiamo raffrontato la curva con la percentuale di Pz. di età > di 59 anni con la curva della percentuale di prevalenza dell ipertensione per verificare quanto sostenuto nel punto precedente. Come si vede, le due curve hanno un andamento sovrapponibile (Diapositiva 5).

Nei grafici delle Diapositive 6 e 7 abbiamo riassunto la composizione per età della popolazione di ipertesi.

Le fasce di età sono le stesse prima analizzate per il totale del campione.

Il 74% degli ipertesi ha più di 59 anni.

La prevalenza di i.a. in queste fasce di età dopo i 59 anni ha valori molto alti.

Abbiamo quindi affrontato le valutazioni economiche per quanto attiene la spesa farmaceutica relativamente alla popolazione in generale e la popolazione di ipertesi in particolare.

Questa analisi, si rende necessaria se si vuole pensare ad uno strumento affidabile di "pesatura" della popolazione in termini di spesa farmaceutica.

Ormai dovunque le ASL inviano ai Medici Generali tabulati relativi alla prescrizione farmaceutica con classifiche, più o meno volontarie, dei "buoni" o "cattivi".

Nella regione Marche, in tali tabulati, si fa di solito riferimento alla pesatura della popolazione secondo lo stanziamento fissato dalla legge 449/97 collegata alla finanziaria 98 e in base a questo si calcola lo scostamento percentuale di spesa del medico.

I dati relativi ad un anno di prescrizioni farmaceutiche, relativamente ai farmaci concedibili dal SSN sono stati da noi elaborati per stabilire la curva relativa alla spesa media annua per paziente nelle diverse età.

Ne risulta un aumento di spesa con l'aumentare dell'età del Pz.; l'incremento inizia verso i 50 anni. Si può notare, come evidenziato in altri lavori analoghi, che dopo gli 80 anni la spesa tende a diminuire, pur restando sicuramente elevata.

L'andamento generale della spesa si valuta visivamente meglio prendendo la media dei valori per fascia di età. Si va dalle 80.000 medie annue fino a 34 anni alle 600.000 lire annue da 70 a 79 anni (Diapositiva 8).

L'importo regionale pro/capite è di circa 142.000 e il peso da attribuire ad un Paziente da 45 a 64 anni è di 1,05; tra i 65 e i 74 è di 2,03; oltre i 74 di 2,94.

Se andiamo a vedere quanto costa un Pz. iperteso ci rendiamo conto della non applicabilità di tali parametri in popolazioni con alto numero di anziani e alta prevalenza di ipertensione.

Il costo farmacologico della terapia antiipertensiva è poco variabile, logicamente, nelle varie fasce di età e varia dalle 400 alle 500 mila lire annue per paziente (Diapositiva 9).

Da questo consegue che il budget regionale va redistribuito studiando la composizione della popolazione e l'incidenza delle patologie che comportano la spesa maggiore e quindi in primo luogo l'ipertensione. Questa indispensabile analisi può essere attuata in maniera semplice ed affidabile dai Medici Generali dotati di un valido supporto informatico.

Sinora abbiamo preso in considerazione la spesa farmaceutica complessiva.

Andiamo nello specifico a valutare quanto incide su di essa la spesa per farmaci "cardiovascolari" e cioè relativi all ATC "C".

Nella Diapositiva 10 sono riportati i valori per Medici Generali relativi, dall alto in basso, alla spesa complessiva per farmaci concessi dal SSN; la spesa per farmaci cardiovascolari sulla popolazione totale (l ATC "C" diviso in grossi settori comprende gli antiipertensivi, i nitrati organici, i ca- antagonisti non diidropiridinici, gli ipolipemizzanti, i cardiocinetici, gli antiaritmici).

Abbiamo provato a togliere il costo relativo ai nitrati organici, anche per valutare l impatto economico di questa classe di farmaci.

La linea gialla si riferisce a questo.

Infine per cercare di selezionare per quanto possibile il costo dei farmaci antiipertensivi, abbiamo preso solo i Pz. classificati come ipertesi e alla loro spesa per farmaci cardiovascolari abbiamo tolto anche qui i nitrati, ritenendo che per le finalità della nostra analisi il costo di cardiocinetici, antiaritmici e ipolipemizzanti (a causa della nota che ne limita la prescrizione) non incidesse che limitatamente sul dato globale. La prosecuzione del nostro lavoro ci condurrà comunque alla selezione più capillare sulla spesa farmaceutica.

Questa è la linea posta più in basso.

La spesa per farmaci cardiovascolari rispetto alla spesa farmaceutica totale si valuta meglio mettendo i valori in percentuale (Diapositiva 11).

Le barre rettangolari indicano la percentuale di spesa relativa a tutti i farmaci c.v. rispetto alla spesa globale. L area gialla riguarda i farmaci c.v. togliendo i nitrati. Come si può vedere la percentuale rispetto alla spesa globale oscilla tra il 30 e il 50%.

La spesa percentuale valutata solo sui Pz. ipertesi e togliendo i nitrati, rispetto al totale della spesa farmaceutica (relativamente ai farmaci concessi dal SSN) varia dal 20 al 36% con una percentuale media del 28%.

Le diapositive precedenti sono significative in assoluto perché ci forniscono la misura della spesa per farmaci cardiovascolari, ma non ci consentono di valutare insieme la spesa, il numero di Pz. per medico e l incidenza di ipertensione arteriosa.

L assunto, ovvio, ma da documentare comunque, è che la correlazione non è tanto tra spesa e numero di Pz., quanto tra spesa e percentuale di ipertesi che, come abbiamo visto, coincide quasi sempre con una

fascia maggiore di Pazienti con più di 60 anni di età.

Abbiamo provato a rendere questo visivamente con un grafico di tipo logaritmico.

La linea rossa, in alto, indica la spesa totale per farmaci concessi; la riga arancione (la seconda dal basso) indica invece il numero di Pz. per medico. Come si vede, le 2 linee non hanno una buona correlazione nel senso che ad un maggior numero di Pz. non corrisponde omogeneamente una maggiore o minore spesa. La causa di questo non è la conseguenza di una liberalità eccessiva di alcuni Medici Generali, ma una più alta percentuale di ipertesi.

Come vedete la correlazione tra le curve di spesa e quella di prevalenza di ipertensione arteriosa è veramente notevole (Diapositiva 12).

Proseguendo nella analisi dei dati siamo andati andati a prendere il numero di prescrizioni dividendo le varie classi farmacologiche di antiipertensivi (Diapositiva 13).

Dico subito che questo dato non è completo in quanto la estrazione pre-impostata del programma (che stiamo affinando per andare a valutare qualitativamente tutte le prescrizioni) selezionava solo i farmaci che superavano la soglia di spesa dell 1%.

Questo comporta che in molti casi non sono presenti i diuretici in quanto la loro spesa complessiva non raggiungeva questo valore.

Vediamo comunque che pur con qualche differenza individuale il numero di prescrizioni relative a calcio-antagonisti, ace inibitori non associati e associati a diuretici, rappresenta la grande maggioranza delle prescrizioni per tutti i Medici Generali con ampie variazioni legate al numero di ipertesi.

La Diapositiva 14 riguarda il costo per prescrizione.

Il dato è stato ottenuto dividendo la spesa totale per il numero delle prescrizioni.

La valutazione della prescrizione di antiipertensivi evidenzia che, pur con qualche differenza individuale, il numero di prescrizioni relative a ca-antag., ace inibitori non associati ed associati a diuretici rappresenta la grande maggioranza delle prescrizioni per tutti i mmg con ampie variazioni legate al numero di ipertesi.

Nella Diapositiva 15 siamo andati a valutare la prescrizione antiipertensiva da un punto di vista qualitativo. Per ogni medico abbiamo chiesto l elenco dei Pz. ipertesi con le terapie collegate. Ci siamo trovati di fronte ad una grande variabilità di schemi terapeutici e abbiamo preso in esame, per la comprensibilità del grafico derivante, solo i farmaci fino alla soglia del 3%.

Notiamo che le indicazioni dei vari comitati internazionali, che privilegiano diuretici e beta-bloccanti sulla base del fatto che solo per queste classi di farmaci è stata dimostrata la capacità di ridurre mortalità e morbilità cardiovascolare (oltre al minore costo), si scontra con la maggiore prescrizione "sul campo" di calcio antagonisti ed ace inibitori che la pratica quotidiana ha valutato efficaci ma soprattutto meglio tollerati. Questi dati coincidono con quelli di altri lavori pubblicati da Medici Generali.

Quali problemi si trova ad affrontare il Medico Generale nel proprio ambulatorio?

Aumentano i casi di pazienti trattati ma continua a rimanere basso il numero di pazienti in cui la pressione arteriosa viene ridotta a livelli ottimali.

Da varie statistiche risulta che solo il 30% degli ipertesi conosciuti viene trattato in modo da ottenere una P.A. inferiore a 140/90.

Scarsa compliance del paziente, scarsa convinzione sulla terapia da parte del medico che si trova ad attuare una medicalizzazione di massa con conseguente politerapia (non ci dimentichiamo della menopausa, osteoporosi, ipertrofia prostatica ecc.), fattori economici e di stress per il paziente, fattori economici riguardanti la collettività.

Eppure il Medico Generale si trova a prescrivere farmaci antiipertensivi per più di un quarto della sua spesa generale, e l'ambulatorio è sempre pieno dei suoi pazienti ipertesi.

Anche i dati che abbiamo raccolto sul peso che i farmaci antiipertensivi hanno sulla spesa globale non lasciano certo pensare che il Medico Generale trascuri la terapia dell'ipertensione arteriosa.

Per completare il profilo della prescrizione legata alla ipertensione arteriosa, abbiamo valutato il grado di "pressione farmacologica" che mettiamo in atto nella routine del nostro ambulatorio.

La Diapositiva 16 mostra che il 50% degli ipertesi in terapia assume due o più farmaci e qualcuno di essi assume anche 4-5 farmaci.

L'ultimo grafico (Diapositiva 17) mostra la percentuale di Diabetici, di Ipercolesterolemici e di Obesi nei nostri pazienti ipertesi.

Le percentuali corrispondono a lavori similari pubblicati.

Conclusione e spunti di discussione

Questo lavoro non è conclusivo, vuole avere l'effetto di una grande fotografia per valutare meglio una realtà che incide in maniera così rilevante nel nostro lavoro.

Da questa base di dati abbiamo sin da ora diverse linee di sviluppo ed affinamento dei dati:

valutata la prevalenza andare a determinare la incidenza della i.a.;

analizzare in dettaglio la spesa e le prescrizioni di tutti i farmaci dell'ATC "C" e di tutti gli antiipertensivi;

valutare quanto incide l'ipertensione secondaria;

analizzare i vari stadi della malattia ipertensiva nell'ambito della popolazione di Pz. ipertesi;

selezionare sottogruppi con i fattori di rischio (diabetici, dislipidemici, familiarità per malattie c.v., fumo, obesità, precedente evento c.v.);

stabilire i costi e la congruità degli accertamenti diagnostici ed i ricoveri legati alla i.a.

Le condizioni indispensabili per questo sono:

1. Il programma di gestione dati adeguato (e il nostro programma si è dimostrato adeguato).
2. L'uso da parte di un numero statisticamente significativo di Medico Generale (nella nostra provincia più del 30% dei colleghi usa Mille-win con una diffusione territoriale omogenea).
3. La corretta immissione dei dati ed in particolare il collegamento di terapie ed accertamenti ai problemi clinici aperti.
4. Una omogeneità dei criteri diagnostici.

Gli ultimi due punti sono raggiungibili solo con un adeguato programma di formazione dei Medici partecipanti al lavoro e una incentivazione professionale ottenibile con il compenso da parte delle aziende sanitarie per gli studi epidemiologici effettuati, poiché nessun serio programma di corretta allocazione delle risorse può essere effettuato, da parte delle Aziende, senza essere in possesso di analisi precise, almeno su alcune patologie fondamentali. In questa ottica i nostri dati sono, allo stato attuale, assolutamente unici e non ottenibili da altre fonti.

Le nostre conclusioni sono una serie di domande cui al momento non ci sentiamo di dare, da soli, delle

risposte:

Vi può essere una sproporzione tra rischio effettivo e interventi praticati in una così ampia fetta di popolazione? In un giovane sotto i 65 anni con i.a. lieve si evita un evento ogni 140-170 soggetti trattati per 5 anni, mentre negli anziani si arriva a 20-30. Possiamo economicamente permetterci tale pressione farmacologica?

Siamo abituati a considerare il rischio assoluto tenendo conto della presenza dei diversi fattori di rischio nel prendere la decisione di instaurare o meno una terapia?

Quanto può incidere, nelle differenze di prevalenza evidenziate, la variabilità dei criteri diagnostici di ogni singolo medico?

Quali possono essere gli indicatori di qualità per valutare se in una popolazione l'ipertensione è trattata efficacemente?

Quanti sono i cambi di terapia e perché si cambia farmaco?

Quanto possono incidere modelli prescrittivi legati alla realtà specialistica ospedaliera e territoriale?

Quanto incidono gli effetti collaterali sulla qualità di vita di una così grande massa di Pz.?

Non si rischia di far perdere la via maestra della prevenzione primaria legata a cambiamenti reali di modi di vivere non salutari del singolo e più in generale della comunità in cui vive, ricorrendo troppo spesso a trattamenti farmacologici?

In un regime di risorse limitate e con forti richieste della Società verso un contenimento della spesa farmaceutica il Medico Generale è spinto dalle evidenze dei grandi Trials ad aggredire farmacologicamente il paziente iperteso, pur nutrendo delle perplessità riguardo terapie così massicce e prolungate nel tempo.

Il farmaco viene richiesto dal paziente terrorizzato ed ossessionato dalle campagne informative di massa; viene spinto dalla ditte farmaceutiche; viene prescritto dal medico soddisfatto di ben seguire le indicazioni di linee guida.

Ma dov'è la vera prevenzione?

Forse è proprio nella prevenzione primaria non farmacologica che i Medici Generali si sentono soli, poco ascoltati dai pazienti che chiedono solo il farmaco miracoloso e poco sostenuti dalle strutture pubbliche territoriali. Al di là delle grandi scoperte farmacologiche probabilmente il futuro della ipertensione sarà proprio nella attuazione della prevenzione primaria non farmacologica, ma legata a

cambiamenti dello stile di vita sulla massa della popolazione, oltre che all'individuazione di classi di pazienti a rischio particolare, che meritino di essere trattati anche nella ipertensione lieve e nell'età avanzata.

Bibliografia

1. Mancia G., Sega R., Cesana G., Zanchetti A. "Blood pressure control in hypertensive population". *Lancet* 1997; 349:454-57.
2. Zanchetti A., Mancia G., "Strategies for antihypertensive treatment decision: how to assess benefits?" *J Hypertens* 1997; 15 215-16.
3. Caputo S., D'Ambrosio G., Gadaleta G. "Verifica del modello quotidiano di monitoraggio degli ipertesi". *SIMG* febbraio 1997.
4. The sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood pressure (JNCVI) *Arch. Intern Med.* 1997; 157: 2413-44.
5. Vasina S. ed altri "Pressione arteriosa e danno d'organo" *SIMG* marzo 1998.
6. Tombesi M. "La prevenzione in Medicina Generale". Collana di Medicina Generale, Occhio clinico e CSERMEG, 1997.
7. Rose G. "Le strategie della medicina preventiva", Il Pensiero Scientifico Editore.

