

Etnicità, malattie cardiovascolari e cardiologia italiana in una società che cambia

Ethnicity, cardiovascular diseases and italian cardiology in an evolving society

Sabino Scardi

ABSTRACT: *Ethnicity, cardiovascular diseases and italian cardiology in an evolving society. S. Scardi.*

Non native residents form around 7-8% of total Italian population. In these people, as for virtually all population groups living in the western world, cardiovascular disease (CVD) is the main cause of death. But there are striking ethnic differences in CVD risk factors. The disease presentation may also differ, challenging diagnostic skills, and therapeutic requirements and responses may also be not uniform. The overall health of our society will be largely determined by success in improving the health for minorities and socioeconomically disadvantaged populations. Therefore, it is essential that all

healthcare providers understand how to recognize, diagnose, and treat CVD risk in these patient groups. To achieve these goals, the Italian Federation of Cardiology, and the affiliated Italian Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (GICR-IACPR) must implement programs that aim to educate clinicians about the unique peculiarities of CVD and associated risk factors in minority groups, in order to improve diagnosis and individualize care in these populations.

Keywords: Cardiovascular disease, Ethnicity, Italian Cardiology, Ethnic Groups.

Monaldi Arch Chest Dis 2009; 72: 152-153.

Scuola di Specialità in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università di Trieste.

Corresponding author: Prof Sabino Scardi; Via U Moro 5, I-34136 Trieste, Italy; E-mail address: sabino.scardi@libero.it

Leggendo il volume di Keith C. Ferdinand e Anemarie M. Armani, *Cardiovascular disease in racial and ethnic minorities*, Ed Humana Press, ho preso coscienza di questo enorme problema che presto coinvolgerà anche la sanità italiana [1].

Infatti, sono circa 4 milioni gli immigrati regolari in Italia (62% al nord, 25% al centro e circa il 10% al sud-isole), quasi uno su 15 residenti. Gli immigrati nel nostro Paese parlano 150 lingue diverse con al primo posto la comunità rumena e a seguire albanesi, marocchini, cinesi, ucraini, ecc.. Sul totale degli stranieri gli europei sono il 52%, africani 23%, asiatici 16%, americani 8.6% (Stima Caritas Italiana e Fondazione Migrantes). A questi bisogna sommare gli irregolari.

Nel mondo le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morbilità e mortalità, tuttavia esistono differenze nella loro incidenza e prevalenza fra differenti gruppi etnici e fra i continenti probabilmente per ragioni genetiche, ma anche per i fattori di rischio tradizionali che aumentano in molti soggetti quando acquisiscono lo stile di vita occidentale [2-4].

Negli Stati Uniti e in Gran Bretagna dove sono state studiate le problematiche relative alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie cardiovascolari in popolazioni etnicamente diverse, sono state segnalate differenze sostanziali nella diagnosi, nei reperti angiografici, nella utilizzazione dei trattamenti, nella mortalità ospedaliera, nei risultati del-

la cardiocirurgia (5-10) e persino nell'accesso alla riabilitazione cardiaca [11].

Una serie di articoli, editoriali e rapporti di conferenze ad hoc hanno posto l'accento negli Stati Uniti sul grande problema delle differenze nella gestione delle malattie cardiovascolari fra gli americani e gli immigrati appartenenti a particolari gruppi etnici. Ad esempio, nel MESA Study sono state documentate le diversità razziali dei fattori di rischio negli Stati Uniti [12]. Sembra che le differenze nella distribuzione dei fattori di rischio e delle malattie fra razze e gruppi etnici diversi siano in funzione non solo della frequenza dei genotipi specifici e della loro interazione con i fattori ambientali ma anche delle differenze socio-economiche, culturali, educative e persino religiose che condizionano l'approccio ai problemi della salute.

Le differenze genotipiche (e fenotipiche) provocano anche differenti risposte alla terapia. Il polimorfismo genetico ad esempio condiziona risposte differenti alla terapia con Ace-inibitori e betabloccanti. La mancata inclusione delle minoranze etniche nei trial di valutazione dei farmaci e dei devices non permette di verificare la reale utilità di questi presidi negli immigrati. Negli Stati Uniti le differenze nella cura medica legate alla razza e alla eticità dei pazienti sono ampie.

Per identificare e sviluppare strategie idonee a ridurre i gaps e per eradicare le disparità fra razze di-

verse è stato tenuto un summit nel 2003 [13]. Le disparità dipendono da molti fattori:

- differenti meccanismi biologici;
- alcuni gruppi minoritari hanno molti fattori di rischio e in generale sono meno sani;
- accesso diverso alle cure;
- il decorso delle malattie cardiache è diverso nelle varie popolazioni;
- molti gruppi minoritari non accettano alcune opzioni terapeutiche;
- differenze nella compliance ai trattamenti;
- molti cardiologi ignorano le disparità razziali nel trattamento;
- i medici sono scarsamente motivati nelle raccomandazioni.

Per eliminare le differenze sono indispensabili:

- aumentare nei provider la consapevolezza della disparità della gestione;
- ridurre il ritardo “evitabile” nella diagnosi e nella cura;
- una più tempestiva e appropriata terapia per le sindromi coronariche acute;
- aumentare e migliorare l’accesso alle strategie cardiovascolari preventive, diagnostiche e curative;
- migliorare la comunicazione medico-paziente per favorire la compliance.

Per attuare il programma diretto ad abbattere le disparità di trattamento fra razze diverse l’American College of Cardiology e l’American Medical Association hanno costituito un comitato ad hoc (www.ama-assn.org/ama/pub/category/14629.html).

Nel nostro Paese il fenomeno immigratorio è più recente. I circa 5 milioni di comunitari ed extracomunitari differenti per genetica, stile di vita e stato socioeconomico sono una massa consistente di popolazione che richiede attenzione. La valutazione del rischio e l’accurata diagnosi di malattia cardiovascolare nelle popolazioni che giungono in Italia rappresentano perciò al momento attuali sfide specifiche per il medico di medicina generale e per i cardiologi. Questo programma richiede uno sforzo congiunto dei ricercatori, dei medici e del sistema di cura per eliminare le differenze.

Sarebbe opportuno che la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), la nostra Associazione (GICR-IACPR) ed il nostro Giornale, in una società che cambia, affrontassero anche le problematiche cardiovascolari di questa fascia di popolazione prima che insorga “l’emergenza”, valutando le strategie più opportune per gestire la prevenzione, la diagnosi e la cura delle cardiopatie negli immigrati. Un’affermazione di Martin Luther King Jr “*of all the forms on inequality, injustice in health care is the most shocking and inhuman*” sottolinea questa necessità.

Riassunto

Gli italiani non nativi costituiscono il 7-8% della popolazione totale nazionale. Anche per questi individui la maggior causa di morte sono le malattie cardiovascolari. Tuttavia molte sono le differenze etniche che influenzano i fattori di rischio cardiovascolare. Gli immigrati inoltre spesso mostrano risposte differenti, legate alle diverse etnie, agli approcci diagnostici e terapeutici. È necessario perciò che la Federazione Italiana di Cardiologia con i suoi Gruppi di Studio Prevenzione e Riabilitazione e l’Associazione Italiana di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa (GICR-IACPR) sviluppino un programma formativo per medici ed i cardiologi italiani diretto a migliorare le conoscenze sui fattori di rischio, sulle possibilità diagnostiche e sulla terapia personalizzata nelle popolazioni di etnie differenti.

Bibliografia

1. Ferdinand KC, M Armani AM. Cardiovascular disease in racial and ethnic minorities. Ed Humana Press 2008, Totowa, New Jersey.
2. Chaturvedi N. Coronary disease Ethnic differences in cardiovascular disease. *Heart* 2003; 89: 681-686.
3. Lurie N, Fremont A, Jain AK, *et al* Racial and ethnic disparities in care. *Circulation* 2005; 111: 1264-1269.
4. Eamranoud PP, Legedza ATR, Diez-Roux AV *et al*. Association between language and risk factors levels among hispanic adults with hypertension, hypercholesterolemia, or diabetes. *Am Heart J* 2009; 157: 53-59.
5. Lurie N. Health disparities. Less talk, more action. *New Engl J Med* 2005; 353: 727-729.
6. Smith WR, Betancourt JR, Wynia MK, *et al*. Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care *Ann Intern Med* 2007; 147: 654-665.
7. Schulman K, Berlin J, Harless W, *et al*. The effect of race and sex on physicians’ recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 2003; 340: 618-626.
8. Redberg RF Gender, race and cardiac care: why the differences? *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1852-1854.
9. Nasir K, Shaw LJ, Weinstein SR, *et al*. Ethnic differences in the prognostic value of coronary artery calcification for all-cause mortality. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 953-960.
10. Bonow RO, Grant AO, Jacobs AK. The cardiovascular state of the Union. Confronting healthcare disparities. *Circulation* 2005; 111: 1205-1207.
11. Gregory PC, LaVeist TA, Simpson C. Racial disparities in access to cardiac rehabilitation. *Am J Phys Rehabil* 2006; 85: 705-10.
12. Winston GJ, Barr RG, Carrasquillo O, *et al*. Gender and racial-ethnic differences in cardiovascular disease risk factor treatment and control among persons with diabetes in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Diabetes Care* 2009, May 12. (Epub ahead of print).
13. Yancy CW, Benjamin EJ, Fabunmi RP, Bonow RD. AHA Conference Proceedings. Discovering the full spectrum of cardiovascular disease: minority health summit 2003: executive summary. *Circulation* 2005; 111: 1339-1349.