

INTRODUZIONE ALLA RIUNIONE E RELAZIONE

Confronti internazionali tra la morbosità e la mortalità per diabete e malattie cardiovascolari in Europa

Il tema prescelto risponde all'esigenza più volte e da più parti avvertita di ulteriori approfondimenti in quelle ricerche sulle relazioni tra la patologia diabetica ed altre patologie interconnesse ai fini di prevenzioni più mirate ed a terapie di sostegno più arginanti e sicure per quei pazienti diabetici in cui l'insorgenza del diabete tipo 2 è stata accompagnata o preceduta da una sindrome ipertiroidea, e/o da una o più patologie cardiovascolari. L'incontro odierno affronta pure i casi in cui il paziente diabetico spesso diviene anche iperteso e quelli in cui una patologia coronarica cronica insorge in un secondo momento. Questa Riunione rientra anche in un peculiare obiettivo del nostro Centro: l'interdisciplinarietà e l'integrazione con le materie cliniche soprattutto per l'identificazione di vari fattori di rischio ai fini del miglioramento dei mezzi di prevenzione e di eventuali correzioni degli stili di vita.

Tra gli anni 80 e gli anni 90 la morbosità del diabete tipo 2 aveva accusato recrudescenze più o meno evidenti in vari paesi europei soprattutto dell'area occidentale; successivamente, con l'inizio del secolo, sia pure registrando flessioni più o meno lievi, ha però mantenuto una certa prevalenza, che interessa invece maggiormente alcune zone dell'Europa orientale rispetto a quelle europee occidentali di cui si possiedono però scarse documentazioni. Per diversi paesi europei occidentali, come l'Austria, la Spagna, il Regno Unito, il Portogallo, la Norvegia non si possiede alcuna documentazione sulla morbosità per diabete (e soprattutto dopo l'epoca del 1995); tanto meno si possiedono quindi informazioni per quel che riguarda la comorbidità del diabete, cioè la frequenza relativa dei casi in cui il diabete è associato con altre patologie croniche, tra cui soprattutto quelle ora menzionate. Quindi le documentazioni esistenti su vasto raggio sono ancora molto insufficienti sino ad oggi per potere procedere a regolari confronti. Le documentazioni sulla mortalità di cui ci si può avvalere quale indizio sulla relativa morbosità, non rappresentano sufficienti indicatori dei livelli di morbosità soprattutto per patologie come il diabete, che se non associate a patologie più letali, non necessariamente si presentano oggi quale causa primaria di decesso. Peraltro a tutt'oggi anche le rilevazioni sulla mortalità dei paesi europei sono ancora poco aggiornate, ed anche per il nostro paese non esiste una distribuzione di tutti i tassi di mortalità per causa inerente ad annate successive al quella del 2002 e di cui è rintracciabile anche la concausa o la causa secondaria al decesso..

2.-Da uno scorcio a quelle scarsissime informazioni inerenti alla morbosità prevalente della patologia diabetica al 2002 la situazione appare maggiormente precaria solamente in due regioni dell'est europeo, come la Repubblica Ceca e la Slovacchia la cui prevalenza (tra il 5 e il 6%) è simile a quella presentata in Occidente dal piccolissimo Stato di Malta (con circa il 7%). L'Italia si

attesta sul livello medio di circa il 4% che resta abbastanza superiore sia a quello rilevato per la Germania che a quello della Francia (Tab.1).

.Da questo confronto tra le scarse documentazioni esistenti non si è in grado di affermare con certezza che vi sia sempre una concordanza tra una prevalenza di morbosità di diabete, (di cui peraltro non si possiede alcun indice di frequenza dei relativi ricoveri) e una prevalenza di morbosità per patologie cardiovascolari nell'area europea; ciò sia pur avendo constatato che solo la Repubblica Ceca, con la riscontrata maggiore prevalenza di morbosità diabetica, risulta anche tra le regioni europee con la più sostenuta frequenza di ricoveri per tutte le patologie cardiovascolari; mentre considerando solo le patologie cardiache ischemiche, tra quelle regioni con i più alti tassi di frequenza di ricovero in Europa, il massimo dei ricoveri si è verificato solamente nella Federazione delle Repubbliche Russe con il tasso di circa 1178 su 100.000.

Inizialmente, nel decennio antecedente all'inizio di questo secolo la morbosità da diabete in Italia aveva registrato una recrudescenza che si era prima complessivamente manifestata lievemente a carico degli uomini, ma poi con l'inizio del 2000 sono state sempre le donne a divenire più sovente diabetiche (39,8 contro 35,0%o degli uomini). Se si osservano le frequenze sulla popolazione italiana che aveva superato l'età dei 45 anni, la prevalenza di morbosità per diabete, che è quasi doppia rispetto a quella complessiva media osservata, presenta un dislivello analogo di appena 4 punti a scapito delle donne diabetiche rispetto ai diabetici (84%o contro 80 :v.Tab.3) Su questa prevalenza gioca la circostanza che si è acuito di più tra le donne, rispetto agli uomini, lo scarto della morbosità dalle età centrali (dei 45-54 anni) sino alle prime età senili dei 65-74 anni (in cui il diabete aveva colpito nel 2000 già il 122,8 %o delle donne italiane) denunciando un aumento proporzionale a 100 rispetto alla morbosità dei 45-54 anni che è oggi di 385,4/100 in più (contro i 239,7 degli uomini che raggiungono queste prime età senili) (Tab.2).

. Inferiori sono stati nel 2000 (rispetto ai primi anni 90) gli aumenti di morbosità (indicizzati a 100) nella morbosità per sola ipertensione; infatti in quella relativa alle forme ischemiche acute delle angine pectoris e degli infarti, sia per gli uomini che per le donne l'aumento delle frequenze relative a 1000 abitanti tra le età mature e quelle presenili resta superiore a quello evidenziato tra i pazienti affetti da diabete soprattutto tra le donne: (+422,2/100).

Se consideriamo in Italia la morbosità da diabete che resta associata contemporaneamente a quella per patologie cardiovascolari diffuse tra tutti i pazienti con oltre 45 anni di età, la prevalenza è sensibilmente più alta nelle pazienti diabetiche con la patologia ipertensiva che hanno rappresentato circa il 44/1000 rispetto ai 31,3 degli uomini diabetici e ipertesi. Tale frequenza è significativamente la più elevata anche rispetto alle altre comorbosità dei diabetici, ove però l'incidenza delle donne diabetiche, rispetto agli uomini, scompare quando la patologia resta

associata alle forme coronariche ischemiche più gravi e diffuse che invece si presentano con una, sia pur lieve, prevalenza tra i diabetici (Tab.3).

3.- Da un breve confronto della mortalità causata da diabete, ipertensione e ischemie in alcuni tra i principali paesi occidentali, livelli di guardia nella mortalità per diabete appaiono solamente nel Portogallo che registra un tasso generale superiore a 40/100.000 abit. (42,7/100.000) (Tab.3).. Benché nelle restanti regioni occidentali solo la Germania con il tasso di 26/100.000 superi la mortalità media europea per diabete, che risulta non superiore ai 21 su 100.000 (tasso già registrato dalla Svezia), *non può sostenersi che, sino al 2002 in queste regioni europee vi sia stata anche una contemporanea presenza di più alta mortalità per ischemie e per patologie ipertensive*. La più alta mortalità per patologie coronariche ischemiche e per ipertensione appartiene infatti oggi proprio all'Italia, ove le ischemie raggiungono la mortalità di 131/100.000 e la malattia ipertensiva raggiunge il livello di 38,3. Il Portogallo invece sembra avere la più bassa quota di mortalità cardiaca per ischemie (46,2) e la Germania raggiunge invece per tali cause un tasso di 100,2/100.000 che è però ancora inferiore sia a quello della Svezia che a quello della Finlandia. Dagli indici di variazione su 100 relativi ai peggioramenti di mortalità avvenuti nel 2002 I tra le età mature già menzionate e le prime età senili dei 65-74 anni, sia per il diabete, sia per la patologia ipertensiva, la variazione su 100 più alta dell'Europa è avvenuta proprio nel Portogallo; ma anche in Germania, dove il peggioramento di mortalità per diabete avvenuto tra i pazienti che raggiungono la prima senilità, è, in termini di variazione a 100, abbastanza incisivo (268,6), appare contemporaneamente una variazione di mortalità per ischemie cardiache più alta rispetto alle altre regioni analizzate.

In conclusione può affermarsi che una certa associazione della patologia diabetica tipo 2 con alcune diffuse patologie cardiovascolari comincia statisticamente ad evidenziarsi solo quando la patologia ipertensiva o delle patologie coronariche raggiungono livelli di guardia e allora la frequenza del diabete appare anche alta, ma non avviene invece viceversa. E' ciò che in definitiva resta anche dimostrato dalle relazioni di queste giornate dove vengono posti in luce gli aspetti più importanti di connessioni cliniche ed eziopatogenetiche tra queste patologie anche considerando i più recenti studi sul ruolo della patologia tiroidea nell'insorgenza del diabete e dell'ipertensione, sull'esistenza predittiva del glucosio nel sangue dei pazienti con patologie cardiovascolari, sull'associazione tra componenti dell'insulina IGF, l'ipertensione, il colesterolo totale e la bassa densità della colesterolipoproteina, nonché quelli sulla predittività della sindrome metabolica negli esiti cardiovascolari di lungo periodo.