

Nell'ambito della Medicina Specialistica a conduzione privata sono possibili interventi sanitari socialmente utili? Risultati preliminari di un check-up mirato in campo metabolico in un *convenience sample* scelto nella popolazione della Marca Trevigiana (MT)

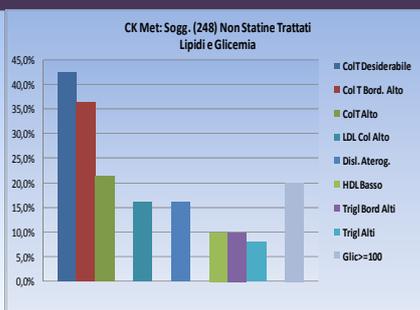
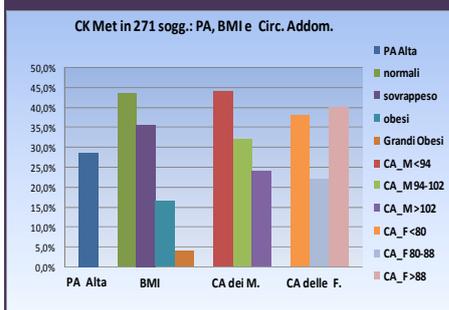
E. Scaldaferri[^], F. Mazzanti[^], L. Scaldaferri^o; [^]Centro di Medicina Polispecialistico, V.le Repubblica-Treviso ^oM.G.U. – ULSS 9-Treviso

Scopo: Alcune Istituzioni Commerciali (es. Banche) della MT, nell'ambito di programmi di fidelizzazione dei propri clienti/dipendenti, propongono loro, coprendone il costo, con libertà di scelta secondo le individuali esigenze, Check-up (CK) sanitari preventivi in vari campi, compreso il Metabolico (Met): di questo presentiamo i risultati onde valutare l'interesse del cittadino e delle strutture sanitarie (SS) per esso, i motivi della scelta, le conoscenze dei partecipanti sulla propria situazione metabolica e in tema di Fattori di Rischio per Malattia Cardio-Vascolare (FR MCV).

In Conclusione, sempre più importante appare un intervento sulla popolazione volto a individuare i sogg. ad alto rischio come da più parti si suggerisce. Ma la sensazione è che la *medicina ufficiale* sia lontana dal *sentire il prescrivere* misure sanitarie come *altrettanto doveroso del curare*, in presenza di FR e in assenza di MCV conclamata. I cittadini, anche quando sono di livello medio alto, sembrano allinearsi inconsapevolmente a questo modo di fare. I dati del nostro campione confermano, però, l'esistenza di un rischio diffuso e misconosciuto, da cui la necessità di disporre di una mappa dei sogg. ad Alto Rischio per MCV su cui intervenire precocemente.

Materiali: Reclutate finora 271 persone con le caratteristiche descritte nella tabella che segue.

Tabella. Caratteristiche campione



Sesso-Età	M. 46%	F. 54%	Mediana 45 anni	età 33-65 anni entro il 25°-90° p.	
Scolarità	laurea 16%	scuola super. 30%	media 36%	elementare 10%	altro 8%
Fuma il	14%	ha smesso 20%	20%	Alcol	uso minimo
Attività	sedentaria 26%	occasionale 32%	intensa 34%	sportiva 8%	
Professione	impiegati 26%	casalinghe 9%	imprenditori 5%	altre categorie artigiani, commerc., insegnanti, lavoro in proprio	
Motivi della scelta	Importanza 28%	familiarità 27%	Per fare esami 29%	esami alterati 14%	consiglio MMG 4%

Metodi. Tutti i Partecipanti hanno ricevuto le seguenti prestazioni: 1) Prelievo ematico per profili ematologico, renale, lipidico, epatico. 2) Nota esplicativa su S. Metabolica, Diabete (DM), Fattori di Rischio (FR). 3) Somministrazione del questionario Diabetes Risk Score (DRS). 4) Visita dello Specialista in Mal Met con raccolta dei dati anamnestici e dei fondamentali parametri obiettivi. 5) Discussione sia della nota, prima consegnata, sia del questionario, evidenziando il significato della Circonferenza Addominale (CA), di BMI, ecc. 6) Inserimento dei dati in un database e conclusione della valutazione clinica con un referto circostanziato, inviato in copia al MMG.

Tabella. Sintesi dei principali dati statistici;

NT: Sogg. non trattati con Statine; TR: Sogg. statine trattati

	Mean	SD	Median	5-95 P	10-90 P	25-75 P
ETA'	45	14	45	23-68	26-65	33-56
BMI	26	5	26	19-35	21-33	23-29
Circ Add.	90	13	91	70-112	74-107	80-100
Col Tot_NT	208	39	208	146-273	158-261	180-234
HDL_NT	58	14	57	39-85	42-76	49-66
LDL_NT	128	33	127	80-187	87-172	105-148
Triglic_NT	112	91	91	45-238	50-192	61-132
Col Tot_TR	200	46	198	143-298	148-262	157-227
HDL_TR	54	15	49	38-94	41-74	43-60
LDL_TR	120	38	115	71-198	78-161	91-151
Triglic_TR	126	58	119	60-255	62-189	87-142
DRS	9	5	8	1,0-19	2,0-15	5,0-12
Glicemia	93	15	90	76-121	80-106	84-98

Risultati. Espresi come M±DS se non diversamente indicato. *Pressione Arteriosa* (mmHg): PAS=126±15; PAD=80±7; il 22% assume ipotensivi, ma resta con PA 137±15 e 83±8, significativamente maggiore (p<0.001) della PA non Trattati (123±14 e 79±7), dei quali il 25% ha PAS>130 e 17% PAD>85. *Peso* (kg): 74,4±16; quello all'età di 18 anni era di 62,8±11 con un incremento medio di 11,8 kg (p<0,0001). *BMI*: 26±4,7 con 60°perc. 26,8 e 80° a 30,08. *CA* in cm: F.= 38%<80; 22% 80-88; 40%>88. M.=44%<94; 32% 94-102; 24%>102. *DRS* (in punti): Med=8; il 40% ha da 9 p. in su. Il DRS è correlato (p<0,001) a CA, BMI, Età, e glicemia (GLIC) (r2=0,6 con maggior peso proprio per la CA.). Il *DM* è noto nel 3,6%; il 16% e 1,5% ha *GLIC*, ignorata, nel range IFG e DM. *Lipidi*: 9% prende Statine e 16% resta con Col Tot alto; degli altri il 43% ha Col.Tot alto borderl. e 21% alto: fra questi il 58,4% ha *LDL-Col Alto* (160-199) e l'11,4 Molto Alto (>199). Per il 16,5% si sospetta un'*Iperlipemia Mista Aterogena*. Possibile *NAFLD* per 11%; il 18% ha un *enzima epatico* mosso.

Discussione. Le Mal Met sono in tale vertiginoso aumento da giustificare la necessità di una maggiore attenzione: l'IDF Europe ha segnalato (nota del 01/04/2009) il grave deficit nella prevenzione e nel trattamento del DM *in tutta l'Europa*. Questa necessità viene ribadita dal nostro campione che, pur non random, è uno specchio di alcuni strati sociali della MT con un range d'età in cui sono possibili interventi precoci, discretamente benestanti, con scolarità media buona per gli standard italiani, consapevoli che le Mal Met sono importanti (v. motivi scelta), attenti alla salute (poco fumo e alcool, molta AT) e spesso documentati (il 50% ha propria e-mail, altri una familiare). Ma quando analizziamo i dati riferibili ai FR, le cose sono poco confortanti. La *PA* è scarsamente controllata in chi è già trattato; degli altri, il 25% ha una *PA* che va riconsiderata; inoltre molti non conoscono il valore della propria *PA*, in quanto tale informazione è delegata al MMG, contravvenendo così l'elementare principio che vuole, nell'approccio ai FR, l'interessato come primo attore: non meraviglia quindi che la nozione sul *rischio assoluto* sia ignota. Fortemente sottostimata è la *DISL*, la cui prevalenza è sovrapponibile ai dati del Progetto Cuore-Nord Est, con il 16,5% che potrebbe avere una pericolosa *Iperlipemia Aterogena*, non meglio indagata, o con sogg. con *LDL "Molto Alto"* ignorato, ma bisognevoli di immediata terapia con statine (V. grafici e Tab.). Lo stesso dicasi per il *Dism Gluc*. L'1,5% è affetto da DM non noto, il 16% ha una *GLIC* che consiglia indagini suppletive, percentuale ben maggiore se consideriamo il punteggio DRS (il 40% ha più di 9 punti). Poiché il rischio di MCV è già alto nel pre-DM, quanto ci dimostra il nostro campione assume ancor più rilevanza. Da ultimo vanno citati i casi con possibile epatopatia tipo *NAFLD*, misconosciuta.

XVII ASSOCIAZIONE
ITALIANA
DIAMETABOLISMO **AMD**
**CONGRESSO
NAZIONALE**
27-30 MAGGIO
RIMINI 2009



Nell'ambito della Medicina Specialistica a conduzione privata sono possibili interventi sanitari socialmente utili? Risultati preliminari di un check-up mirato in campo metabolico in un *convenience sample* scelto nella popolazione della Marca Trevigiana

E. Scaldaferri[°], F. Mazzanti[§], L. Scaldaferri[°]

[°]= *Specialista in Malattie Metaboliche e Diabetologia - Treviso*

[§]= *Specialista in Medicina del Laboratorio - Treviso*

Scopo

E' noto, oggi, che le Malattie Cardio-Vascolari (MCV) sono fra le maggiori cause di morte nell'adulto in Italia (*Vedi Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari, Progetto Cuore: <http://www.cuore.iss.it>*) ed è altresì nota la loro relazione con le Malattie Metaboliche (Mal Met) in senso lato, quali il Diabete (DM), la Dislipidemia (DISL), l'obesità, e potremmo aggiungere l'ipertensione, ecc., relazione così stretta da far parlare di "Alleanza Cardio-Metabolica" (*Cardio-diabetes alliances, CJ Bailey, Editorial, Diabetes Vasc Dis Res 2007;4:5-6*): individuare quindi le suddette alterazioni predisponenti il più precocemente possibile, e trattarle se necessario subito, o addirittura evitarle del tutto con un adeguato stile di vita, assume oggi un'importanza cruciale al fine di prevenire le MCV.

In accordo con questa premessa, alcune Istituzioni Commerciali (es. Banche) della Marca Trevigiana (MT), nell'ambito di programmi di fidelizzazione dei propri clienti/dipendenti, propongono loro, coprendone il costo, di partecipare a predeterminati Check-up (CK) sanitari preventivi in vari campi, quali il Metabolico (Met) e il Cardio-Vascolare, l'Oncologico, il Dermatologico, ecc. Ogni cliente o dipendente è libero di scegliere il CK che ritenga più rispondente, per qual si voglia motivo, alle proprie esigenze, anche se in qualche caso è valso il consiglio del proprio medico (MMG).

Di seguito presentiamo i risultati dei primi CK-Met con lo scopo di valutare quali siano state le motivazioni della scelta, le conoscenze in materia dei partecipanti, la loro situazione metabolica e quanto essa sia stata presa in considerazione e in carico dalle strutture sanitarie; la possibilità di interventi correttivi preventivi.

Materiali e Metodi

Al CK-Met hanno partecipato, finora, 271 persone così connotate: M.=46%; F.=54% con età Mediana (Med)=45a.; i soggetti con età fra i 33-65a. sono racchiusi entro il 25°-90° percentile (Perc). Altre caratteristiche. *Scolarità*: laurea 16%; scuola superiore (maturità) 30%; licenza media 36% ed elementare 10%; altri diplomi 8%. *Abitudine al fumo*: fuma il 14%, e il 20% ha smesso. *Attività (AT)*: sedentaria 26%; occasionale 32%; molta 42% (di cui 20% sportiva). *Uso di Alcol*: minimo. *Lavoro*: impiegati 26%; casalinghe 9%; imprenditori 5%; altre categorie uniformemente distribuite (artigiani, commercianti, insegnanti, lavoratori in proprio). *Motivi della scelta del CK-Met*: Importanza nota 27%; presenza di familiarità per Mal Met o MCV 27%; opportunità di fare esami 28%; precedenti esami alterati 14%; consiglio MMG 4%.

Esami eseguiti: i Partecipanti sono stati invitati ad un prelievo ematico per la determinazione di un profilo ematologico, renale, lipidico ed epatico. A tutti è stato consegnata una *nota* con una sintetica descrizione della *Sindrome Metabolica (SM)*, del *DM* e dei *Fattori di Rischio (FR)* per MCV; inoltre sono stati forniti di un questionario che ricalca il *Diabetes Risk Score (DRS)*, tratto dalle Linee-Guida AMD-SID 2007, e sono stati invitati a portarlo compilato alla successiva *valutazione clinica* affidata allo Specialista in Mal. Metaboliche.

Durante questa sono stati raccolti i dati anamnestici e i fondamentali parametri obiettivi, sono stati discussi e illustrati sia la nota, prima consegnata, sia il questionario, del quale è stato messo in evidenza il significato della Circonferenza Addominale, del BMI ecc. Tutti i dati raccolti sono stati inseriti in un database e alla fine della visita ciò ha permesso di stilare un referto circostanziato inviato in copia anche al MMG.

Risultati

I risultati sono espressi come $M \pm DS$, quando non diversamente indicato. *Pressione Arteriosa (mmHg)*: PAS=126±15; PAD=80±7; il 22% assume ipotensivi, ma resta con una PA (137±15 e 83±8) significativamente maggiore ($p < 0.001$) della PA non Trattati (123±14 e 79±7). Nondimeno fra questi ultimi il 25% ha PAS>130 e il 17% PAD>85.

Peso (kg): 74,4±16; quello all'età di 18 anni era di 62,8±11 con un incremento medio di 11,8 kg ($p < 0,0001$). *BMI*: Med 25,7 e quindi è in eccesso ponderale oltre la metà del campione (56.4%), con lieve prevalenza delle F. In particolare, in %: Ha sovrappeso il 35,8, è obeso il 16,6 ed è grande obeso il 4% con netta prevalenza delle F. (81%).

Circonferenza Addominale in cm (CA): F.= 38%<80; 22% 80-88; 40%>88. M.=44%<94; 32% 94-102; 24%>102.

DRS (in punti): Med=8; il 40% ha da 9 p. in su. Il DRS è correlato ($p < 0,001$) a CA, BMI, Età, e glicemia (GLIC) ($r^2=0,6$ con maggior peso proprio per la CA).

Dismetabolismo Glucidico (Dism Gluc): Nel 3,6% vi è un DM noto e già in trattamento. Però il 16% ha una GLIC che cade nel range della ridotta tolleranza a digiuno (IFG) e l'1,5% nel range del DM e gli uni e gli altri ignorano questo dato.

Lipidi. Sogg. in terapia ipolipemizzante (Statine): 9%, di cui il 50% ha valore di Colesterolo Totale (CoLT, in mg dl) <200, mentre il 16% ha CoLT alto. Sogg. Non Statine-trattati: per questi, facendo riferimento alla classificazione dell'ATP III, il campione può essere diviso in tre sottogruppi:

- 1) CoLT Desiderabile (<200), 42,4%. Di questi il 7,6% ha HDL Basso e nel 2% è ipotizzabile una *Dislipidemia Mista Aterogena (DISL-MA)*;
- 2) CoLT Bordeline Alto (200-239): 36,3% di cui il 6% va studiato per sospetta DISL-MA.
- 3) CoLT Alto (>239): 21,3% con 7,4% da studiare per DISL-MA sospetta. In questo gruppo il 58,4% ha LDL-Col Alto (160-199) e l'11,4 Molto Alto (>199).

Infine: il 18% ha almeno un *enzima epatico* mosso ed è possibile, per dati da ecografia noti e per enzimi epatici alterati, che sia presente una NAFLD nell'11%.

Utilizzati metodi statistici standard con regressione multipla e T Student.

Discussione

Le Mal Met sono in vertiginoso aumento ed il loro associarsi sempre più spesso a costituire la SM – la quale di per sé realizza un elevatissimo Rischio per MCV - giustifica la preoccupazione delle associazioni scientifiche. E' del 1° aprile 2009 una netta presa di posizione della *International Diabetes Federation - Europe (IDF Europe)* che invita ad una implementazione della risoluzione ONU sul Diabete (Resolution 61/225), perché, *in Europa*, è stata riconosciuta l'esistenza di un grave deficit nella prevenzione e nel trattamento del DM, la cui prevalenza sta raggiungendo "proporzioni epidemiche" (31 milioni di affetti in Europa).

Questa necessità di attenzione viene confermata dal nostro campione. Indubbiamente esso ha i limiti del *convenience sample*, non essendo random, ma i dati riscontrati sono abbastanza concordanti con quelli del sito ufficiale del “Progetto Cuore sez. Nord Est”(PC-NE), già citato. Esso può considerarsi uno specchio di alcuni strati sociali della MT con precise caratteristiche:

L’età più rappresentata cade in un range in cui sono possibili ed auspicabili interventi sanitari, sia essi educativi che indagini vere e proprie, con significato di diagnosi precoce. E’ costituito da ceti discretamente benestanti, dato il tipo di *attività lavorativa* svolta, con *scolarità* media buona per gli standard italiani. I partecipanti sono mediamente *consci* che le Mal Met sono importanti, come dimostrano i *motivi* della partecipazione a questo CK, scelto volontariamente per interesse specifico, ma, se vogliamo, raramente raccomandato dal proprio MMG (solo nel 4%), dato su cui bisognerebbe riflettere. Sono inoltre *attenti* alle problematiche della salute, e ciò lo indica sia l’abitudine al *fumo*, poco rappresentata (14% vs il 21% indicato nel PC-NE), ed anzi un congruo numero ha smesso; sia lo scarso uso, o potremmo dire il corretto consumo, di alcol, rarissimamente riscontrato appena eccessivo; sia la frequenza con cui viene praticata *AT* (solo il 26% è sedentario vs il 28-34% del PG-NE). Inoltre sono persone spesso *documentate* (il 50% ha propria e-mail, altri una familiare). Queste considerazioni servono a delineare il tipo di rappresentatività del campione.

Ma quando analizziamo i dati riferibili ai FR, le cose sono poco confortanti. La *PA* è scarsamente controllata in chi è già trattato, ma degli altri il 25% ha una *PA* che va riconsiderata, perché alta. Spicca poi il fatto che molti non conoscono il valore della propria *PA*, in quanto tale informazione è delegata al MMG, contravvenendo così quell’elementare principio che vuole, nell’approccio ai FR, l’interessato come primo attore. E questo fatto si è ripetuto anche per gli altri parametri. Fortemente sottostimata è risultata la *DISL*. La sua frequenza è sovrapponibile ai dati del PG-NE, ma nessuno ha consapevolezza di quanto sia cruciale specificare il tipo di *DISL* da cui si è affetti ai fini di una terapia corretta. Così si spiega perché vi sia ben il 16% che potrebbe avere una pericolosa *DISL-MA*, ma non ha fatto alcuna indagine, o che vi siano sogg. con *LDL* nel range “*Molto Alto*”, bisognevoli di immediata terapia con statine, invece ignorati: questi dati rilevanti per significato vengono in genere licenziati con la dicitura “... un po’ di Colesterolo o di *PA* o di *GLIC* alti..” archiviando così un pericoloso mix di FR. Il numero di persone che da questo punto di vista ha avuto bisogno di consigli è stato davvero elevato (v. Tab. e Fig.)

Lo stesso dicasi per il *Dism Gluc*. Il *DRS* ed i valori di *GLIC* hanno mostrato che la maggior parte abbisogna di indagini suppletive, ma ben pochi sono stati in precedenza sottoposti a screening per *DM*, come suggeriscono le Linee guida. Se consideriamo che il rischio per *MCV* dato dal *DM* è documentabile già 10 – 15 anni prima della diagnosi del *DM* stesso, allorchè si è verosimilmente in una situazione di pre-diabete, e che in tale fase oculati interventi preventivi potrebbero evitare un futuro infarto, quanto ci dimostra il nostro campione assume ancor più rilevanza.

Da ultimo vanno citati i casi con possibile *epatopatia tipo NAFLD*, misconosciuta. Generalmente ignorata è la nozione del *rischio assoluto* e che i valori dei vari parametri biologici fra loro si intersecano crescendo in pericolosità.

Nel corso del colloquio i partecipanti hanno ricevuto le informazioni di cui necessitavano e nel referto conclusivo sono state indicate le indagini che lo specialista riteneva utili. Sarà interessante controllare in seguito quanti poi hanno seguito i suggerimenti.

In conclusione, sempre più importante appare un approccio di popolazione volto a individuare i sogg. ad alto rischio come l’*IDF* e altri propongono. Lo stesso sito italiano del “Progetto Cuore” ha preziosa documentazione che potrebbe giovare a tutti. Ma la sensazione è che la medicina ufficiale sia *lontana dal sentire come altrettanto doveroso del curare una malattia in atto, il pre-*

scrivere misure sanitarie, quando indicate, in presenza di FR e in assenza di malattia clinicamente evidente. I cittadini, anche quando sono di livello medio alto, sembrano allinearsi inconsapevolmente a questo modo di fare. Ma i dati del nostro campione confermano quanto sia necessario cambiare questa abitudine e disporre di una mappa dei sogg. ad ALTO RISCHIO per MCV, su cui intervenire precocemente.

Tab. 1 – Sintesi dei principali dati statistici

	Media	SD	Media-na	Mini-mum	Maxi-mum	5 - 95 P	10 - 90 P	25 - 75 P	Norm. Distr.
ETA'	45,46	14,45	45,00	19,00	80,00	23,00 - 68,20	26,00 - 65,00	33,00 - 56,00	0,060
BMI	26,24	4,73	25,73	17,37	44,98	19,42 - 34,75	20,58 - 32,69	22,65 - 29,04	0,0001
Circ Ad- dom.	90,49	12,65	91,00	60,00	120,00	70,00 - 112,00	74,00 - 107,00	80,00 - 100,00	0,1643
Col_Tot_NT	208,48	39,27	208,00	122,00	318,00	145,70 - 273,20	158,30 - 260,70	180,50 - 234,00	0,3279
HDL_NT	58,44	13,95	57,00	25,00	123,00	38,90 - 85,00	42,00 - 76,00	49,00 - 66,50	<0,001
LDL_NT	128,23	32,69	127,30	52,60	222,60	80,36 - 187,36	87,54 - 172,50	104,00 - 148,500	0,19
Triglic_NT	112,488	90,626 0	91,000	35,000	974,000	44,900 - 237,600	50,000 - 192,100	61,000 - 132,000	<0,0001
Col Tot_TR	200,042	46,451 0	197,500	135,000	306,000	142,700 -	147,800 -	157,500 -	0,3336
HDL_TR	54,41	15,48	49,00	36,00	95,00	38,10 - 93,60	40,80 - 74,10	43,00 - 60,50	0,004
LDL_TR	120,38	38,35	114,90	67,60	219,00	71,24 - 197,72	78,02 - 161,42	90,60 - 150,80	0,185
Triglic_TR	126,20	57,57	119,00	58,00	319,00	60,10 - 254,60	61,90 - 189,20	87,50 - 142,00	0,001
DRS	8,68	5,108	8,00	1,00	24,00	1,00 - 19,00	2,00 - 15,00	5,00 - 12,00	0,003
GLICEMIA	92,92	15,043	90,00	68,00	181,00	76,00 - 120,70	79,80 - 106,00	84,00 - 98,00	<0,001

