

Il diabete misconosciuto, la sindrome da insulino-resistenza e le ipercolesterolemie

27

La prevalenza nella popolazione generale del diabete misconosciuto, della sindrome da insulino-resistenza e delle ipercolesterolemie è poco conosciuta e poco studiata, soprattutto in Italia.

Alcuni studi hanno valutato la prevalenza del diabete non conosciuto, o la presenza della sindrome da insulino resistenza nei pazienti con altri disordini metabolici, o la prevalenza del diabete noto. Questi studi sono stati peraltro condotti con sola finalità epidemiologica, trascurando gli aspetti preventivi che sembrano invece eticamente e socialmente prioritari in questo tipo di indagine.

Appare quindi ragionevole proporre lo studio non solo di identificazione di queste condizioni morbose, spesso associate nello stesso individuo, ma anche e soprattutto di intervento correttivo in anticipo rispetto alla diagnosi spesso tardiva.

Il presente studio si propone di realizzare su un campione di medici di medicina generale volontari, soci SIMG, un'indagine sistematica di queste patologie metaboliche convocando (tramite gli uffici ASL con scadenze programmate) tutti i propri iscritti di età compresa tra i 45 e i 65 anni di età.

Gli elementi da prendere in considerazione al fine identificativo-preventivo sono i seguenti:

- 1.** elementi salienti della storia personale (abitudini alimentari, attività lavorativa svolta, abitudini voluttuarie, consumo di alcool e droghe, attività fisica abituale, assunzione di farmaci, eventi patologici importanti pregressi o attuali) e familiare (presenza di patologie metaboliche e cardiovascolari note)
- 2.** Elementi essenziali dell'esame fisico (sesso, al-

tezza, peso, BMI, circonferenza della vita, pressione arteriosa, polsi periferici)

3. Invio del paziente ad un prelievo venoso a digiuno per la determinazione dei principali parametri ematochimici di interesse generale (HT Glicemia, colesterolo totale e HDL, colesterolo LDL)

4. Possono essere considerati opzionali (ma suggeriti da recenti dati di letteratura) i dosaggi di insulinenemia a digiuno, transaminasi e microalbuminuria.

Per ciascun paziente verrà compilata una scheda molto sintetica che permetterà l'impostazione diagnostica del singolo caso e la raccolta dei dati per l'indagine epidemiologica. La copia cartacea della scheda verrà compilata in sede dal MG (con l'ausilio di un borsista) e quella informatizzata dal centro coordinatore dell'indagine. Il MG deciderà poi gli interventi specifici sul singolo in base alla diagnosi prospettata.

Si sottolinea che tutte le linee guida propongono come primo intervento la correzione delle abitudini di vita e solo dopo un congruo periodo di intervento (3-6 mesi) è consigliato ricorrere alla terapia farmacologia.

I casi di particolare gravità (grave obesità, diabete scompensato, ipercolesterolemie elevate, ipertensione giovanile, ecc) dovranno essere avviati alla consulenza specialistica.

Casistica. I medici direttamente impegnati nello studio saranno 7: tre nel distretto Asti Nord, due nel distretto Asti Centro, due nel distretto Asti Sud. Questi medici, tutti in grado di gestire dati informatici, hanno ciascuno tra i loro iscritti 450 – 500 pazienti compresi tra i 45 e i 64 anni. Questi verranno tutti convocati in un giorno fisso in ambulatorio per l'inchiesta anamnestica e la valutazione dell'esame fisico (una copia della scheda viene inviata al centro di coordinamento universitario). Verrà quindi indicato al paziente la data in cui eseguire il prelievo di sangue presso il distretto di pertinenza. Una copia del referto verrà inviata al MG e una copia inserita nella scheda informatizzata. È prevedibile lo screening di circa 2.000 pazienti,

numero più che utile per verificare la prevalenza di patologie che vanno dal 3-4% (diabete mellito) al 10-15% (sindrome dell'insulino resistenza).

La validità dello studio deriva dalla capacità di contattare tutti i pazienti in quella fascia d'età; avendo a disposizione borsisti che operano congiuntamente al MG sarà sempre possibile contattare telefonicamente le persone che non rispondono, ricavare informazioni per la parte anamnestica della scheda e sarà possibile raggiungere a domicilio la maggior parte dei casi per la valutazione obiettiva ed eseguire il prelievo venoso (*attualmente, oltre l'80% dei soggetti contattati ha risposto all'invito*). Sarà in ogni caso richiesto il consenso informato ai singoli soggetti.

Personale impiegato. Oltre ai 7 MG, che dovranno convocare circa 10-12 pazienti alla settimana per 40 settimane circa, è previsto l'impegno di 3 borsisti medici per coadiuvare il lavoro di raccolta dati e un biologo per eseguire i dosaggi presso la sede laboratoristica di Torino.

Il personale della Medicina Universitaria III° diretto dal prof. Gianfranco Pagano, coordinatore dello studio, si occuperà della gestione dei dati informatici, che verranno inseriti senza riporto del nominativo, ma con numeri di codice individuali. Viene garantita l'anonimità della gestione dei dati.

Durata. Lo studio è iniziato nel mese di Giugno 2001 e dovrebbe concludersi dopo circa un anno con la collaborazione dell'ASL 19 di Asti (che si occupa della notifica agli assistiti arruolati della data di convocazione presso lo studio del MG) e di tre medici borsisti che si occupano della raccolta delle schede e del loro invio al Centro coordinatore. Una copia della scheda rimarrà al medico di medicina generale e servirà per il successivo follow up che rivaluterà la casistica, come previsto, ogni 3 anni.

Elaborazione dei risultati. Terminata la raccolta dei dati, il centro coordinatore provvederà all'elaborazione dei dati ed a preparare un testo scientifico coin-



pubblico che esiste una percentuale sicuramente significativa di soggetti che, apparentemente sani, possono presentare un diabete misconosciuto o una da sindrome da insulino resistenza ed essere quindi con elevato rischio cardiovascolare.

Il loro riconoscimento precoce ed il loro trattamento (dieta attività fisica astensione dal fumo) dovrebbe permettere il raggiungimento di una vera prevenzione primaria delle cardio-vasculopatie ischemiche, con abbattimento delle spese relative alla gestione dei fatti acuti e della successiva fase di recupero, e con un miglioramento globale del livello di salute della popolazione.

La tecnica di approccio alla popolazione, sperimentata in questo studio, potrà essere applicata sull'intera popolazione della provincia oggetto dello studio.

Appendice. La popolazione identificata dallo studio di età compresa tra 45 e 64 anni, diventerà bersaglio di uno studio longitudinale che, a scadenze fisse, valuti l'incidenza di patologie vascolari collegandole alle variabili clinico-laboratoristiche oggetto dello studio.

volgendo tutti i medici ricercatori che hanno partecipato allo studio, l'Asl 19 di Asti ed il centro diabetologico dell'Ospedale di Asti. Il testo verrà presentato a tutti i MG della provincia di Asti in una sessione collegiale che fornisca elementi utili ad un'azione ancora più incisiva sul territorio in senso preventivo e di diagnosi precoce.

Conclusioni. Lo studio, completato nell'arco di un anno, verrà valutato statisticamente nei successivi sei mesi ed è prevedibile che nel corso del 2002 possano essere divulgati i dati raccolti e preparato un testo per la pubblicazione.

Lo scopo finale dello studio è quello di dare la conferma ai medici di medicina generale ed al servizio

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI ESSENZIALI

1. Garancini MP, Calori G, Ruotolo G, Manara E, Izzo A, Ebbli E, Bozzetti AM, Boari L, Lazzari P, Gallus G. Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in Italy an OGTT-based population study. *Diabetologia* 1995;38:306-313
2. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, Oberhollenzer F, Egger G, Targher G, Alberiche M, Bonadonna RC, Muggeo M. Prevalence of insulin resistance in metabolic disorders. The Bruneck study. *Diabetes* 1998;47:1643-1649
3. Pagano G, Bruno G, Barbero G, Vuolo A. Prevalence and clinical features of known type 2 diabetes in the elderly population-based study. *Diabetic Med* 11: 475-479. 1993
4. Connelly MT, Inui TS. Principle of disease prevention. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine* 14^a edition 1998; 46-48
5. Balkau B, Charles MA, for the European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR) Comment of the provisional report from the WHO consultation. *Diabetic Med* 1999; 16:442-443