

COME STANNO I QUARANTENNI

Risultati preliminari del progetto di prevenzione primaria cardiovascolare “VIS” (Vivere In Salute) – 2ª parte

**Esperienze
e ricerche
in Medicina
Generale**

FABIO SAMANI*, LUIGI CANSIANI**, ROMANO PADUANO, CARMELO MACAUDA

Centro Regionale di Formazione per l'Area della Medicina Generale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia;

* Responsabile Nazionale Area della Ricerca SIMG;

** Responsabile Nazionale Area della Prevenzione SIMG per conto del Comitato Scientifico, del Gruppo di Lavoro e del Gruppo di Studio VIS

I presupposti scientifici e gli obiettivi di questo studio sono stati precedentemente descritti sulle pagine di questa Rivista in un articolo (*Il rischio cardiovascolare nei quarantenni: iniziativa e attesa a confronto*, n. 3/2003) in cui è stato analizzato il diverso e di gran lunga superiore impatto della medicina d'iniziativa, rispetto a quella d'attesa, nella raccolta dati finalizzata alla definizione del rischio cardiovascolare secondo l'algoritmo di Framingham.

In questo secondo lavoro vengono presentati i dati preliminari relativi alla distribuzione di una serie di fattori di rischio e di determinanti di salute nella popolazione quarantenne esaminata.

Si è ritenuto in tal modo di poter offrire una prima fotografia dello stato di salute di questa particolare fascia di popolazione, riservando le conclusioni definitive ad ulteriori e più approfondite analisi.

Questa ricerca, ideata da Medici di Medicina Generale dirigenti del Centro Regionale di Formazione per l'Area della Medicina Generale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia nonché della SIMG, è frutto di una partnership tra diversi attori, pubblici e privati, a testimonianza della possibilità di perseguire obiettivi comuni tra diversi portatori di interesse, con il fine ultimo di migliorare le conoscenze e la qualità del sistema sanitario, ma è soprattutto il frutto dell'impegno e della serietà dei Medici di Medicina Generale ricercatori che, grazie alla loro partecipazione, l'hanno resa possibile.

MATERIALI E METODI

Lo studio si riferisce a un campione di soggetti nati nel 1963 e in carico ai 54 ricercatori del Gruppo VIS al 1° settembre 2002, secondo i dati resi disponibili dal Servizio Informativo Sanitario Regionale del Friuli-Venezia Giulia, pari a 1.288 persone (“reclutabili”). Di queste, 1.041 risultano aver avuto almeno un contatto (con dati registrati) nel corso del periodo di osservazione (1° novembre 2002-30 aprile 2003). Altri 17 soggetti, contattati nel semestre precedente e non in quello di osservazione, avevano dati validi relativamente alle fina-

lità dello studio. Pertanto, risultano reclutati 1.058 soggetti (581 femmine e 477 maschi), pari all'82,1% dei 1.288 reclutabili.

I risultati qui esposti sono stati ottenuti:

- utilizzando metodi e strumenti standardizzati di misurazione dei valori pressori e delle principali misure antropometriche;
- utilizzando i dati ematochimici forniti dai laboratori accreditati del SSR, ovvero nelle condizioni di uso professionale quotidiano (sono gli stessi laboratori cui si rivolgono i pazienti assistiti dai medici ricercatori, sulla base dei cui dati vengono abitualmente prese le diverse decisioni cliniche da parte dei ricercatori stessi);
- lasciando liberi i ricercatori di impostare qualsiasi strategia educativa o terapeutica ritenessero opportuna nel singolo caso, sulla base delle loro conoscenze e competenze, in conseguenza ai risultati delle indagini condotte per le finalità del progetto, avendo comunque preso parte a momenti formativi ad hoc.

Tutti i ricercatori hanno infatti partecipato a iniziative formative propedeutiche allo studio, finalizzate:

- alla standardizzazione delle modalità di registrazione dei dati;
- alla standardizzazione delle procedure operative del progetto;
- alla valutazione e alla gestione del rischio cardiovascolare.

Per ogni soggetto reclutato era prevista la registrazione su cartella clinica informatica, per la successiva trasmissione anonimizzata e criptata al database centrale di Health Search, dei seguenti aspetti:

- abitudine al fumo;
- peso, altezza (BMI);
- attività fisica;
- pressione arteriosa e frequenza cardiaca (almeno due misurazioni);
- colesterolo, trigliceridi, HDL;
- glicemia;
- familiarità per eventi cardiovascolari precoci nei parenti di primo grado;

TABELLA I
Algoritmo di quantificazione dell'attività fisica del soggetto.

I. QUAL È L'ATTIVITÀ FISICA DOVUTA AL SUO LAVORO? (NON SI APPLICA A PENSIONATI, INVALIDI E DISOCCUPATI)

- 1) Lavoro prevalentemente seduto ad un tavolino ed in genere senza bisogno di camminare
- 2) Lavoro che comporta lo stare in piedi o il camminare per molto tempo, ma che non costringe a portare o spostare grossi pesi (comprende anche i normali lavori di casa, eccettuati quelli pesanti)
- 3) Lavoro che costringe a camminare molto e a spostare grossi pesi (comprende anche i lavori di casa pesanti come lavare il pavimento, fare il bucato a mano ecc.)
- 4) Lavoro di tipo manuale pesante, con sforzi notevoli, con sollevamento e spostamento di grossi pesi

II. QUAL È LA SUA ATTIVITÀ FISICA NEL TEMPO LIBERO?

- 1) Legge, guarda la televisione, va al cinema o al bar, spende il tempo libero in altre attività sedentarie
- 2) Cammina, va in bicicletta o svolge un'attività fisica di qualche genere per meno di 4 ore la settimana;
- 3) Cammina, va in bicicletta o svolge un'attività fisica di qualche genere per almeno 4 ore la settimana (anche se va a piedi o in bicicletta da casa al posto di lavoro, se fa del giardinaggio, se va a caccia, se gioca a bocce o ping-pong, se va a ballare, ma non fa alcunché di più faticoso)
- 4) Si allena sistematicamente o fa attivamente dello sport agonistico come atletica, sci, nuoto, calcio, ciclismo, pallacanestro, tennis, ecc., varie volte la settimana

Se il soggetto è pensionato o invalido o disoccupato, si valuta solo l'attività fisica nel tempo libero (set II: 1 = assente, 2 = leggera, 3 = media, 4 = pesante); negli altri casi si fa la somma dell'attività fisica lavorativa (set I) con quella del tempo libero (set II), classificando così il punteggio: 2 = assente; 3 = leggera, 4 = media, ≥ 5 = pesante.

- familiarità per ipertensione arteriosa;
- familiarità per dislipidemie;
- familiarità per diabete.

La trasmissione dei dati al database centrale ha reso possibile inoltre l'analisi delle principali patologie presenti nelle liste dei problemi dei soggetti reclutati (codificate ICD9) e delle terapie farmacologiche prescritte loro dai medici ricercatori (codificate sia secondo il sistema ATC, sia secondo il sistema Codifa).

Il rilevamento dei valori pressori e delle principali misure antropometriche è stato effettuato per mezzo delle seguenti apparecchiature standardizzate, fornite a ogni ricercatore:

- sfigmomanometro elettronico OMRON M4-I (validato AAMI e BSH), dotato anche di bracciale per obesi;
- altimetro da parete con metro metallico, misurazione da 0-200 cm;

- bilancia SECA omologata classe III uso medico mod. 761;
- metro a nastro misuratore orig. SECA per circonferenza vita.

L'attività fisica è stata quantificata per mezzo di un algoritmo standardizzato e validato già in uso (Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare ANMCO-ISS, modificato: Tab. I).

RISULTATI

Nell'ambito del campione di popolazione rappresentata dai quarantenni reclutati dal Gruppo VIS sono stati analizzati i dati antropometrici, ematochimici, pressori e relativi alle abitudini di vita che possono concorrere alla determinazione del livello di rischio cardiovascolare.

Le abitudini alimentari (oggetto di un'ulteriore indagine ad hoc), indagate per mezzo di un apposito questionario

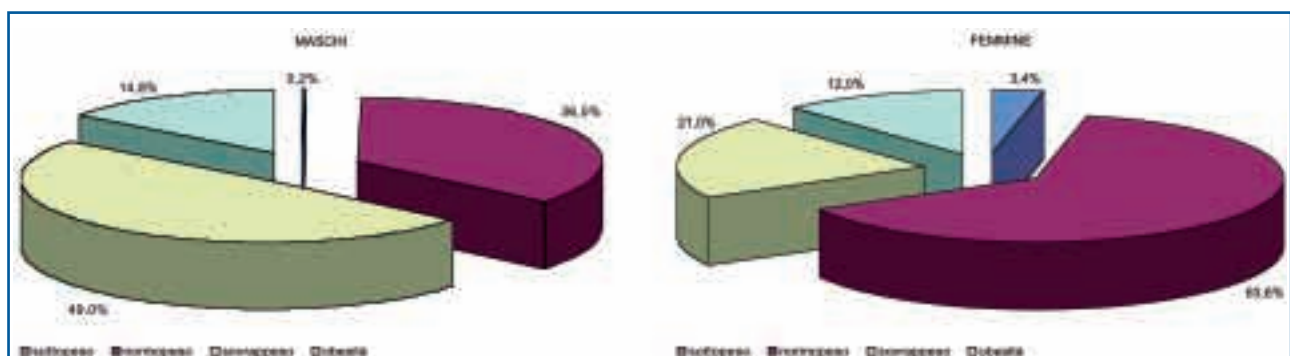


Figura 1

Distribuzione percentuale in classi di Body Mass Index della popolazione quarantenne maschile (sinistra) e femminile (destra).

TABELLA II
Distribuzione dei soggetti quarantenni per classe di Body Mass Index; dati disponibili in 1.033 dei 1.058 reclutati (97,6%; 566 femmine e 467 maschi).

CLASSI BMI	FEMMINE	MASCHI
Sottopeso	3,4%	0,2%
Normopeso	63,6%	36,0%
Sovrappeso	21,0%	49,0%
Obesità 1°	8,1%	11,3%
Obesità 2°	2,8%	2,6%
Obesità 3°	1,1%	0,9%

standardizzato e validato, le familiarità e le comorbidità (analizzate sulla base dei dati presenti nel database centrale di Health Search) non vengono analizzate e discusse nel presente lavoro.

Il dato relativo al BMI è illustrato in Figura 1 e in Tabella II. Il dato relativo alla circonferenza vita è disponibile in 891 dei 1.058 reclutati del Gruppo VIS (84,2%), con la seguente distribuzione: 41,1% delle femmine > 80 cm, 20,8% > 88 cm; 41,8% dei maschi > 94 cm, 18,5% > 102 cm.

Il dato relativo all'attività fisica è riportato in Figura 2, quello relativo all'abitudine al fumo in Figura 3.

In Figura 4 è riportata la distribuzione dei valori lipemici medi. Il valore del colesterolo LDL è stato calcolato secondo la formula di Friedrixsen nei casi in cui vi fossero colesterolo totale, HDL e trigliceridi effettuati nella

stessa data ed il valore dei trigliceridi fosse < 400 mg/dl. La colesterolemia totale media (in caso di più misurazioni nel periodo considerato) è risultata ≥ 290 mg/dl in 25 maschi (6,3%) e in 9 femmine (1,9%); 97 maschi (24,5%) e 74 femmine (15,4%) presentavano valori medi di colesterolo totale ≥ 240 , 258 maschi (65,2%) e 235 femmine (48,8) ≥ 200 mg/dl. Il colesterolo HDL medio è risultato ≤ 39 mg/dl in 79 maschi (20,3%) e in 36 femmine (7,6%). I trigliceridi sono risultati > 400 mg/dl in 7 maschi (1,8%) e ≥ 150 mg/dl in 108 maschi (27,1%) e in 41 femmine (8,5%). Il colesterolo LDL è risultato ≥ 200 mg/dl in 25 maschi (6,5%) e in 12 femmine (2,6%), ≥ 160 in 100 maschi (26%) e in 65 femmine (13,9%), ≥ 130 in 246 maschi (64,1%) e in 184 femmine (39,4%). 18 dei 1.058 soggetti (1,7%), 2 femmine e 16 maschi, sono risultati in trattamento con farmaci ipolipemizzanti.

Il dato relativo alla glicemia è illustrato in Figura 5. 3 maschi ed 1 femmina hanno una media delle glicemie ≥ 200 mg/dl, 6 maschi (1,5%) e 4 femmine (0,8%) ≥ 160 , 14 maschi (3,5%) e 8 femmine (1,7%) ≥ 126 ; 23 maschi (5,8%) e 21 femmine (4,3%) hanno valori medi di glicemia compresi tra 110 e 125 mg/dl. 26 soggetti (18 maschi e 8 femmine) sono definiti affetti da diabete mellito (ICD9 in lista problemi): di essi, 7 sono in terapia insulinica, 9 in antidiabetico orale.

La distribuzione dei valori pressori è riportata in Figura 6. I valori sistolici medi sono di $134,8 \pm 13,1$ mmHg per i maschi e di $127,8 \pm 15,1$ per le fem-

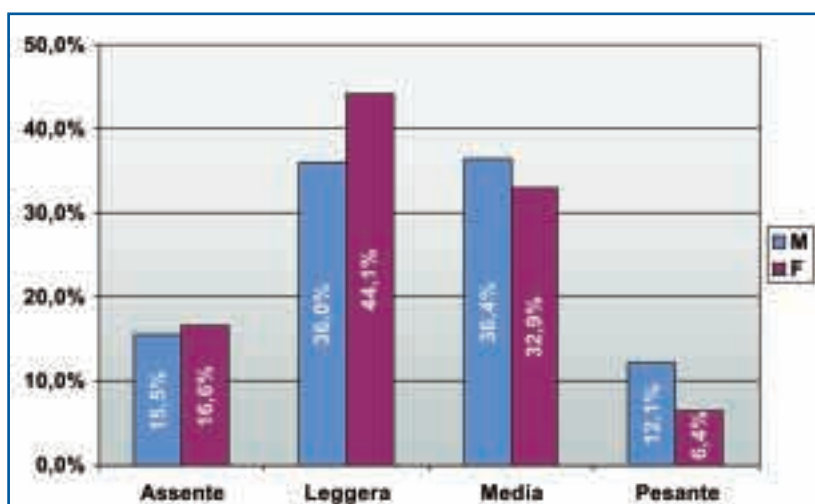


Figura 2

Distribuzione per classi di attività fisica della popolazione quarantenne maschile e femminile; dato disponibile in 1.052 dei 1.058 reclutati (99,4%).

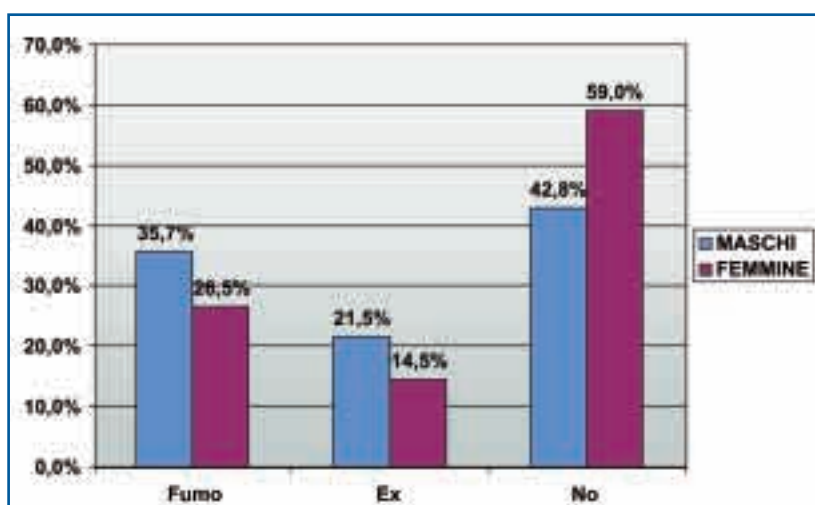


Figura 3

Abitudine al fumo nella popolazione quarantenne maschile e femminile; dato disponibile in 836 dei 1.058 reclutati (79,0%)

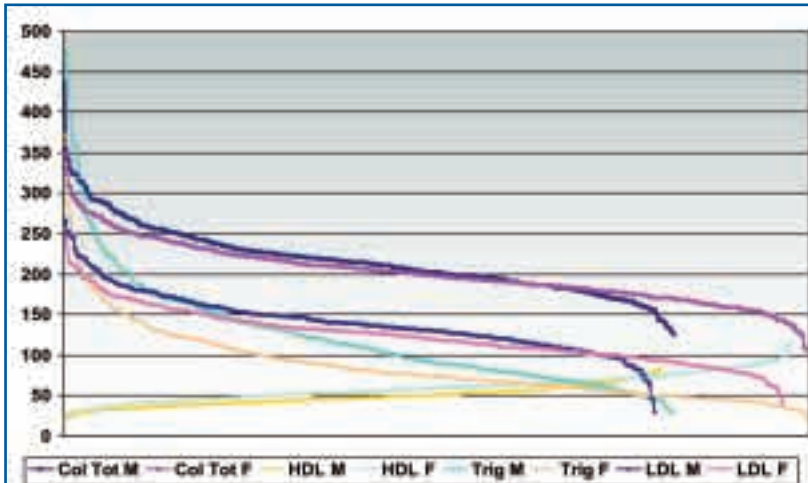


Figura 4

Distribuzione dei soggetti del gruppo VIS (in ascisse) in funzione dei valori medi di colesterolo totale, HDL, trigliceridi e HDL, nei due sessi; colesterolemia totale disponibile nell'83% dei reclutati (396 maschi e 482 femmine), HDL nell'81,4% (389 maschi e 472 femmine), trigliceridi nell'83,5% (399 maschi e 484 femmine); LDL calcolabile nell'80,4% dei reclutati (384 maschi e 467 femmine).

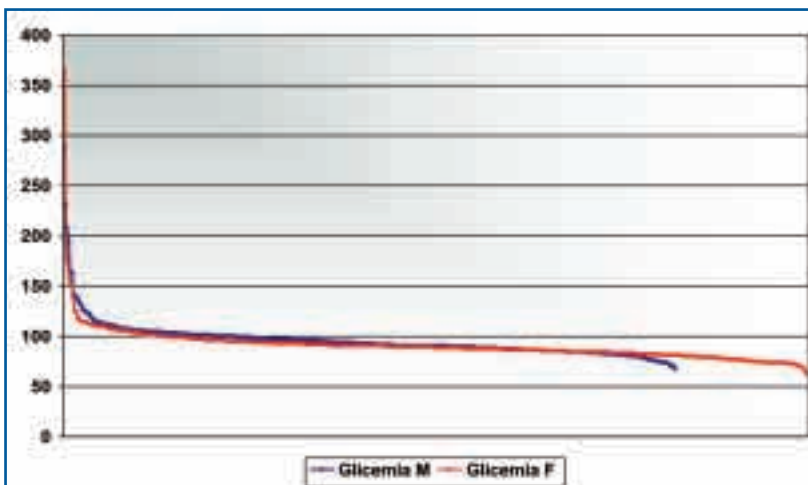


Figura 5

Distribuzione dei soggetti del gruppo VIS (in ascisse) in funzione dei valori glicemici medi nei due sessi; dato disponibile nell'83,3% dei 1.058 reclutati (398 maschi e 484 femmine).

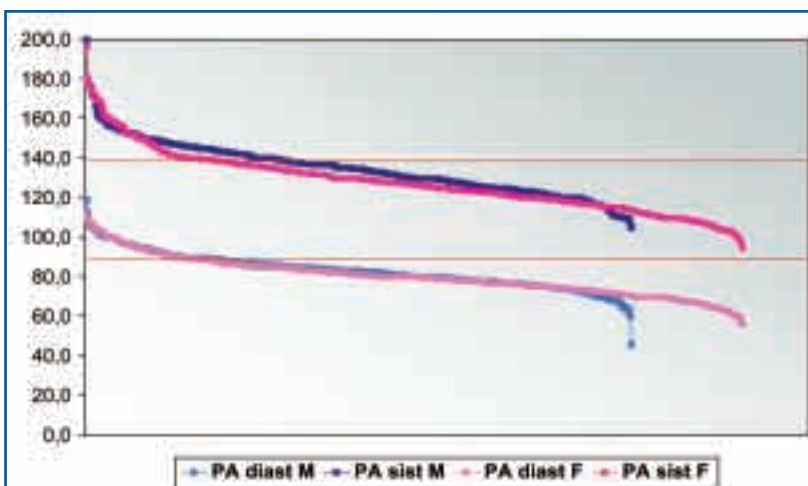


Figura 6

Distribuzione dei soggetti del gruppo VIS (in ascisse) in funzione dei valori pressori sistolici medi e diastolici medi; dato disponibile in 998 soggetti (94,3% dei 1.058 reclutati, 453 maschi e 545 femmine).

mine; i valori diastolici medi sono rispettivamente di $83,2 \pm 8,9$ e di $80,2 \pm 9,7$ mmHg. Nel 2,9% dei maschi e nel 3,7% delle femmine i valori sistolici medi sono ≥ 160 , nel 34,4% dei maschi e nel 17,4% delle femmine ≥ 140 ; 56,3% dei maschi e 51,7% delle femmine ha una sistolica media compresa tra 120 e 139 (range definito dal 7th JNC come "preipertensione"); 5,1% dei maschi e 4,2% delle femmine ha valori diastolici medi ≥ 100 , 21% dei maschi e 14,9% delle femmine ≥ 90 ; 44,8% dei maschi e 36,1% delle femmine compresi tra 80 e 89 (range definito dal 7th JNC come "preipertensione").

119/1.058 soggetti (11,25%), di cui 70 maschi (15,5%) e 49 femmine (9%), sono definiti affetti da ipertensione arteriosa (ICD9 in lista problemi); 76 di essi (34 maschi, pari al 48,6% degli ipertesi diagnosticati, e 42 femmine, pari all'85,7%) risultano in terapia con farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa (ATC C02, C03, C07-09).

DISCUSSIONE

Sulla base dei dati acquisiti nel corso della presente osservazione, risulta evidente come una considerevole quota di maschi quarantenni e una minor parte di femmine della stessa età presenta una serie di valori ematochimici, un BMI, una pressione arteriosa tali da configurare fattori di rischio cardiovascolare da correggere. Questo, sebbene la distribuzione del rischio cardiovascolare a 10 anni, calcolato secondo l'equazione di Framingham, dimostri un solo soggetto con un rischio superiore al 20% e 27 soggetti con un rischio compreso tra 10 e 20% (complessivamente, 4,5% della popolazione ha quindi un rischio calcolabile superiore al 10% a 10 anni), come riportato nel nostro precedente lavoro.

La distribuzione del BMI dimostra che la popolazione maschile di quarant'anni di età è per 2/3 in sovrappeso o francamente obesa, mentre le femmine lo sono per 1/3 (l'aumento di peso nelle donne è generalmente posticipato all'epoca postmenopausale). Considerando comunque la sola obesità (BMI ≥ 30) o le sue tre sottoclassi, non vi sono diffe-

renze di rilievo tra i due sessi. La grossa differenza, tra maschi e femmine, si gioca quindi nella fascia dei sovrappeso, in cui dovrebbe essere sostanzialmente più facile ottenere un calo ponderale anche di pochi chilogrammi per poter rientrare in una fascia di normalità.

A questo proposito, merita una considerazione il fatto che obesità/sovrappeso sono fattori non tenuti in considerazione nel calcolo del rischio secondo Framingham, seppure sia comunemente accettata e dimostrata una maggiore morbilità cardiovascolare (e – ovviamente – relativa al diabete) nei pazienti obesi.

Anche la circonferenza addominale, misurata alla vita, va tenuta nella necessaria considerazione quale indice di accumulo lipidico viscerale e quale fattore predittivo di una sindrome plurimetabolica, essendo presenti valori al di sopra della soglia di 88 cm nella donna e di 102 nell'uomo in circa 1/5 dei quarantenni dei due sessi.

Questo dato è facilmente correlabile con il rapporto di circa 1 soggetto ogni 6, sia tra i maschi che tra le femmine, che dichiara di non svolgere alcuna attività fisica, né sul lavoro, né nel tempo libero. Eppure, la popolazione quarantenne qui rappresentata appare sufficientemente dinamica, se consideriamo che quasi metà delle donne svolge regolarmente un'attività fisica lieve ed un terzo un'attività fisica media, mentre tra gli uomini un terzo ne svolge di lieve, un terzo di media e 1/8 pesante. La popolazione del Nordest d'Italia (e del Friuli-Venezia Giulia in particolare) è piuttosto sensibile al problema fumo: a fronte di un terzo di quarantenni fumatori e un quarto di fumatrici, spicca la percentuale di quanti hanno inteso smettere (1 su 5 tra gli uomini, quasi 1 su 6 tra le donne) e di quanti, non avendo mai fumato (quasi 43% dei maschi e quasi 60% delle femmine), difficilmente cominceranno a farlo dopo la quarantina.

Per quanto riguarda i valori ematochimici considerati, oltre all'evidenza di circa il 6,5% di maschi e di circa il 2,5% delle femmine che presentano verosimilmente dislipidemie di carattere familiare (per valori di colesterolo totale > 290 o di LDL > 200) e che per questo motivo dovrebbero essere trattati farmacologicamente già a questa età, colpiscono i dati relativi a 1 maschio su 4 e a 1 femmina su 6 con colesterolo > 240 mg/dl, a 1 maschio su 5 (e a 1 femmina su 13) con HDL < 39, a trigliceridi > 150 mg/dl in più di 1 maschio ogni 4 (e in 1 femmina ogni 12). Tutto questo, di fronte all'evidenza di un sottotrattamento farmacologico (ma certamente anche dietetico, considerando la distribuzione del BMI e della circonferenza vita) delle dislipidemie, familiari e non. Quand'anche ci limitassimo a considerare soltanto i soggetti con probabile forma genetica, risulterebbe comunque che solo un terzo di essi è attualmente in trattamento con farmaci ipolipemizzanti.

Nessuna sorpresa ci riserva l'analisi delle glicemie e della distribuzione del diabete mellito, che è quella attesa per età, anche se non sono stati ancora correlati, in questa fase dell'analisi, i casi con valori glicemici elevati con i

casi di diabete diagnosticato. In sostanza, i casi che presentano valori glicemici estremamente elevati potrebbero esprimere sia un diabete mellito già diagnosticato e trattato in maniera inadeguata, sia un diabete mellito non ancora diagnosticato e reso evidente soltanto dall'iniziativa di ricerca.

L'analisi della distribuzione dei valori pressori ci riporta a circa il 3% di popolazione con valori sistolici e circa il 5% con valori diastolici "inaccettabili", ed anche ad un'ipertensione sistolica in 1 maschio su 3 e in 1 femmina su 6 e ad un'ipertensione diastolica in 1 maschio su 5 e in 1 femmina su 6. Questo a fronte del dato di una diagnosi in lista problemi in 1 solo maschio su 6 ed in 1 sola donna su 11; quindi, circa la metà dei quarantenni ipertesi non è diagnosticata e solo la metà dei maschi in cui la diagnosi è stata registrata risulta essere in terapia farmacologica, mentre la percentuale di trattate sale nel sesso femminile a più dell'85% dei casi.

Ancora una breve considerazione – senza commento – a proposito della recente definizione di "preipertensione" fornita dal JNC 7th: rientrano in tali criteri più della metà dei maschi e delle femmine per i valori sistolici e quasi la metà dei maschi ed un terzo delle femmine per quelli diastolici.

CONCLUSIONI

Già nel precedente lavoro è stato affermato che i quarantenni, pur incontrando con ragionevole frequenza il loro Medico di famiglia, sfuggono ad una valutazione attenta e mirata dei principali fattori di rischio cardiovascolare. La fotografia tratta nella presente indagine mostra una popolazione che "non scoppia di salute", anche se probabilmente "si sente bene".

La pratica professionale corrente di Medicina Generale secondo i canoni tradizionali non è focalizzata sul rilevamento e sull'eventuale correzione dei fattori di rischio modificabili, in un'età in cui sarebbe ancora ragionevolmente facile correggere – non solo farmacologicamente – stili di vita e parametri errati. Ancora una volta, si ritiene che una medicina d'iniziativa e anticipatoria, mirata alla salute prima ancora che alla malattia, possa contribuire in modo molto più incisivo a modificare effettivamente alcuni comportamenti e valori "a rischio".

Una considerazione finale merita l'eventuale approccio farmacologico (che consideriamo sempre e comunque secondario a un tentativo di modificazione negli stili di vita) in situazioni francamente patologiche, quali una dislipidemia o un'ipertensione non altrimenti corrette: una politica del farmaco non sempre chiara e per nulla costante nel tempo ha portato a privilegiare visioni tese al risparmio, più che all'appropriatezza. Questo può esser stato un elemento determinante, considerando i motivi di sottoutilizzo di terapie farmacologiche anche nei casi in cui sarebbero evidentemente necessarie (vuoi nelle dislipidemie, vuoi nell'ipertensione). Una Medicina Generale libera da pregiudizi e da paure, che sia messa in condi-

zioni di ragionare in termini scientifici, di produrre evidenze e di agire di conseguenza nel quotidiano, non può che contribuire al superamento di una fase storica che vorremmo fosse conclusa quanto prima.

Con questa nostra esperienza riteniamo di aver contribui-

to a dimostrare in maniera significativa una via di collaborazione trasparente e possibile, tra amministrazione pubblica, industria farmaceutica e professione medica, verso l'obiettivo comune di una sanità e di una salute migliori per tutti.

Il progetto VIS (Vivere In Salute) è una ricerca promossa dal Centro Regionale di Formazione per l'Area della Medicina Generale (struttura operativa della Direzione Regionale Sanità della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia) in collaborazione con Health Search (Istituto di Ricerca della SIMG), con il supporto dell'Agenzia Regionale della Sanità, con la partnership di Pfizer Italia srl e con il patrocinio scientifico della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale).



Il progetto VIS si avvale di:

- un contributo straordinario della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia ai sensi della legge regionale n. 3 del 25 gennaio 2002, art. 5, comma 20 (“contributo straordinario per l’attuazione di un progetto di prevenzione primaria cardiovascolare rivolta ai cittadini del Friuli-Venezia Giulia”);
- un contributo di Pfizer Italia Srl, partner del progetto;
- un contributo del Centro regionale di formazione per l’area della Medicina Generale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, su risorse dedicate ad attività sperimentali.