

## Indagine SICOA-SIMG su "conoscenze e comportamento dei MMG e dei cardiologi in relazione alla sindrome metabolica"

Claudio Chimini\*, Ovidio Brignoli#, Francesco Donato°, G. Maifredi°, Andrea Poli§, Cesare Proto\*

\* U.O. di Cardiologia Istituto Clinico S. Anna - Brescia

# Medico di Medicina Generale - Brescia

° Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Brescia

§ Dipartimento Scienze Farmacologiche, Università degli Studi di Milano

L'espressione sindrome metabolica (SM) si riferisce ad un'associazione di fattori di rischio per la malattia aterosclerotica, che comprende, secondo i criteri più recenti, la cosiddetta "dislipidemia aterogena" (bassi livelli del colesterolo HDL ed ipertrigliceridemia), obesità centrale ed ipertensione. Negli Stati Uniti tale sindrome interessa circa 47 milioni di individui che, a causa di questa condizione, sono esposti ad un rischio aumentato di malattia coronarica.

### Evoluzione nel tempo del concetto di Sindrome Metabolica e dei suoi criteri diagnostici

L'insieme dei fattori di rischio aterosclerotico che definiscono nel loro complesso la SM è stato definito per la prima volta negli anni '80; in Italia, in realtà, l'associazione era già stata identificata e descritta molto tempo prima da Crepaldi ed Avogaro.

Nel 1988 Reaven ha introdotto l'espressione "sindrome X" per definire una condizione che mostrava, come tratto costante, l'insulino-resistenza (IR), e che comprendeva, tra le altre caratteristiche, uno stato proinfiammatorio, la microalbuminuria e l'ipercoagulabilità. Svariati altri nomi sono stati successivamente attribuiti al complesso dei fattori di rischio (composto essenzialmente, ma non esclusivamente, da dislipidemia, IR, obesità e ipertensione) caratteristico della SM: "sindrome plurimetabolica", "sindrome IR", "quartetto mortale", "sindrome DROP" (da Dislipidemia, Resistenza insulinica, Obesità e Pressione arteriosa elevata) e così via. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha deciso di attribuire a tale complesso un'unica definizione, optando per l'espressione "sindrome metabolica", principalmente in quanto i dati attualmente disponibili non consentono di riportare con certezza alla IR tutti i componenti della sindrome. Le linee guida del National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) pubblicate nel 2001, definiscono la sindrome

metabolica come un nuovo target secondario per la terapia finalizzata alla riduzione del rischio cardiovascolare, insieme alla riduzione del colesterolo LDL, ed hanno eliminato la definizione della presenza di IR (complessa da ottenersi nella pratica clinica quotidiana) dai criteri necessari per la diagnosi di SM.

### Il dibattito sul reale ruolo della Sindrome Metabolica in clinica

La sindrome metabolica (SM) è oggetto da alcuni anni di un vivace dibattito che coinvolge sia i ricercatori che le società scientifiche di tutto il mondo.

Non vi è infatti dubbio, da un lato, che i più importanti fattori di rischio cardiovascolare si presentano più spesso in associazione che isolati, che l'identificazione di un fattore di rischio può e deve portare il medico alla valutazione degli altri fattori di interesse e che i criteri utilizzati nelle definizioni della SM, da soli o in associazione, predicono lo sviluppo di diabete, eventi cardiovascolari e altre patologie (Kahn R 2008). Gli studi osservazionali fin qui condotti indicano, in presenza di SM, un aumento del rischio di eventi cardiovascolari di 1,5-2 volte, che risulta più elevato nei soggetti a basso rischio cardiovascolare (Gami 2007), mentre tra i soggetti anziani e ad alto rischio cardiovascolare si evidenziano associazioni più modeste o non significative (Sattar 2008; Task Force ESC 2007).

Alcuni autori osservano tuttavia che i criteri adottati per la definizione della SM sono ambigui o incompleti, che l'ipotesi dell'insulino-resistenza come causa unificante alla base della patogenesi della SM stessa è debole o quantomeno incerta, ed in particolare che il rischio cardiovascolare associato alla sindrome non è maggiore della somma dei rischi attribuibili ai singoli fattori di rischio che la compongono (Kahn R 2008). Ad essere messa in discussione è in particolare l'utilità clinica della SM nella predizione di eventi cardiovascolari.

Le principali linee guida sulla prevenzione del rischio cardiovascolare nella pratica clinica (Grundy 2005; Task Force ESC 2007) sottolineano che, anche in presenza di una diagnosi di SM, l'individuazione dei soggetti a rischio deve essere condotta attraverso il calcolo di un punteggio individuale utilizzando gli strumenti convenzionali già disponibili. Tali strumenti hanno almeno due vantaggi: considerano anche altri importanti fattori di rischio cardiovascolare, quali l'età, il fumo e la colesterolemia totale, non presenti tra i criteri della SM, e, soprattutto, sono in grado di stratificare il rischio in modo più accurato, in quanto utilizzano variabili continue invece che dicotomiche (presenza/assenza del criterio).

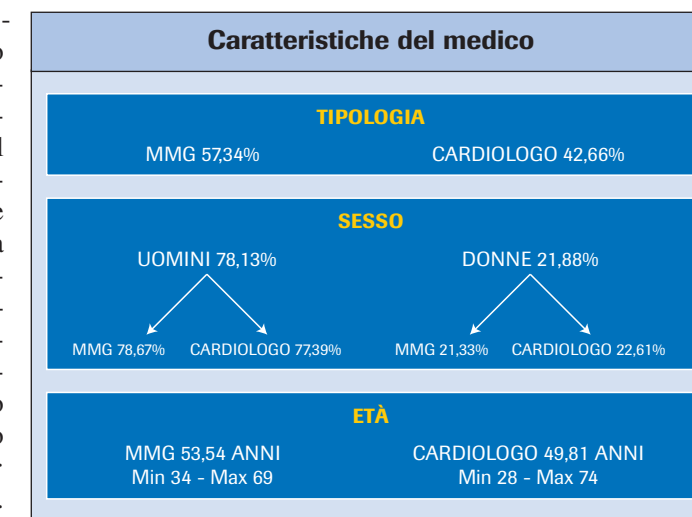
L'utilità clinica della SM è messa in dubbio anche sul piano terapeutico, dal momento che le stesse linee-guida ricordano che anche nei soggetti con SM la terapia deve essere finalizzata al controllo dei maggiori fattori di rischio cardiovascolare, raggiungendo gli obiettivi terapeutici prefissati per il singolo fattore attraverso un appropriato stile di vita (che comprenda una alimentazione corretta, la riduzione del peso se in eccesso e l'aumento dell'attività fisica) ed un trattamento farmacologico quando necessario (Grundy 2005; Task Force ESC 2007). Va sottolineato a questo proposito che i trial più recenti indicano un'efficacia del trattamento con statine, in soggetti a elevato rischio cardiovascolare, anche in presenza di livelli non particolarmente elevati di colesterolo LDL, indipendentemente dalla presenza della SM (Task Force ESC 2007) e che comunque il trattamento della dislipidemia dovrebbe avere, in ogni caso, come obiettivo prioritario il raggiungimento di livelli plasmatici adeguatamente bassi di colesterolo LDL. D'altro canto la SM è fortemente associata allo sviluppo di diabete di tipo 2 e i pazienti portatori di SM senza una diagnosi di diabete sono il target d'elezione dei MMG e dei cardiologi nell'ottica della prevenzione del diabete mellito di tipo 2. I sostenitori dell'utilità, almeno operativa, del concetto di SM ne sottolineano infatti il ruolo importante per sensibilizzare il medico sia alla identificazione degli altri fattori di rischio cardio-metabolico in presenza di SM, sia al

trattamento precoce proprio di quei pazienti che ne siano portatori, e che, anche se non diabetici, hanno un'elevata probabilità di sviluppare il diabete e di andare incontro ad eventi cardiovascolari maggiori negli anni successivi.

### L'indagine SICOA-SIMG

In questo contesto, SICOA, con la collaborazione di SIMG, ha ritenuto opportuno effettuare un'indagine, tra gli iscritti ad ambedue le società, sulla SM, mediante un questionario strutturato (realizzato in collaborazione con Francesco Donato, della Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Brescia e con Andrea Poli, del Centro Interuniversitario di Epidemiologia e Farmacologia Preventiva dell'Università di Milano), finalizzato ad approfondire in particolare la conoscenza dei criteri diagnostici, e gli atteggiamenti terapeutici dei medici su questo tema dibattuto ed in continua evoluzione. Il questionario è stato spedito per mail ai soci delle due società scientifiche e distribuito in occasione di alcuni Congressi, tra cui il Congresso Nazionale SICOA 2008.

L'elaborazione statistica dei risultati ottenuti si è basata su 736 questionari, completati da 314 cardiologi e da 422 Medici di Medicina Generale. Le caratteristiche generali dei medici che hanno risposto sono riassunte nella Tab. 1. Nonostante il campione dei medici che ha risposto al questionario non sia rappresentativo della popolazione generale degli associati, e nemmeno, evidentemente, della classe medica in generale, le risposte forniscono uno spaccato interessante delle opinioni dei cardiologi e dei MMG su questo tema. Di seguito sono analizzate le risposte ad alcuni dei quesiti più interessanti o significativi del questionario.



Tab. 1

ri, completati da 314 cardiologi e da 422 Medici di Medicina Generale.

Le caratteristiche generali dei medici che hanno risposto sono riassunte nella Tab. 1.

Nonostante il campione dei medici che ha risposto al questionario non sia rappresentativo della popolazione generale degli associati, e nemmeno, evidentemente, della classe medica in generale, le risposte forniscono uno spaccato interessante delle opinioni dei cardiologi e dei MMG su questo tema. Di seguito sono analizzate le risposte ad alcuni dei quesiti più interessanti o significativi del questionario.

Commento alle risposte fornite alla domanda 3 "Quali patologie ritieni siano più frequenti tra i soggetti con SM rispetto alla popolazione generale?"

La domanda 3 chiedeva di correlare la presenza di SM con l'aumento del rischio di specifiche patologie, tra cui alcune malattie CV, il diabete, il cancro del pancreas. Mentre la correlazione tra la SM ed il diabete o l'infarto miocardico emerge con notevolissima evidenza (con il 90% e l'80% di risposte positive, rispettivamente), l'associazione con l'ictus è percepita in modo meno netto, sia dai MMG che dai cardiologi (50% di risposte positive). In realtà il rischio relativo di ictus dei pazienti con SM (pari a circa 2) è solo di poco inferiore al rischio di infarto miocardico negli stessi soggetti.

*Commento alle risposte fornite alla domanda 4*  
**“Secondo te, quanto aumenta il rischio di infarto del miocardio nei pazienti con SM rispetto ai pazienti senza la SM?”**

La domanda 4 chiedeva di quantificare il rischio relativo (RR) di infarto in pazienti con SM. È interessante osservare come circa la metà dei medici che hanno partecipato all'indagine, sia tra i MMG che tra i cardiologi, tende a sovrastimare tale rischio, assegnando al RR un valore pari a 4 (il valore corretto è probabilmente attorno a 2). Un RR di 4 per gli eventi coronarici, molto elevato, si osserva solamente tra le donne diabetiche (tra i soggetti diabetici di sesso maschile il rischio relativo è pure attorno a 2). È possibile che l'elevata “pressione comunicazionale” sulla SM possa aver contribuito ad aumentare, nella mente del medico, la forza della sua associazione al rischio coronarico.

*Commento alle risposte fornite alla domanda 5*  
**“Esistono vari set di criteri diagnostici per la Sindrome Metabolica (SM). Di quali sei a conoscenza?”**

La conoscenza dei vari set di criteri diagnostici della SM è nettamente spostata a favore dei criteri fissati dall'ATP-III (80% di conoscenza rispetto al 30% dei criteri IDF ed al 15% di quelli WHO). La prevalente conoscenza di questo set di criteri probabilmente spiega perché la SM sia ormai considerata più in un'ottica di cardioprevenzione (l'elemento caratterizzante del documento dell'ATP-III) che in una prospettiva strettamente “metabolica”. Si può ben dire che la SM, nella mente del medico, sia di fatto nata con la pubblicazione dei criteri ATP-III del 2001. Il motivo di tale preferenza è anche di natura pratica: mentre tutti i parametri previsti dall'ATP-III possono essere infatti agevolmente raccolti durante una valutazione clinico-laboratoristica generale, i criteri WHO, che prevedevano anche una stima della sensibilità insulinica, non erano di fatto alla portata della larghissima maggioranza dei medici a prevalente attività clinica.

*Commento alle risposte fornite alla domanda 12*  
**“Concordi sulla maggiore importanza che gli studi recenti sul rischio cardiovascolare attribuiscono alla circonferenza addominale invece che al classico Indice di massa corporea (BMI)?”**

Nella domanda 12 si osserva una larghissima concordanza delle risposte raccolte (pari a più del 75% del campione) sul fatto che la circonferenza addominale è un migliore predittore del rischio CV rispetto al BMI. In effetti, le indicazioni epidemiologiche in tal senso sono ormai numerose. Lo studio INTERHEART ha fornito, da questo punto di vista, i dati forse più convincenti: anche per le dimensioni molto ampie del campione studiato. Sul piano fisiopatologico, poi, è accertato che il grasso addominale svolge effetti più sfavorevoli di quello sottocutaneo, determinando un'eccessiva sintesi lipoproteica a livello epatico e peggiorando la sensibilità all'insulina: e contribuendo quindi in modo più importante alle alterazioni metaboliche che aumentano il rischio CV.

Circa la metà dei medici del campione ritiene che una circonferenza addominale di 80 cm ed oltre nella donna, e di 94 cm ed oltre nell'uomo, possano essere considerati elevati, come suggerito dal documento che fissa i criteri IDF per la diagnosi della SM.

In realtà tali valori hanno suscitato qualche perplessità nel mondo medico nazionale, poiché si può stimare che ben oltre il 50% della popolazione italiana adulta abbia una circonferenza addominale oltre tali livelli. È tuttora oggetto di dibattito se l'adozione di limiti molto stringenti per alcuni parametri di rischio (di natura sia biochimica che antropometrica) abbia l'effetto di aumentare l'attenzione del pubblico al loro ruolo preventivo o possa invece indurre una liberatoria sensazione di generalizzata condivisione del problema. I criteri dell'ATP-III ( $\geq 102$  cm nell'uomo, e  $\geq 88$  cm nella donna) sembrano comunque più solidamente ancorati ai dati dell'epidemiologia e della fisiopatologia.

*Commento alle risposte fornite alla domanda 17*  
**“Quali sono i valori pressori che rappresentano uno dei fattori diagnostici della SM secondo i criteri ATP-III?”**

Nella domanda 17 la maggior parte dei medici che hanno partecipato all'indagine identifica in 140/90 mmHg il valore necessario per definire la presenza di una pressione arteriosa elevata ai fini della diagnosi di SM. È invece importante sottolineare che il valore diagnostico, a tale scopo, è più basso, e pari a 130/85 mmHg. Anche in questo caso si tratta di valori molto diffusi nella popolazione (siamo in prossimità del 50° percentile della distribuzione dei valori pressori nella popolazione italiana adulta). Il documento ATP-III,

tuttavia, ha voluto sottolineare come in un contesto di alterazioni metaboliche complesse (quale è la SM) anche minimi aumenti dei valori pressori si associno ad un incremento del rischio CV.

*Commento alle risposte fornite alla domanda 21*  
**(Tab. 2)**

**“Nei pazienti con SM e colesterolo LDL elevato, quale atteggiamento ti sembrerebbe corretto tenere?”**

La domanda 21 pone un problema di rilevante importanza sia concettuale che pratica: come trattare il valore del colesterolo LDL in un paziente con SM. La larga maggioranza dei medici interpellati (oltre il 75%, sia tra i cardiologi che tra i MMG) assume, a questo proposito, una posizione molto chiara: identificando un target per le LDL di questi pazienti  $< 100$  mg/dL li classifica infatti, automaticamente, ad alto rischio CV.

Vale anche la pena di osservare che il trattamento delle alterazioni del quadro lipidemico tipiche della SM (basse HDL ed elevati TG) viene considerato l'intervento prioritario (rispetto al controllo del valore delle LDL) da una frazione quasi trascurabile di medici (meno del 2%).

*Commento alle risposte fornite alle domande 23 e 24*

**“23) Qual è l'obiettivo terapeutico da raggiungere per HDL-col negli uomini con SM?”**

**“24) Qual è l'obiettivo terapeutico da raggiungere per HDL-col nelle donne con SM?”**

Le domande 23 e 24 chiedevano al medico a quali valori sia opportuno cercare di ricondurre il colesterolo HDL nei pazienti di sesso maschile o femminile portatori della SM.

È interessante osservare che circa 2/3 dei medici, ancora una volta senza grosse differenze tra MMG e cardiologi, identifica il valore obiettivo in 50 mg/dL sia negli uomini che nelle donne. Si tratta di un valore in realtà piuttosto elevato, appropriato per la popolazione femminile ma probabilmente troppo ambizioso

per quella maschile, nel quale il cut-off diagnostico per la SM, come si ricorderà, è  $< 40$  mg/dL. Va anche considerato, sul piano pratico, che l'effetto degli interventi di correzione dello stile di vita su questo parametro solo raramente inducono variazioni superiori al 10% circa. Per gli uomini è probabilmente più ragionevole un obiettivo terapeutico fissato a 40 mg/dL.

*Commento alle risposte fornite alla domanda 25*  
**“Ritieni che gli studi clinici disponibili giustifichino un intervento orientato ad aumentare la colesterolemia HDL?”**

Se le HDL siano solamente un indicatore di rischio CV, o un obiettivo di intervento terapeutico (il tema

della domanda 25), è tuttora oggetto di un intenso dibattito tra gli esperti. Nonostante siano numerosissime le evidenze che dimostrano come bassi valori del colesterolo HDL si associano ad un aumento del rischio CV, ben pochi dati permettono di esplorare la reale variazione del rischio associata ad un aumento di questi valori ottenuto mediante interventi di correzione dello stile di vita o di natura farmacologica.

Le informazioni attuali sembrano suggerire che gli effetti delle statine sul valore del colesterolo HDL non contribuiscono all'effetto di protezione cardiovascolare

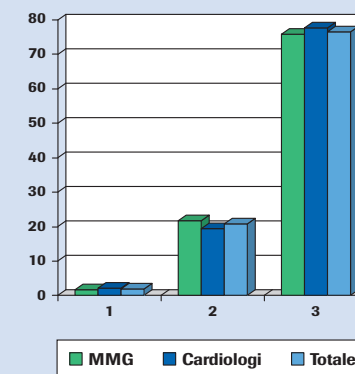
posseduto da queste molecole; gli effetti dei fibrati su questo parametro hanno un significato meno certo (alcuni trial sembrerebbero confermarlo, mentre altri forniscono risultati meno chiari).

Attualmente l'atteggiamento più condivisibile sul piano clinico pratico, probabilmente, prevede il tentativo di correggere i bassi valori del colesterolo HDL mediante interventi sullo stile di vita (come ritiene il 25% circa del campione). Gli interventi di natura farmacologica sono ancora da considerare, in un approccio “evidence based”, di efficacia ancora non provata.

*Commento alle risposte fornite alle domande 26 e 27*  
**“26) Nella SM quali modificazioni dello stile di vita sono consigliabili?”**

**21) Nei pazienti con SM e colesterolo LDL elevato, quale atteggiamento ti sembrerebbe corretto tenere, tra i seguenti:**

- 1) Ignorare la colesterolemia LDL, e concentrarsi sul valore di HDL-c e dei TG
- 2) Trattare la colesterolemia LDL come nei pazienti senza la SM
- 3) Trattare la colesterolemia LDL in modo aggressivo (target:  $< 100$  mg/dL)
- 4) Non saprei



Tab. 2

**“27) Tra gli interventi di correzione delle abitudini alimentari, quali ritieni più importanti nel paziente con SM?”**

Due domande del questionario si riferivano all'opinione dei MMG e dei cardiologi sull'utilità degli interventi di correzione dello stile di vita e delle abitudini alimentari nel trattamento della SM. Non si sono osservate differenze significative tra le risposte dei MMG e dei cardiologi su questo aspetto del questionario.

Alla domanda su quali siano le modificazioni dello stile di vita consigliabili nella SM, il 77% dei medici indicava correttamente il miglioramento della dieta, l'aumento dell'attività fisica e l'adozione di comportamenti che riducano il rischio cardiovascolare. Il 21% dei medici riteneva utile, oltre ai già citati fattori, la riduzione dello stress e un supporto psicologico che accompagni il paziente. Il rimanente 2% non rispondeva o non sapeva.

Questi risultati indicano che il campione di medici in studio, seppur non rappresentativo delle categorie dei MMG e dei cardiologi ma verosimilmente formato dai colleghi più attenti e interessati a tale tematica, mostra una buona conoscenza del trattamento non farmacologico dei soggetti con SM. Le linee-guida internazionali indicano chiaramente

come la riduzione del peso corporeo e una regolare attività fisica siano elementi indispensabili nella gestione del paziente con SM (*Task Force ESC 2007*). L'utilità della riduzione dello stress e dell'introduzione di un supporto psicologico che guidi il paziente nel cambiamento, in particolare delle sue abitudini alimentari, indicati solo da una minoranza di medici, sono effettivamente poco supportati da prove di efficacia (*Fappa 2008*). Per quanto concerne le abitudini alimentari atte a contrastare la SM, l'84% dei medici indicava correttamente come interventi più efficaci la riduzione dell'apporto di alimenti a elevato indice glicemico, la riduzione del consumo di cibi ricchi di grassi saturi e colesterolo e l'aumento del consumo di alimenti ricchi di fibre.

Commento alle risposte fornite alla domanda 28 (Tab. 3)

**“Nella SM quale terapia ipolipidemizzante preferisci prescrivere?”**

La domanda 28 chiedeva ai partecipanti di precisare le loro preferenze nella terapia ipolipidemizzante del paziente con SM. Era possibile selezionare più farmaci. Il dato più rilevante è la larga preferenza accordata alle statine (con circa il 90% di risposte positive, sia tra i cardiologi che tra i MMG), rispetto ai fibrati (circa il 30% delle risposte positive). Nuovamente, quindi, i farmaci con maggiore evidenza di azione protettiva sul rischio cardiovascolare vengono preferiti alla classe di molecole che, sul piano metabolico, sembra più “appropriata” per correggere le alterazioni tipiche della SM (bassi valori del colesterolo HDL ed elevati valori della trigliceridemia). Anche ezetimibe ottiene una discreta quota di citazioni, che sembrano venire soprattutto dal mondo cardiologico (30% vs 20% tra i MMG). La scarsa presenza della terapia con ezetimibe nei MMG può riconoscere diversi fattori: la necessità secondo la nota di utilizzare in prima istanza le statine più efficaci a dosaggio pieno e l'ezetimibe solo nel caso non si raggiunga il goal, e quindi come seconda scelta, il timore di controlli della ASL su farmaci costosi

che sono attentamente monitorati, ma anche lo scarso utilizzo da parte dei cardiologi dell'Ezetimibe nei soggetti a rischio che vengono trattati in Ospedale e presso i centri specialistici. I MMG tengono molto in considerazione le prescrizioni specialistiche soprattutto nei soggetti ad elevato rischio.

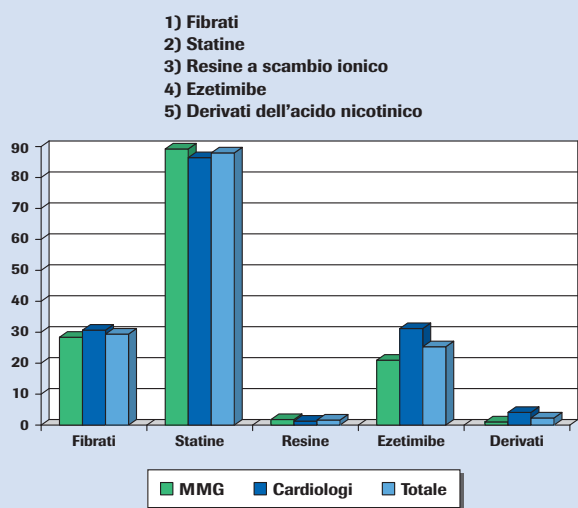
che sono attentamente monitorati, ma anche lo scarso utilizzo da parte dei cardiologi dell'Ezetimibe nei soggetti a rischio che vengono trattati in Ospedale e presso i centri specialistici. I MMG tengono molto in considerazione le prescrizioni specialistiche soprattutto nei soggetti ad elevato rischio.

Commento alle risposte fornite alla domanda 29

**“Nella SM quale terapia antiipertensiva preferisci prescrivere?”**

La risposta riflette bene il comportamento dei MMG, che prediligono gli ACE rispetto ai bloccanti dell'AT II (sartani). Sono infatti diffuse nel mondo della Medicina generale perplessità, sia correlate al costo dei sartani che alla mancata evidenza dei loro vantaggi rispet-

**28) Nella SM quale terapia ipolipidemizzante preferisci prescrivere (sono possibili più risposte)?**



Tab. 3

to agli ACE inibitori, che fanno prediligere questi ultimi in molti interventi terapeutici, tra cui quelli nel paziente con SM.

Commento alle risposte fornite alla domanda 30 (Tab. 4)

**“Nella SM con diabete quale terapia ipoglicemizzante preferisci prescrivere?”**

Il valore della Metformina nel paziente diabetico con SM è un concetto che è stato bene accolto dalla MMG, e che genera un comportamento terapeutico conseguente. È invece complesso interpretare i dati relativi ai glitazoni, che nella realtà dei dati Osmed (osservatorio nazionale di impiego dei farmaci) sono stati prescritti nel 2007 al 2,3 % dei pazienti diabetici, mentre secondo l'indagine i MMG prescriverebbero glitazoni nel 40% dei pazienti con diabete. La ragione di questa discrepanza non sono note.

Commento alle risposte fornite alla domanda 31 (Tab. 5)

**“Se prescrivi un glitazone, quale è il motivo principale di tale scelta?”**

Un MMG su due ed un cardiologo su tre non sembra condividere l'assunto, che emerge invece dalla letteratura sull'argomento, che i glitazoni non sono più efficaci della metformina

nel controllo glicemico; anche la tollerabilità di questa classe di farmaci non è ben nota. È possibile che queste incertezze siano dovute al fatto che solo da poco tempo gli MMG hanno ricevuto informazioni sistematiche su questi farmaci. Si conferma, dai dati dell'indagine, che i cardiologi non sono comunque significativi induttori di prescrizione dei glitazoni.

Commento alle risposte fornite alle domande 33-37

**“33) Hai suggerito modifiche nello stile di vita senza prescrivere farmaci a pazienti con la SM negli ultimi 5 anni?”**

**“34) Se sì, con quali risultati?”**

**“35) Con quale intervento sullo stile di vita hai ottenuto discreti o buoni risultati?”**

**“36) L'intervento sullo stile di vita è stato?”**

**“37) Sulla base della tua esperienza, ritieni che la sola modifica degli stili di vita, senza somministrazione di farmaci, sia efficace per controllare la SM (in assenza di diabete)?”**

Sono state poste alcune domande allo scopo di indagare se e in che modo i medici intervistati suggeriscano modifiche negli stili di vita dei loro pazienti nella pratica clinica quotidiana.

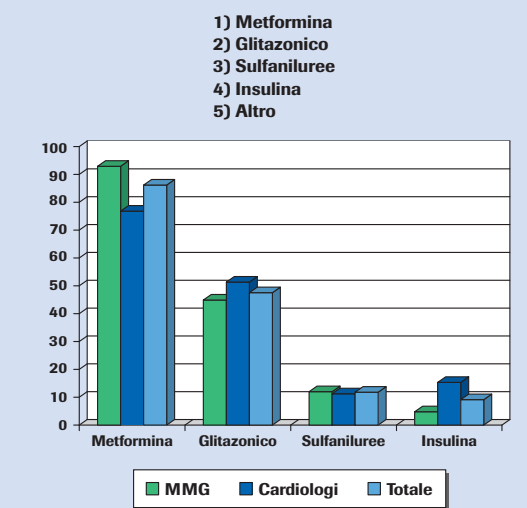
L'85% dei medici affermava di avere suggerito modifiche nello stile di vita dei propri assistiti senza prescrivere farmaci: di questi il 79% affermava che i risultati ottenuti erano stati discreti o buoni mentre il rimanente 21% li giudicava scarsi (nessun loro assistito

aveva modificato i parametri della SM). Il risultato appare incoraggiante poiché indica che il messaggio del cambiamento degli stili di vita, quale fattore prioritario nel trattamento della SM, oltre a essere conosciuto dalla maggior parte dei medici, è stato anche in larga parte trasmesso ai pazienti, con risultati che gli stessi medici definivano incoraggianti. Infatti l'86% dei medici riferiva di aver ottenuto buoni o discreti risultati attraverso la combinazione del cambiamento delle abitudini alimentari e di un aumento dell'attività fisica. L'intervento è stato, per la maggior

parte dei medici, solo temporaneo (meno di un anno); si evidenziano alcune differenze significative tra MMG e cardiologi, che riferiscono, nel 34% e nel 23%, rispettivamente, di aver condotto un intervento sugli stili di vita per molto tempo e continuato. Alla domanda “Ritieni che la sola modifica degli stili di vita sia efficace per il controllo della SM, in assenza di diabete?”, solo il 10% dei medici rispondeva negativamente. La maggior parte dei medici riteneva infatti che “sia sempre da tentare, anche se in molti casi è insufficiente”.

Tale risultato indica una certa fiducia dei medici nel cambiamento degli stili di vita come approccio terapeutico nei pazienti con SM ed è inoltre indice di una buona coerenza interna del questionario: il campione

**30) Nella SM con diabete quale terapia ipoglicemizzante preferisci prescrivere (sono possibili più risposte)?**

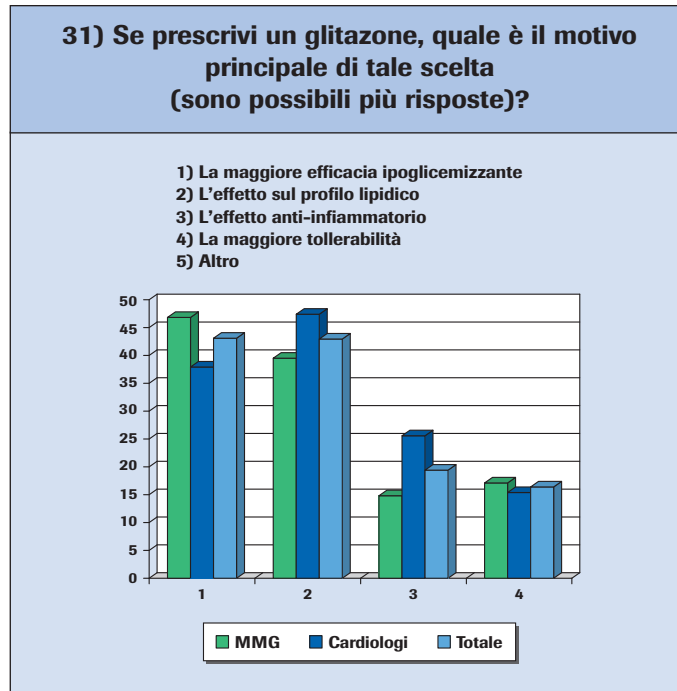


Tab. 4

di medici in studio, infatti, dimostra di conoscere gli stili di vita sani, riferisce di tentare spesso un cambiamento nei propri pazienti e pare avere fiducia in questo strumento.

La categoria dei MMG è comunque spaccata a metà tra quelli che credono all'efficacia dell'azione sullo stile di vita e quelli che invece ritengono inutile questo approccio. I MMG sono più convinti della bontà dell'approccio non farmacologico anche in virtù del fatto che il loro rapporto con il paziente è più frequente e duraturo e quindi è più facile controllare i risultati (peso, fumo, attività fisica). Vale comunque la pena di ricordare che a Brescia, da circa due anni, un gruppo di 40 medici MMG prescrive ai propri pazienti con rischio cardiovascolare globale alto o medio-alto alcune proposte di correzione dello stile di vita che vengono discusse e concordate con i pazienti stessi. I pazienti vengono controllati nel

tempo rispetto all'adesione agli impegni presi. L'esperienza sta producendo risultati positivi ed interessanti, ed andrebbe probabilmente estesa ad altre realtà provinciali o regionali.



Tab. 5

## Conclusioni

I risultati di questa indagine indicano che i medici intervistati, pur essendo un campione selezionato di medici di famiglia e cardiologi italiani e quindi non rappresentativo di tutti gli appartenenti alle rispettive categorie professionali, dimostrano una buona conoscenza della SM, dei suoi criteri diagnostici e dei principali approcci terapeutici che una corretta gestione della SM stessa prevede. Esiste in particolare una chiara consapevolezza dell'importanza dell'as-

sunzione di stili di vita sani nella prevenzione primaria e secondaria del rischio cardiovascolare sia nella SM che nel diabete.

## Bibliografia

- Fappa E, Yannakoulia M, Pitsavos C, Skoumas I, Valourdou S, Stefanadis C. Lifestyle intervention in the management of metabolic syndrome: could we improve adherence issues? *Nutrition*. 2008 Mar; 24: 286-91.
- Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 14 Suppl 2:S1-113.
- Gami AS, Witt BJ, Howard DE, Erwin PJ, Gami LA, Somers VK, Montori VM. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Am Coll Cardiol*. 2007; 49: 403-14.
- Grundy SM. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007; 92: 399-404.
- Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005; 112: 2735-52.
- Kahn R. Metabolic syndrome--what is the clinical usefulness? *Lancet*. 2008; 371: 1892-3.
- Sattar N, McConnachie A, Shaper AG, et al. Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes? Outcome data from two prospective studies. *Lancet*. 2008; 371: 1927-35.