

Impatto del diabete in medicina generale

Angelo Guarino

Medico di medicina generale
Legnago (VR)

Condotta da nove Mmg, questa indagine ha valutato la prevalenza del diabete in medicina generale, confermando il dato del 7% sul totale degli assistiti, come segnalato da altre ricerche. È emerso però che ancora diversi parametri non vengono indagati di routine, facendo emergere la necessità di criteri condivisi per lo screening del diabete, soprattutto per ricercare lo stadio prediabetico

Le più recenti stime riportano che la prevalenza del diabete in Italia è di circa il 6-7% della popolazione generale, dunque il numero di diabetici si aggirerebbe intorno ai 3 milioni. Si prevede che in tempi medi nei Paesi occidentali ci si avvicinerà a una prevalenza di circa il 10%. Di fronte a questa prospettiva le stesse Nazioni Unite hanno allertato gli Stati membri a prendere coscienza del problema diabete, invitandoli a intervenire con misure concrete di prevenzione.

Inoltre, vanno considerati i costi socio-sanitari: già oggi la cura del diabete incide per il 7-8% di tutta la spesa sanitaria, di cui circa il 50% è sostenuto dai costi relativi ai ricoveri ospedalieri per complicanze. Se non si interverrà energicamente in tempi brevi i costi diverranno insostenibili, con il conseguente rischio reale di uno scaldamento della qualità assistenziale.

In particolare, nell'ambito delle cure primarie il Mmg dovrebbe operare una prima selezione degli assistiti sulla base dei fattori di rischio noti (età, indice di massa corporea e circonferenza addominale, familiarità, etnia, iperlipidemia, ipertensione arteriosa, ecc), per scegliere quali sottoporre allo screening.

I valori di glicemia compresi fra 100 e 125 mg/dl, che definiscono la condizione di alterata glicemia a digiuno (IFG, Improved Fasting Glucose) e quelli compresi fra 140 e \leq 200 mg/dl dopo un carico di glucosio, che definiscono la ridotta tolleranza al glucosio (IGT, Impaired Glucose Tolerance), ovvero le situazioni definite prediabetiche nella pratica quotidiana, rappresentano probabilmente l'ambito più importante e cruciale suscettibile dell'intervento diretto del Mmg,

che può essere determinante per la salute futura del paziente a rischio di insorgenza e sviluppo diabetico.

Solide evidenze cliniche dimostrano che è possibile prevenire o ritardare la comparsa della malattia nella popolazione generale con alcuni tipi di trattamento farmacologico, ma soprattutto non-farmacologico, attraverso interventi sullo stile di vita.

Materiali e metodi

La nostra indagine ha esaminato nel 2009 i dati relativi alle cartelle cliniche della popolazione assistita da nove Mmg dell'Asl n. 21 di Legnago, mediante interrogazioni, query appositamente create, con il software gestionale della cartella clinica. A tale scopo, a ogni medico è stato preventivamente somministrato un questionario standardizzato e finalizzato all'estrazione dei dati da elaborare.

Risultati

Nel nostro campione, costituito da 11.552 assistiti in carico ai nove Mmg appartenenti al medesimo team distrettuale, si sono rilevati 802 diabetici, con una prevalenza stimata della patologia attorno al 6,9%.

Tale dato concorda con un'analisi epidemiologica effettuata nel 2006, sugli archivi inerenti circa 600mila assistiti, da 400 Mmg facenti parte di Health Search, in cui si riportava una prevalenza del 6,68%. Tuttavia, vi è la sensazione palpabile di una sottostima del dato reale, specie alla luce delle recenti acquisizioni e revisioni delle definizioni di malattia diabetica.

Ciò indica che un Mmg con 1.500 assistiti ha in carico oltre 100 pazienti

con diabete di tipo 2, soggetti che notoriamente comportano un impegnativo carico assistenziale.

A questo riguardo, un'indagine parallela svolta sugli assistiti di tre medici massimalisti associati in medicina di gruppo e facenti parte del team oggetto della ricerca, ha evidenziato che un diabetico accede in media, per visita e/o consulto, nell'ambulatorio 20-25 volte ogni anno, cioè ogni due settimane. Tale frequenza risulta quasi doppia rispetto a un assistito non diabetico, così come la necessità di esami, indagini e visite specialistiche da parte di questa categoria di pazienti. Inoltre, il 70% dei pazienti diabetici risulta avere perlomeno un fattore di rischio cardiovascolare associato, quali ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemia, fumo, obesità o, peggio, sindrome metabolica o familiarità per malattie cardio-cerebrovascolari.

Emerge, altresì, come essi assumano, mediamente, dai tre ai quattro "farmaci essenziali" continuativamente, individuati in un antidiabetico e/o un antipertensivo e/o una statina e/o un antiaggregante e/o un nitroderivato. Tornando agli 802 diabetici totali del nostro campione, si conferma la predominanza per il sesso maschile: 57% verso 43% della popolazione femminile.

Tale disparità, secondo gli esperti, sarebbe legata alla composizione ormonale. Negli uomini la presenza di ormoni maschili favorisce infatti la formazione di adipose addominali centripeto direttamente collegata all'insorgenza del diabete, mentre l'obesità tipicamente femminile, sul giro vita, non correla alla malattia.

I diabetici di tipo 1 rappresentano quasi il 5% della popolazione dei diabetici totali, pertanto ogni medico con

1.200-1.500 assistiti ha mediamente in carico circa 4-5 diabetici di tipo 1 e poco più di 100 diabetici di tipo 2.

Il 43.4% dei diabetici risulta seguito esclusivamente dal Mmg, la restante quota è condivisa con il centro diabetico del vicino ospedale.

La registrazione dell'indice di massa corporea (IMC) riguarda 380 diabetici, ovvero solamente il 47%, dato comunque maggiormente indagato di quanto non sia la misurazione della circonferenza vita che, tuttavia, non è stata inclusa nei parametri di ricerca specifica. L'emoglobina glicata risulta controllata semestralmente in 258 diabetici, vale a dire in circa 1/3 dei diabetici. Nel corso del 2009, 129 diabetici (16%) non hanno assunto alcun farmaco: in tale quota è ipotizzabile risultati efficace la sola prescrizione di un sano stile di vita. 422 diabetici (52%) sono in terapia con antidiabetici orali e, di costoro, 156 (19%) con la sola metformina. 251 diabetici (31%) necessitano di qualsiasi tipo di somministrazione insulinica, da sola o associata ad antidiabetici orali. I diabetici che hanno effettuato l'esame del fundus oculi sono risultati 204 (25%), mentre coloro che hanno eseguito una microalbuminuria sono risultati 149 (18.6% circa).

Per il 55.6% dei diabetici sono fruibili dati riguardanti almeno un profilo lipidico completo nel corso dell'anno esaminato, mentre solamente al 46% risulta essere stata registrata almeno una misurazione della pressione arteriosa. In quest'ultimo caso va considerata, tuttavia, la difficoltà di una puntuale registrazione del dato, soprattutto in periodi di ampia affluenza, per esempio quello influenzale, in cui gli ambulatori risultano spesso caotici e superaffollati.

A 95 diabetici (circa il 12%) sarebbe stata eseguita un'ispezione del piede, sebbene non sia chiarito se dal medico curante oppure dallo specialista.

■ Parametri scarsamente indagati

► **Fumo:** nell'evoluzione futura dell'indagine, l'inclusione del dato riguardante l'abitudine al fumo dei pazienti diabetici appare ineludibile. Scoprire che essi fumano percentualmente meno della

popolazione generale potrebbe essere fonte di incoraggiamento, oltre che di una certa soddisfazione per il lavoro del medico curante. Il tabagismo rappresenta, in particolare per il soggetto diabetico, un enorme rischio cardiovascolare aggiuntivo, tuttavia suscettibile di correzione e, dunque, di intervento da parte del medico. Purtroppo anche in questo caso, molte ricerche condotte in medicina generale evidenziano un'incompleta raccolta di tale elemento anamnestico nella popolazione generale e ancor più nelle popolazioni a rischio.

► **Fattori di rischio cardiovascolare associati al diabete:** lo studio della prevalenza di questi fattori dovrebbe essere incentivato ed esteso possibilmente a tutti gli assistibili dell'Asl oggetto di indagine.

► **Circonferenza addominale:** merita una particolare riflessione, in quanto è unanimemente ritenuta un importante parametro di valutazione di rischio cardiovascolare. È opinione comune che sia insufficientemente determinata e valutata: risulta annotata in meno del 20% dei 394 diabetici in carico ai tre Mmg della medicina di gruppo considerata in precedenza. La sua valenza pratica associata all'estrema semplicità nell'ottenerla e registrarla da parte del medico curante impone senza indugio il suo inserimento tra i criteri degni di indagine.

■ Criticità e limiti dell'indagine

L'indagine pilota ha messo in luce criticità e limiti, alcuni già considerati e attesi. In particolare, si è evidenziata un'apprezzabile difformità dei dati forniti dai singoli medici e, specificatamente, medici con attività, interessi o specialità inerenti le malattie metaboliche e obesità appaiono maggiormente sensibili all'indagine delle problematiche analizzate.

Esaminando in fattispecie alcuni parametri, per esempio il rilievo dell'IMC su tutti, tali differenze sono subito lampanti. Limitandosi a considerare il numero di diabetici "scovati" dai singoli medici, rapportato proporzionalmente al numero di assistibili, si notano differenze significative che, verosimilmente, trovano spiegazioni motivazionali, culturali e di impegno

nell'applicazione delle linee guida. Se a ciò si aggiunge il fatto che molti diabetici non sanno ancora di esserlo, si genera il dubbio su come valutare appieno il problema del diabete non diagnosticato e, soprattutto, dei soggetti prediabetici ad alto rischio. Infatti, l'intolleranza al glucosio aumenta il rischio cardiovascolare di oltre il 50% e un'alterata glicemia a digiuno lo incrementa di circa il 30%.

Nel campione dei 394 diabetici in carico ai tre medici della medicina di gruppo, per ogni soggetto diabetico ce ne sono 1.5-2 in stadio prediabetico, di cui almeno 1/3 parrebbe destinato a progredire verso il diabete conclamato.

Questa evenienza può essere scongiurata, o almeno ritardata, da provvedimenti adeguati e mirati sullo stile di vita del paziente e, se necessario, con la prescrizione di farmaci "ad hoc" da parte del curante. Gli interventi sullo stile di vita risultano tanto più efficaci quando effettuati tempestivamente sui soggetti selezionati. I farmaci probabilmente possono meno in questa fase precoce della malattia, ma vanno usati senza indugio per correggere anche un diabete iniziale, resistente al solo cambiamento dello stile di vita.

Molte indagini suggeriscono un impiego di farmaci spesso ritardato e perfino non adeguato nel diabete, il cui controllo risulta lontano dall'ottimale, dato che solo il 50% dei diabetici trattati mostra un'emoglobina glicata ≤ 7 , indice di buon compenso.

In definitiva, ci sembra chiaro che la mancanza di linee guida precise o di criteri condivisi per lo screening del diabete abbia relegato a lungo il prediabete nell'ombra, ma ora l'efficacia delle statine nella prevenzione cardiovascolare da un lato e l'impennata nella prevalenza di obesità e diabete di tipo 2 dall'altro, dimostrano che il problema deve essere affrontato in maniera più decisa e senza ulteriori indugi. Tutto ciò impone una riflessione e rafforzata la convinzione di volere proseguire con rinnovato impulso la raccolta ed l'elaborazione dei dati che, necessariamente supportati da una migliore codifica dei canoni e delle modalità di screening dei diabetici e prediabetici, potrebbero essere estesi a quelli in possesso dei medici dell'intera Asl.