IL RUOLO DEL MMG NELLA MODIFICA DELLO STILE DI VITA IN PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME METABOLICA

Medici in formazione Dr.ssa Rossella Puleo
Dr. Simon Seehauser

Tutor Dr.ssa Marlene Resch

Anno accademico 2019/2022

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
Corso di Formazione specifica in Medicina Generale

INDICE

ABSTRACT 2

Obiettivi 2
Motivo 3
Metodi 4

ABSTRACT AUF DEUTSCH 5

INTRODUZIONE 7

Definizione 7
Diagnosi 8
Epidemiologia 11
Trattamento 12

IL CONTESTO ALTOATESINO 13

Obiettivo 13

METODO 14

RISULTATI E DISCUSSIONE 15

Questionario ai MMG 15
Questionario ai pazienti 17

CONCLUSIONI 19

BIBLIOGRAFIA CITATA 21

ABSTRACT

La sindrome metabolica e le patologie ad essa associate costituiscono un problema di salute mondiale. L'incidenza di questa condizione patologica risulta in significativo aumento negli ultimi decenni, tanto da essere definita "epidemia mondiale"[1].

Identificare precocemente i soggetti che presentano questo insieme di alterazioni metaboliche, significa operare in modo preventivo sul rischio di insorgenza di malattie croniche gravemente debilitanti come il diabete di tipo 2 e le patologie cardiovascolari, ottenendo così non solo una riduzione dei costi della salute pubblica, ma anche, e soprattutto, un netto guadagno in termini di aspettativa di vita e riduzione della disabilità del paziente in cura.

È proprio nell'ottica della prevenzione e del monitoraggio dei pazienti maggiormente a rischio che si inquadra perfettamente il ruolo del medico di medicina generale, dal momento che egli rappresenta il punto di riferimento del paziente sul territorio, nonché il cardine dell'assistenza primaria ed è quindi per definizione in grado di attuare importanti strategie preventive.

Obiettivi:

1. Capire se e quanto i pazienti con sindrome metabolica, o ad alto rischio di svilupparla, siano informati dell'importanza della modifica dello stile di vita e dell'alimentazione nel trattamento della loro condizione al fine di ridurre il rischio cardiovascolare → questionario per i pazienti
2. Capire come e in che misura il MMG informi i suoi pazienti ad elevato rischio cardiovascolare (cioè quelli affetti da sindrome metabolica) sull'importanza della modifica dello stile di vita in termini di alimentazione e attività fisica. →questionario per i MMG

[1] James PT, *The obesity epidemic, metabolic syndrome and future prevention strategies*, in *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, vol. 11, n. 1, feb 2004, pp. 3–8, DOI:10.1097/01.hjr.0000114707.27531.48, PMID 15167200.

Motivo:

L'azione sulla modifica dello stile di vita in pazienti che presentano i criteri della sindrome metabolica ha un ruolo cruciale e dovrebbe essere intrapresa come prima linea di terapia.
Le linee guida della *American Heart Association* indicano la modifica dello stile di vita e delle abitudini alimentari come punto di partenza per il trattamento della sindrome metabolica[2].
La *International Diabetes Federation* afferma che per fare diagnosi di sindrome metabolica è indispensabile l'obesità addominale[3].

Da qui l'estrema importanza della adeguata informazione e conseguente motivazione ai pazienti. In questo senso è evidente che la posizione del MMG sia la migliore per far sì che il paziente a rischio possa intraprendere una strada di consapevolezza e conseguente modifica dello stile di vita al fine di ridurre il rischio di incidenza di eventi avversi cardiovascolari. Il MMG infatti è la prima figura medica di riferimento per il paziente, nonché colui che, seguendo l'individuo nel tempo, ha la possibilità di effettuare una valutazione duratura dell'andamento della terapia e delle condizioni fisiche del suo assistito.

- Ma quanto sono consapevoli i pazienti del fatto che in alcuni casi il cambiamento della dieta e la conseguente perdita di peso potrebbe essere sufficiente per ottenere un grande risultato in termini di miglioramento della qualità di vita e riduzione dei rischi per la salute?
- E quanto i MMG informano i loro assistiti in questo senso prima o contestualmente alla prescrizione di una terapia farmacologica?

---

[2] Wong ND (2007): Metabolic syndrome: cardiovascular risk assessment and management. Am J Cardiovasc Drugs 7:259-272.

[3] Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J (2006). Metabolic syndrome – a new world- wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. Diabetic Medicine 23: 469-480.

Metodi:

Per capire questo, abbiamo redatto due questionari. Il primo, rivolto ai pazienti affetti da sindrome metabolica, o con 2 criteri di rischio, che abbiamo avuto modo di incontrare durante la frequenza dei tirocini presso i MMG nelle diverse aree della Provincia Autonoma di Bolzano, il secondo rivolto invece ai MMG che hanno aderito alla nostra ricerca.

Il questionario per i pazienti in particolare era volto a comprendere quanto e in che modo l'assistito fosse informato della possibilità di trattare la sua condizione anche solo con una modifica della dieta e non immediatamente e necessariamente con l'impostazione di una terapia farmacologica.

Nel questionario rivolto ai MMG invece abbiamo indagato l'abitudine dei colleghi ad effettuare colloqui "motivazionali" con i proprio assistiti al fine di indirizzarli ad un corretto stile di vita -in particolare all'attenzione alla dieta- e la loro tendenza alla prescrizione di visite dietologiche con l'obiettivo di favorire la perdita di peso e la conseguente riduzione di uno dei fattori più importanti che caratterizzano la sindrome metabolica[4 5 6].

[4] Widal J (2002). Updated review on the benefits of weight loss. Int J Obes 26: S25- S28.

[5] Wagh A, Stone NJ (2004). Treatment of metabolic syndrome. Expert Rev Cardiovasc Ther 2: 213-228

[6] Goldstein DJ (1992). Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 16: 397-415.

ABSTRACT AUF DEUTSCH

Das metabolische Syndrom und die damit assoziierten Erkrankungen stellen ein globales Gesundheitsproblem dar. Die Inzidenz des Syndroms hat im Laufe der Jahrzehnte derart zugenommen, dass von einer „globalen Epidemie“ gesprochen wird.

Patienten mit metabolischem Syndrom frühzeitig erkennen und behandeln, bedeutet Prävention zu leisten bezüglich chronischer Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 oder kardiovaskulärer Erkrankungen. Somit kann neben einer Kostenreduktion für das öffentliche Gesundheitssystem vor allem die Lebenserwartung und die Lebensqualität eines Patienten gesteigert werden.

Insbesondere in der Prävention und Betreuung von Patienten mit bekannten Risikofaktoren zeigt sich eine Kernaufgabe des Arztes für Allgemeinmedizin. Als direkte Bezugsperson des Patienten in der Grundversorgung kann er hier frühzeitig wichtige Präventivmaßnahmen einleiten.

Zielsetzung und Fragestellung:

Die Lebensstilintervention bei Patienten mit metabolischem Syndrom nimmt eine Schlüsselrolle ein. So werden in den Leitlinien der American Heart Association die Lebensstilmodifikatioin mit Ernährungsumstellung als Erstmaßnahme für die Behandlung des metabolischen Syndroms genannt.
Hier ergibt sich die Wichtigkeit der ausführlichen Information und der Motivation der Patienten. In der Position als Arzt für Allgemeinmedizin bietet sich die Möglichkeit die Patienten davon zu überzeigen durch Lebensstilmodifikation das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen zu reduzieren. Der Hausarzt kann durch die Betreuung im zeitlichen Verlauf langfristig den körperlichen Status seines Patienten verfolgen und die Therapie fortlaufend überprüfen.

-Aber inwiefern wissen die Patienten, dass in einigen Fällen die Lebensstilmodifikation, auch eine dadurch erreichte Gewichtsreduktion ausreichend sein könnte um eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen und um das Risiko für bestimmte Erkrankungen zu senken?

-Und wie informieren Hausärzte ihre Patienten diesbezüglich vor oder bei Beginn einer medikamentösen Therapie?

1. Inwiefern sind Patienten mit metabolischem Syndrom überhaupt informiert über die Wichtigkeit einer Lebensstilmodifikation als Grundlage der Behandlung und zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos -> Fragebogen an die Patienten
2. Wie und in welcher Form informiert der Arzt für Allgemeinmedizin seine Patienten mit metabolischem Syndrom über die Wichtigkeit der Lebensstilmodifikation bezugnehmend auf Ernährung und körperliche Aktivität -> Fragebogen an Ärzte für Allgemeinmedizin.

Material und Methoden

Für die Beantwortung der Fragestellung wurden 2 Fragebögen ausgearbeitet. Der erste Fragebogen wurde während der Praktika bei Hausärzten an die Patienten gerichtet.

Der zweite Fragebogen wurde über email an die Ärzte für Allgemeinmedizin verschickt.

INTRODUZIONE

Definizione:

La sindrome metabolica (MS) è un insieme di condizioni che includono: obesità addominale, aumento della glicemia, ipertensione, alterati valori di colesterolo HDL e trigliceridi nel sangue. Possiamo riassumere quindi in questo modo:

- Presenza di una **quantità eccessiva di grasso corporeo**, specie a livello addominale: il cosiddetto grasso viscerale, con variazione del rapporto peso altezza (cosiddetto Body Mass Index BMI), ma anche legato all'eccessiva circonferenza vita.
- **Elevati valori di colesterolo LDL e trigliceridi nel sangue**.
- **Ipertensione arteriosa** (valori pressori>140/90).
- Bassi livelli di colesterolo HDL (il colesterolo cosiddetto "buono").
- **Resistenza all'insulina**, ormone che aiuta a regolare la quantità di zucchero presente nell'organismo a livello periferico nei cosiddetti organi bersaglio (fegato, muscolo, tessuto adiposo) con conseguente iperglicemia.
- Iperuricemia.

Nonostante il maggior rischio di sviluppare in futuro condizioni come il diabete e varie patologie cardiovascolari, chi soffre di sindrome metabolica spesso non presenta sintomi e afferma, perlopiù, di "sentirsi bene". Anche in assenza di una sintomatologia specifica, quindi, particolare attenzione deve essere posta ai diversi **fattori di rischio** (come obesità addominale, ipertensione, resistenza all'insulina, elevati livelli di trigliceridi nel sangue, bassi livelli di colesterolo HDL e familiarità con malattie come il diabete), che possono predisporre allo sviluppo di questa sindrome.

Diagnosi:

La sindrome metabolica viene diagnosticata quando sono presenti 3 o più dei seguenti fattori di rischio:

- presenza di grande quantità di tessuto adiposo addominale (sono considerati patologici valori superiori a 94 cm di circonferenza addominale nell'uomo e a 80 cm nella donna)
- obesità (BMI>30)
- bassi livelli di colesterolo HDL (sono considerati livelli a rischio meno di 40 mg/dl nell'uomo e meno di 50 mg/dl nella donna);
- Valori di **trigliceridi** superiori a 150 mg/dl;
- Valori di pressione arteriosa (maggiore di 140 la sistolica o maggiore di 90 la diastolica o entrambe)
- Glicemia a digiuno superiore a 100 mg/dl.

I criteri classificativi della sindrome metabolica spesso non sono ben definiti e sono oggetto di discussione.

L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS; World Health Organization – WHO) fu la prima, nel 1998, a pubblicare dei criteri per la definizione della sindrome metabolica, accettati a livello internazionale. Questi sono stati i criteri maggiormente utilizzati fino al 2002, quando è stato pubblicato il terzo report del "National Cholesterol Education Program expert panel" riguardante la rilevazione, diagnosi e trattamento dell'ipercolesterolemia nell'adulto.

Nel 2005, l'*American Heart Association (AHA)*, in collaborazione con la *NHLBI*, ha quindi diffuso un trattato riguardante la sindrome metabolica, nel quale venivano riportati una serie di criteri per la definizione di tale affezione. Al fine di armonizzare i criteri e fornire dei parametri utili in tema di migliore gestione di questi pazienti, oltre che di ricerca, nel 2009 le società *International Diabetes Federation*, *NHLBI*, *AHA*, *World Heart Federation* e *International Association for the Study of Obesity* hanno infine pubblicato un documento di consenso nel quale la circonferenza della vita,

insieme a criteri specifici di popolazione e del paese di origine, ha sostituito l'obesità come misura dello stato corporeo [7] [8].

[7] American Heart Association. What is Metabolic Syndrome? (2015)

[8] National Heart, Lung, and Blood Institute. Metabolic Syndrome. Available online at https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/metabolic-syndrome. (2013)

La tabella sottostante riassume i 4 pannelli utilizzati:

VALUTAZIONE CLINICA	**WHO 1998**	**AHA/NHLBI**	**CRITERI ARMONIZZATI 2009**
Criteri per la diagnosi	Insulinoresistenza + 2 criteri sottostanti	3 dei criteri sottostanti	Obesità definita come circonferenza addominale + 2 criteri sottostanti
Circonferenza addominale		>= 102 cm uomini >= 88 cm donne	>=95 cm uomini >= 80cm donne
BMI	BMI >30 kg/m2		
Trigliceridi	>= 150 mg/dl	>=150 mg/dl o pz in terapia per ipertrigliceridemia	>=150 mg/dl o pz in terapia per ipertrigliceridemia
HDL	<35 mg/dl uomini <39 mg/dl donne	<40 mg/dl uomini <50 mg/dl donne o pz in terapia con statine	<40 mg/dl uomini <50 mg/dl donne o pz in terapia con statine
PAO	>= 140/90 mmHg	sistolica>= 130 o diastolica >=85 o pz in terapia con iantipertensivi	sistolica>= 130 o diastolica >=85 o pz in terapia con iantipertensivi
Glucosio	Ridotta tolleranza al glucosio, alterata glicemia a digiuno o DMII	Glicemia a digiuno >100 mg/dl o pz in terapia per diabete	Glicemia a digiuno >100 mg/dl
Insulino-resistenza	Sì	No	No
Albuminuria	Sì	No	No

Epidemiologia:

La prevalenza della sindrome metabolica aumenta con l'aumentare dell'età e, con variazioni dovute ai criteri diagnostici e classificativi utilizzati; si stima che in Italia interessi circa il 25-35% della popolazione.
La categoria di persone maggiormente a rischio è rappresentata da soggetti anziani, inattivi e in sovrappeso, con particolare accumulo di grasso in corrispondenza della zona addominale[9].

C'è da aggiungere che la prevalenza della sindrome metabolica può modificarsi a seconda delle variabili che vengono considerate, come l'età, il sesso, la razza e lo stile di vita. Quando vengono utilizzati i criteri dell'Organizzazione mondiale della sanità (*OMS*), la prevalenza della sindrome varia dal 2 al 15% a seconda della popolazione e dell'età, ma negli Stati Uniti è stimata intorno al 22%, andando da un minimo del 6,7% in età comprese fra i 20 e i 43 anni, al 43,5% in soggetti superiori ai 60.

Utilizzando invece la definizione di sindrome metabolica dell'*International Diabetes Federation* (IDF) e del *National Cholesterol Education Program*, la prevalenza è stimata ad oltre il 30% negli Stati Uniti. Se utilizziamo i criteri dell'*Adult Treatment Panel*, la prevalenza viene stimata intorno al 22% ciò è una chiara dimostrazione di quanto i fattori che determinano la sindrome e le loro associazioni, possano condurre a risultati differenti: **la sindrome metabolica è un cluster di fattori di rischio cardiometabolico associati a un aumentato rischio di malattie croniche multiple, tra cui le neoplasie e le malattie cardiovascolari**[10]

In Europa, la prevalenza della sindrome metabolica nei bambini varia dal 33% nel Regno Unito al 27 e il 9%, rispettivamente in Turchia e Ungheria. In Spagna un altro studio ha dimostrato che la prevalenza è del 17-18% nella popolazione pediatrica

---

[9] Moore J, et al. Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–2012. Available online at https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/16_0287.htm

[10] JX. Moore, N. Chaudhary; T. Akinyemiju, *Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-2012.*, in *Prev Chronic Dis*, vol. 14, Mar 2017, pp. E24, DOI:10.5888/pcd14.160287, PMID 28301314

con obesità moderata[11]. Una recente meta-analisi che contiene studi pubblicati dal 2008 al 2014 condotti su popolazioni asiatiche ed europee, conferma che l'eziologia della sindrome metabolica nei fanciulli è legata all'impatto a lungo termine che si sviluppa sin dalla fase iniziale della vita e indica che l'intervento precoce è necessario sia per il sovrappeso sia per l'obesità: questi risultati potrebbero indirizzare il personale infermieristico dedicato ai piccoli a riconoscere il rischio nella prima infanzia e ad attuare l'intervento preventivo[12].

Trattamento:

→ Modifica dello stile di vita, in particolare **perdita di peso**, con raggiungimento di un BMI di ca. 25[13] [14].

→ Trattamento farmacologico: al fine di controllare le comorbidità[15]. I farmaci usati sono quelli che limitano i danni della dislipidemia, dell'ipertensione arteriosa e del diabete mellito, nonché dello stato protrombotico[16].

---

[11] MT Muñoz Calvo, *Síndrome metabólico* (**PDF**), in *Pediatr Integral*, XI, n. 7, 2007, pp. 615-622.

[12] J. Kim, I. Lee; S. Lim, *Overweight or obesity in children aged 0 to 6 and the risk of adult metabolic-syndrome: A systematic review and meta-analysis.*, in *J Clin Nurs*, Mar 2017, DOI:10.1111/jocn.13802, PMID 28295797.

[13] A. Ensenyat *et al.*, *Metabolic risk management, physical exercise and lifestyle counselling in low-active adults: controlled randomized trial (BELLUGAT).*, in *BMC Public Health*, vol. 17, n.1, Mar 2017, p. 257, DOI:10.1186/s12889-017-4144-8, PMID 28292282

[14] John Willis Hurst, *Il cuore*, a cura di Alberto Zanchetti, 12ª ed., Milano, McGraw-Hill, 2009 [2008], pp. 2064-2078, ISBN 978-88-386-3943-2.

[15] Ivi.

[16] Ivi.

IL CONTESTO ALTOATESINO

Obiettivo

È alla luce di questi numeri significativi di popolazione colpita dalla condizione in esame, nonché dell'elevato rischio per la salute a cui è associata la Sindrome Metabolica, che abbiamo deciso di valutare la situazione attuale nel contesto altoatesino.

Obiettivo di questa indagine era quello di verificare la prevalenza della popolazione colpita da SM negli studi dei MMG da noi frequentati durante l'attività pratica della Formazione, (1.) verificando quanto e in che modo i pazienti siano informati riguardo alla loro condizione.

Della sindrome metabolica colpisce infatti, che il primo criterio di trattamento, nonché il principale e senz'altro più efficace sia il cambiamento dello stile di vita, che preveda in particolare l'aumento dell'attività fisica e modifica dell'alimentazione, con riduzione di grassi e zuccheri semplici.

Interessante anche capire (2.) in che modo i MMG in Alto Adige affrontino la condizione clinica di questi pazienti, intervenendo nel favorire la modifica delle abitudini di vita dei propri assistiti.

METODO

Lo studio è stato condotto tra Aprile 2022 e Giugno 2022 attraverso un questionario studio-specifico recapitato ad un gruppo di Medici di Medicina Generale dell'Alto Adige di persona e, in un secondo momento per e-mail (inviata ad una lista di Medici messa a disposizione dall'Istituto di Medicina Generale). Un totale di 76 MMG ha risposto al nostro questionario. E' stato richiesto ai Colleghi di rispondere a 5 rapidi quesiti a scelta multipla relativi ad aspetti gestionali del trattamento di pazienti ad elevato rischio cardiovascolare. Abbiamo chiesto inoltre se, per l´esperienza dei Colleghi, trattamenti non farmacologici, ma volti a modificare lo stile di vita dell´assistito, abbiano portato dei risultati.

Lo studio sui pazienti è stato messo in atto sottoponendo ad un breve questionario pazienti da noi visitati nel contesto del Tirocinio presso i MMG altoatesini ed identificati come "a rischio", in quanto affetti da ipertensione, diabete, dislipidemia, obesità (n. 35).

Le nostre domande erano volte ad indagare la consapevolezza del paziente rispetto all´importanza della modifica dello stile di vita, nello specifico della dieta, nella prevenzione di malattie cardiovascolari e, nel caso, quale fosse la figura considerata di riferimento per tale intervento. Abbiamo inoltre cercato di indagare la soddisfazione del paziente stesso in merito alla precedente adesione ad un intervento non farmacologico (es. dieta) volto a modificare l´andamento della propria condizione patologica.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Questionario ai MMG:

I risultati dei nostri questionari per i MMG mettono in evidenza che la quasi totalità dei Colleghi interpellati (99%) ritiene che sia utile iniziare un trattamento non farmacologico dei pazienti affetti da SM.

Secondo il parere dei MMG, anche i pazienti stessi in sede di visita ambulatoriale risultano perlopiù interessati a questo tipo di trattamento e ben disposti a mettere in atto la modifica delle proprie abitudini di vita (70%).

Nella nostra ricerca inoltre, abbiamo cercato di definire la modalità con cui preferibilmente i Colleghi scelgono di informare i pazienti a rischio sull'importanza della modifica delle abitudini alimentari: la maggior parte degli intervistati ha in questo caso rivelato la predilezione per materiale informativo come depliant e fogli illustrativi, talora redatti dai Colleghi stessi, talvolta di provenienza da giornali o articoli di divulgazione scientifica (45%), piuttosto che mezzi informatici, come applicazioni online (12%), forse maneggiabili più facilmente da una platea più giovane. Il 39% dei nostri intervistati invece, afferma di non utilizzare alcuno strumento specifico.

Abbiamo indagato se questo tipo di intervento abbia anche portato a dei risultati tangibili nel tempo, secondo il parere dei nostri colleghi. Il risultato in questo caso è chiaramente molto variabile. Ciò è dimostrato anche dalle risposte dei MMG, che affermano di aver ottenuto successo nel counselling in circa la metà dei casi (51%).

In ultimo, consapevoli delle difficoltà in termini di gestione del tempo a disposizione da parte dei Colleghi, ci siamo domandati se il MMG nella propria pratica clinica ritenga di avere effettivamente a disposizione il tempo necessario per dedicarsi a questo tipo di counselling. La risposta è stata affermativa per il 59% dei Medici intervistati, dimostrazione verosimilmente del fatto che, anche se apparentemente il counselling del paziente per questi argomenti possa sembrare un'attività lunga e impegnativa, nonché magari priva di effettivi risultati pratici, per la verità invece potrebbe non solo non richiedere un dispendio eccessivo di tempo, ma anche rappresentare un metodo di trattamento appagante in termini di risultati ottenuti.

Questo dato coincide in effetti con la letteratura, che mette in evidenza come gli sforzi fatti finora con campagne di informazione e prevenzione abbiano portato negli anni ad una riduzione degli eventi cardiovascolari[17].

FIGURA A[18].

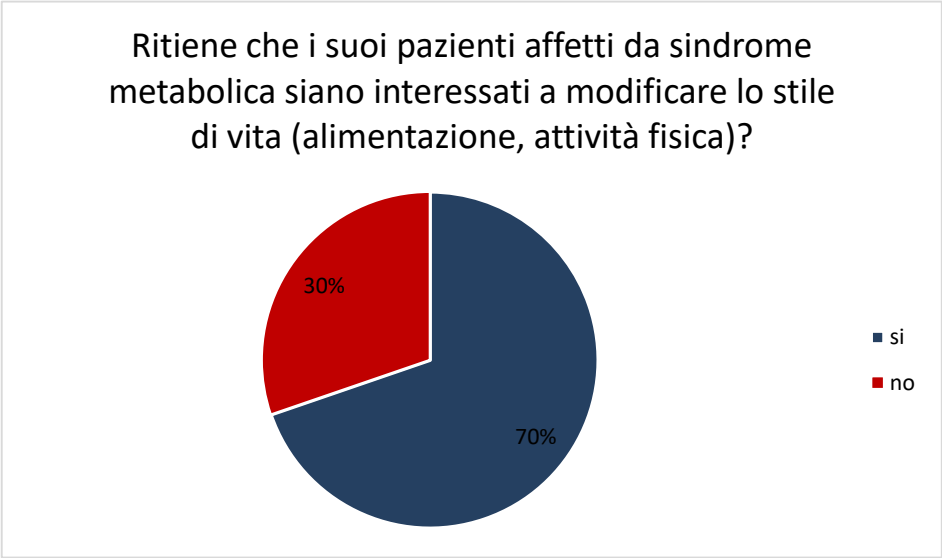
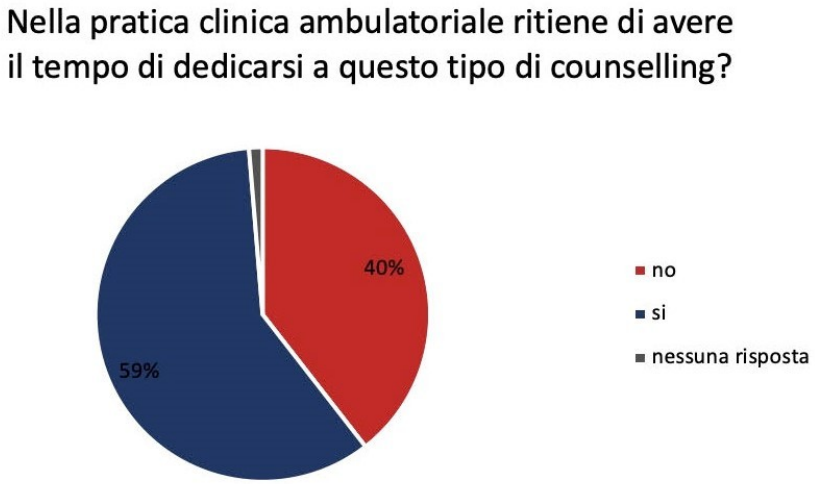


FIGURA B[19]**.**



[17] American Heart Association. What is Metabolic Syndrome? (2015)

[18] **FIGURA A**. Il grafico è stato realizzato dalla dottoressa Rossella Puleo e dal dottor Simon Seehauser sulla base dei risultati ottenuti dallo studio.

[19] **FIGURA B**. Il grafico è stato realizzato dalla dottoressa Rossella Puleo e dal dottor Simon Seehauser sulla base dei risultati ottenuti dallo studio.

Questionario ai pazienti:

Nei nostri questionari abbiamo cercato di capire quanto i pazienti affetti da SM - o ad alto rischio in questo senso- siano consapevoli del fatto che il trattamento dietetico costituisca la base della terapia della SM e che possa portare ad ottimi risultati anche in assenza di ulteriore terapia farmacologica. Nel questionario da noi redatto, abbiamo chiesto anche chi avesse avuto il ruolo di consigliare la modifica dello stile di vita al paziente e se questo trattamento non farmacologico avesse portato a dei risultati in termini di perdita e di peso e conseguente riduzione del rischio cardiovascolare.

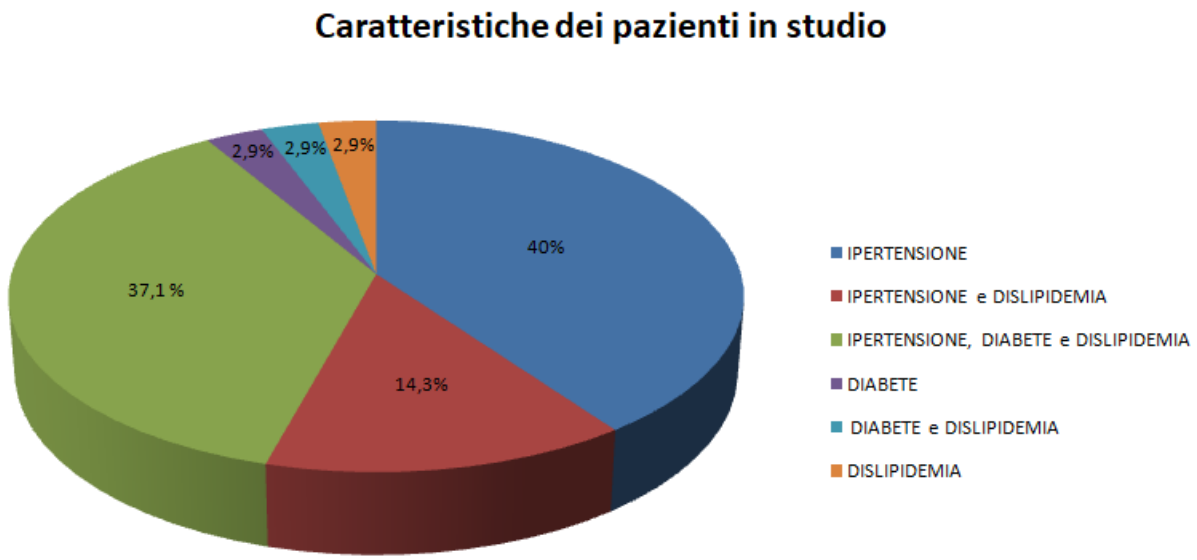
Dei nostri intervistati affetti da SM (35 pazienti) il 100% presentava sovrappeso o obesità, accompagnati da ipertensione nel 91,4% dei casi (n.32), diabete conclamato nel 42,8% (n.15). Il 57,1% dei pazienti (n.20) presentava in associazione all'eccesso di peso dislipidemia (ipercolesterolemia).
Del totale dei pazienti da noi selezionati inoltre, il 37,1% (n.13) presentava al contempo ipertensione, diabete e dislipidemia. Il 14,3% (n.5) di loro soffriva di ipertensione e dislipidemia, un solo paziente (2,8%) presentava diabete e dislipidemia, un altro diabete ed obesità, 14 pazienti (40%) soffrivano contemporaneamente di ipertensione ed obesità, configurandosi, secondo le linee guida, come borderline nella definizione stretta di SM.
La totalità degli intervistati affermava di essere a conoscenza del fatto che il trattamento dietetico possa dare benefici per la propria condizione clinica e l´88,5% di loro (n.31) riferiva di aver preso seriamente in considerazione la possibilità di effettuare un trattamento dietetico. Il 60% degli intervistati (n. 21) riportava di essere stato consigliato dal proprio Medico Curante per intraprendere il trattamento dietetico. Il 17,2% invece (n. 6) sarebbe stato indirizzato a terapia dietetica dallo Specialista (perlopiù diabetologo) e il restante 22,8% (n.8) avrebbe intrapreso invece la scelta in autonomia. I pazienti portati a cui il Curante aveva consigliato di intraprendere il trattamento dietetico inoltre (60% del totale degli intervistati) riporta di aver ricevuto i consigli dietetici proprio dal Curante stesso.

Interessante inoltre che, dal punto di vista dei pazienti esaminati, il trattamento non farmacologico volto alla modifica dello stile di vita in termini di riduzione dell'introito calorico e aumento dell'attività fisica, abbia portato dei benefici tangibili nel 90% dei

casi! E ciò in termini non solo di calo ponderale, ma anche di miglioramento dei valori glicemici, colesterolemia, pressione arteriosa.

Quest'ultimo punto assume un valore chiave dal nostro punto di vista. È essenziale infatti che, a fronte di una modifica significativa delle abitudini alimentari e, più in generale, di vita, i pazienti abbiano la possibilità di "toccare con mano" il miglioramento delle proprie condizioni di salute e che abbiano, per così dire, la concreta percezione di un maggiore benessere, a fungere da rinforzo positivo per mantenere una dirittura consecutiva nella conduzione di uno stile di vita sano.

FIGURA C[20]



[20] **FIGURA C**. Il grafico è stato realizzato dalla dottoressa Rossella Puleo e dal dottor Simon Seehauser sulla base dei risultati ottenuti dallo studio.

CONCLUSIONI

Come afferma la letteratura, l'epidemia – come ormai viene definita- caratterizzata da obesità/sindrome metabolica potrebbe sfociare in una catastrofe sociale con milioni di persone affette dal problema nel XXI secolo, anche per le sue correlazioni con patologie neoplastiche[21] [22].

Alla luce della ricerca da noi effettuata, possiamo concludere che il ruolo del Medico di Medicina Generale nell'individuazione e nel counselling dei pazienti a maggior rischio di eventi cardiovascolari, come coloro che soffrono di sindrome metabolica è cruciale. Il MMG rappresenta infatti la prima figura professionale di medico a cui il paziente si affida non solo in caso di necessità, ma anche in situazioni di semplice controllo di routine. Questo ci pone in una posizione estremamente vantaggiosa, sia per l'individuazione precoce dei fattori di rischio, che per la vera e propria attività di informazione e, perché no, di formazione del paziente che decide di affidarsi a noi.

Durante la nostra ricerca abbiamo potuto valutare come, anche nelle piccole realtà degli ambulatori di Medicina Generale altoatesini in cui siamo riusciti ad operare, la frequenza di soggetti con fattori di rischio significativi per eventi cardiovascolari è piuttosto elevata, abbiamo messo inoltre in evidenza che 1. I pazienti che presentano comorbidità tali da farli rientrare nella complessa definizione di Sindrome Metabolica nella maggior parte dei casi sono più che disposti ad intraprendere un percorso di modifica delle abitudini di vita (per quanto difficoltoso possa apparire); 2. I MMG rappresentano anche per i nostri pazienti altoatesini il primo punto di riferimento per attivare strategie di prevenzione, un'arma, se così vogliamo chiamarla, che ci può dare davvero molti vantaggi al fine di ridurre in modo significativo il rischio CV di questi pazienti, nonché la loro qualità di vita.

---

[21] Venniyoor, *The most important questions in cancer research and clinical oncology-Question 2-5. Obesity-related cancers: more questions than answers.*, in *Chin J Cancer*, vol. 36, n. 1, Jan 2017, p. 18, DOI:10.1186/s40880-017-0185-8, PMID 28143590

[22] Ranasinghe, Y. Mathangasinghe; R. Jayawardena; AP. Hills; A. Misra, *Prevalence and trends of metabolic syndrome among adults in the asia-pacific region: a systematic review.*, in *BMC Public Health*, vol. 17, n. 1, Jan 2017, p. 101, DOI:10.1186/s12889-017-4041-1, PMID 28109251

Resta comunque molto da fare, lo affermano anche i dati statistici, in termini di counselling e prevenzione[23]. Alla luce delle evidenze scientifiche risulta chiaro come le malattie metaboliche rappresentino oggi una priorità nell'ambito della Sanità Pubblica. Tale sfida deve essere necessariamente affrontata attraverso il contrasto dei fattori di rischio a fini preventivi e l'implementazione di adeguati servizi assistenziali a fini terapeutici. Tali misure, tuttavia, non possono prescindere da una continua sensibilizzazione della popolazione in merito ai corretti stili di vita[24].

[23] Ivi.

[24] Rapporto Osservasalute 2020_01 prex 17/05/2021 13:17 Pagina 187.

BIBLIOGRAFIA CITATA

James PT, *The obesity epidemic, metabolic syndrome and future prevention strategies*, in *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, vol. 11, n. 1, feb 2004, pp. 3-8, DOI:10.1097/01.hjr.0000114707.27531.48, PMID 15167200.

Wong ND (2007): Metabolic syndrome: cardiovascular risk assessment and management. Am J Cardiovasc Drugs 7:259-272.

Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J (2006). Metabolic syndrome – a new world- wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. Diabetic Medicine 23: 469-480.

Widal J (2002). Updated review on the benefits of weight loss. Int J Obes 26: S25- S28.

Wagh A, Stone NJ (2004). Treatment of metabolic syndrome. Expert Rev Cardiovasc Ther 2: 213-228

Goldstein DJ (1992). Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 16: 397-415.

American Heart Association. What is Metabolic Syndrome? (2015)

National Heart, Lung, and Blood Institute. Metabolic Syndrome. Available online at https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/metabolic-syndrome. (2013)

Moore J, et al. Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–2012. Available online at https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/16_0287.htm.

JX. Moore, N. Chaudhary; T. Akinyemiju, *Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-2012.*, in *Prev Chronic Dis*, vol. 14, Mar 2017, pp. E24, DOI:10.5888/pcd14.160287, PMID 28301314

MT Muñoz Calvo, *Síndrome metabólico* (**PDF**), in *Pediatr Integral*, XI, n. 7, 2007, pp. 615-622.

J. Kim, I. Lee; S. Lim, *Overweight or obesity in children aged 0 to 6 and the risk of adult metabolic-syndrome: A systematic review and meta-analysis.*, in *J Clin Nurs*, Mar 2017, DOI:10.1111/jocn.13802, PMID 28295797.

John Willis Hurst, *Il cuore*, a cura di Alberto Zanchetti, 12ª ed., Milano, McGraw-Hill, 2009 [2008], pp. 2064-2078, ISBN 978-88-386-3943-2.

A. Ensenyat *et al.*, *Metabolic risk management, physical exercise and lifestyle counselling in low-active adults: controlled randomized trial (BELLUGAT).*, in *BMC Public Health*, vol. 17, n. 1, Mar 2017, p. 257, DOI:10.1186/s12889-017-4144-8, PMID 28292282

Ranasinghe, Y. Mathangasinghe; R. Jayawardena; AP. Hills; A. Misra, *Prevalence and trends of metabolic syndrome among adults in the asia-pacific region: a systematic review.*, in *BMC Public Health*, vol. 17, n. 1, Jan 2017, p. 101, DOI:10.1186/s12889-017-4041-1, PMID 28109251

Venniyoor, *The most important questions in cancer research and clinical oncology-Question 2-5. Obesity-related cancers: more questions than answers.*, in *Chin J Cancer*, vol. 36, n. 1, Jan 2017, p. 18, DOI:10.1186/s40880-017-0185-8, PMID 28143590

Rapporto Osservasalute 2020_01 prex 17/05/2021 13:17 Pagina 187