



ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA
ITALIAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

XXIII CONGRESSO NAZIONALE AIMEF

Gestione condivisa del diabete tipo 2 ed innovazione terapeutica: ruolo del MMG e del Diabetologo



Maria Masulli

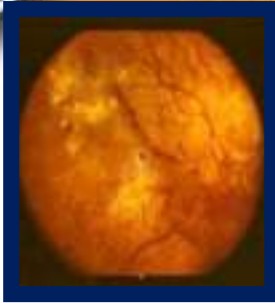
Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia

Università di Napoli Federico II

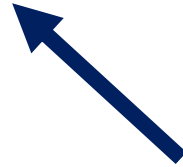
Presidente del Congresso
Dott. **Walter Ingarozza**

Caserta 19-21 Maggio 2017
Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli

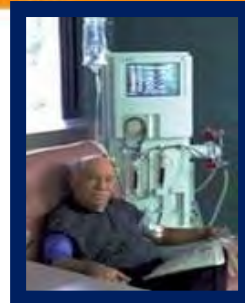




**Prima causa
di cecità**



**Causa maggiore
di insufficienza
renale & dialisi**



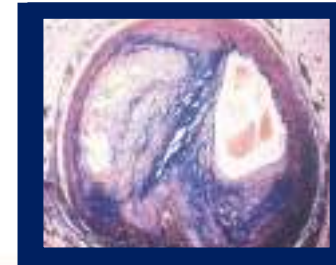
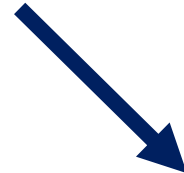
Diabete: complicanze gravissime e disabilitanti



**Prima causa
di amputazione
non traumatica**

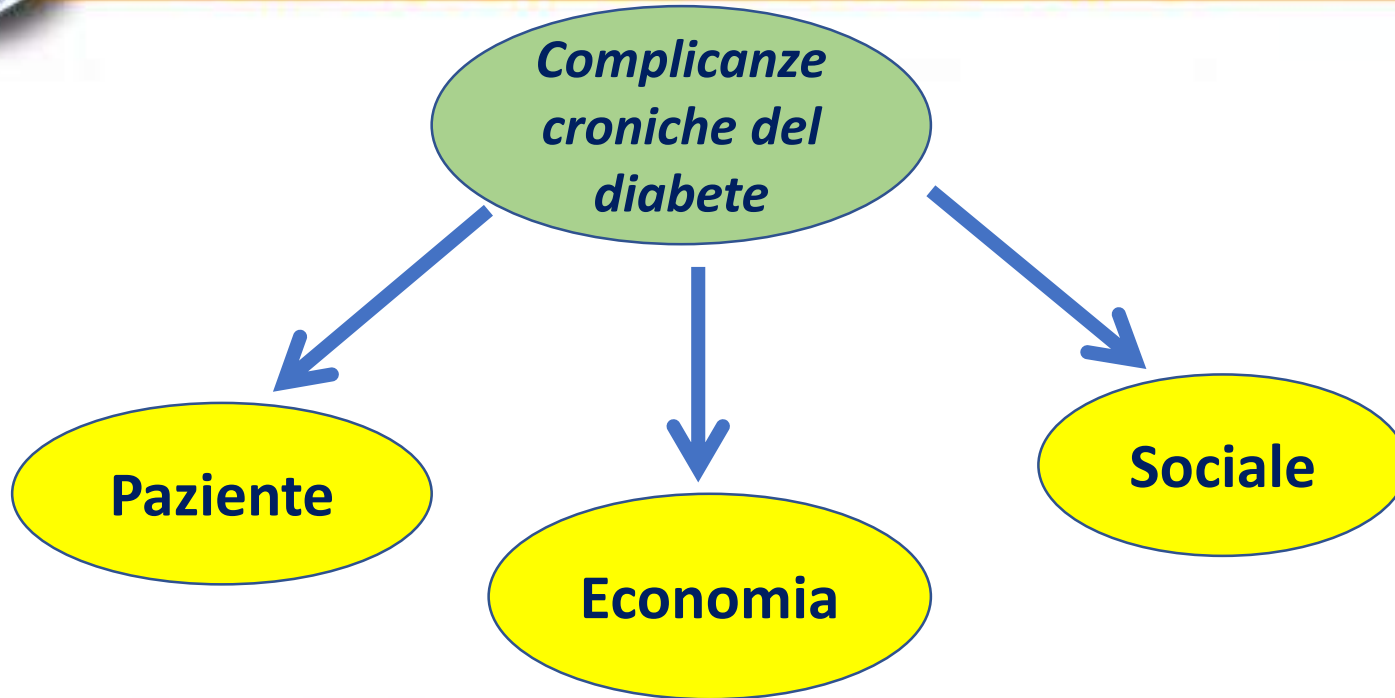


**Concausa
nel 40-50% di
infarti e ictus**



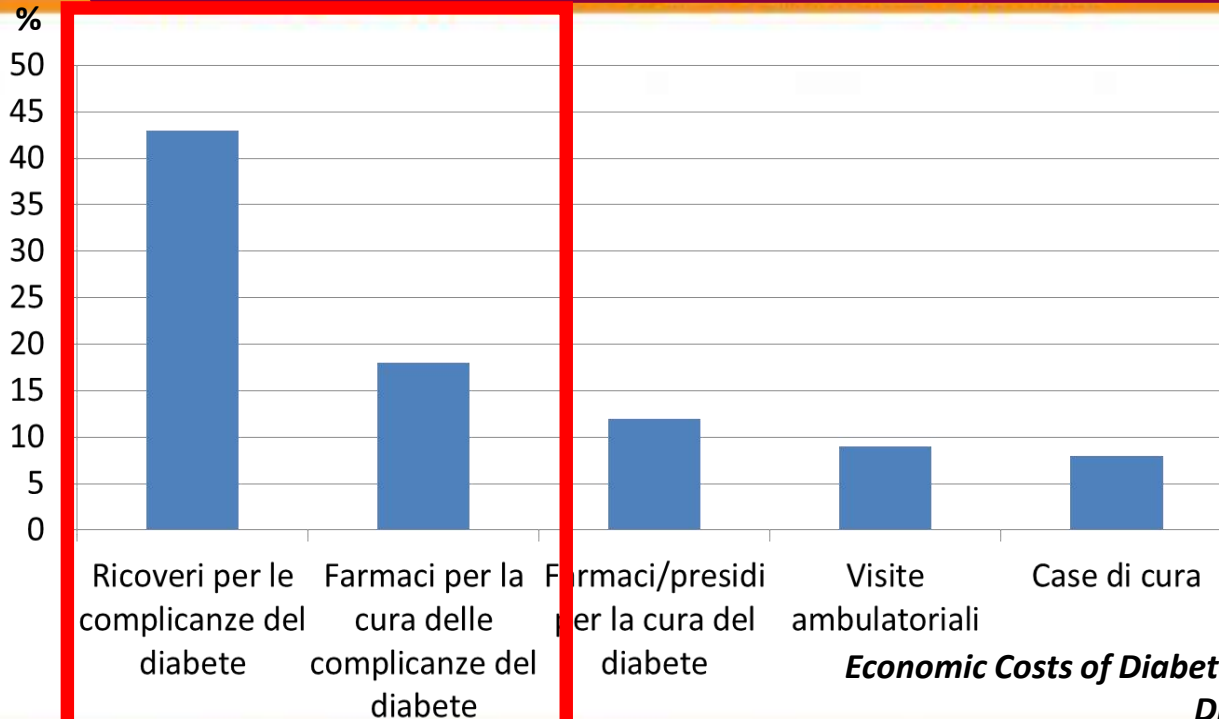


Impatto delle complicanze croniche del diabete





Costi diretti del diabete



*Economic Costs of Diabetes in the U.S in 2012 –
Diabetes Care Apr 2013*



Costo del paziente diabetico con complicanze



Costo annuo del paziente con DTM2:
In assenza di complicanze 800 €
In presenza di complicanze può variare
tra 3.000 € e 36.000 €¹





Che bisogna fare per prevenire le complicanze del diabete?

1. Ottenere un adeguato compenso glicemico sin dalle prime fasi della malattia e mantenerlo nel tempo
2. Fare un adeguato screening delle complicanze



Come prevenire le complicanze del diabete?

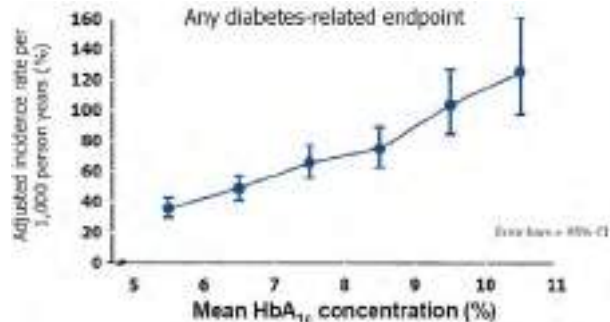
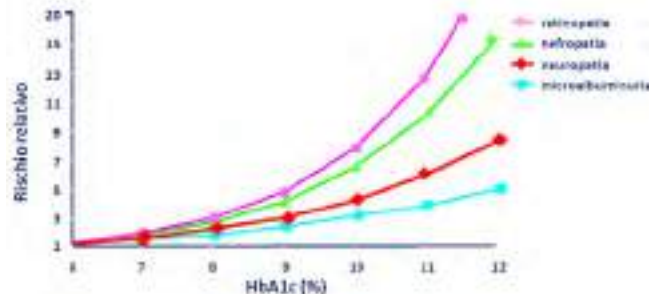
1. Ottenere un adeguato compenso glicemico sin dalle prime fasi della malattia e mantenerlo nel tempo

studio
DCCT

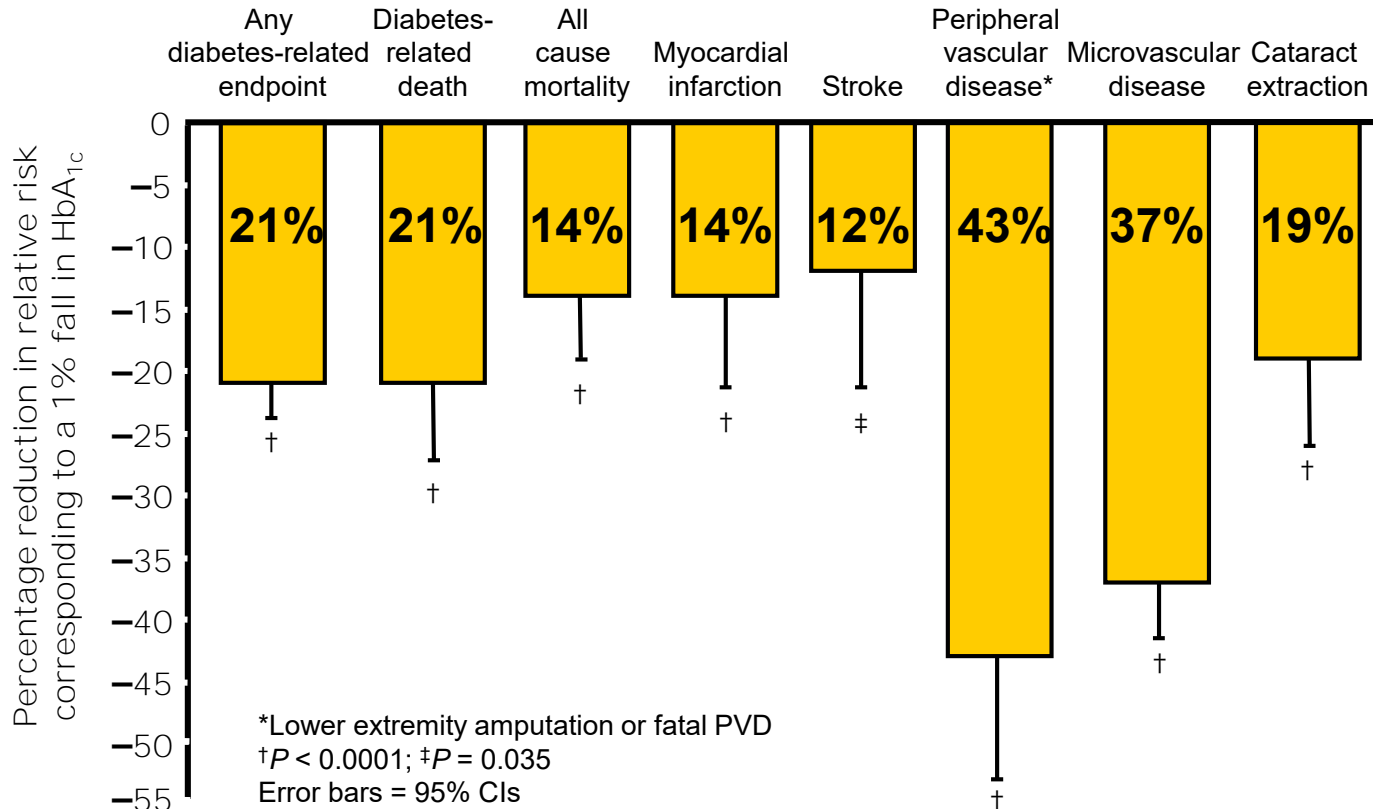
N Engl J Med. 1993
Diabetes. 1995

studio
UKPDS

BMJ. 2000



UKPDS: riduzione di 1% di HbA_{1c}





Come prevenire le complicanze del diabete?

2. Fare un adeguato screening delle complicanze

Le raccomandazioni delle società scientifiche:

Quando iniziare lo screening?

Nei pazienti con diabete tipo 2,
alla diagnosi

Nei pazienti con diabete tipo 1,
dopo circa 5 anni dalla diagnosi

Ogni quanto ripeterlo?

Annualmente





Screening della malattia cardiovascolare



Come si fa?

- Esame di polsi e soffi
- ECG basale
- Determinazione dell'Indice di Winsor
- Eco TSA (nei pz ad alto rischio)
- Test provocativi di ischemia (nei pz ad alto rischio)

Frequenza

- ECG e esame clinico: ogni anno
- IW, eco TSA e test da sforzo: ogni 1-3 anni se negativi



Screening della malattia microvascolare



Nefropatia diabetica:

- Microalbuminuria
- Creatinina sierica

Retinopatia diabetica:

- Esame fondo oculare
- Fotografia fondo oculare

Piede diabetico:

- Esame piede
- Stratificazione rischio

Neuropatia periferica:

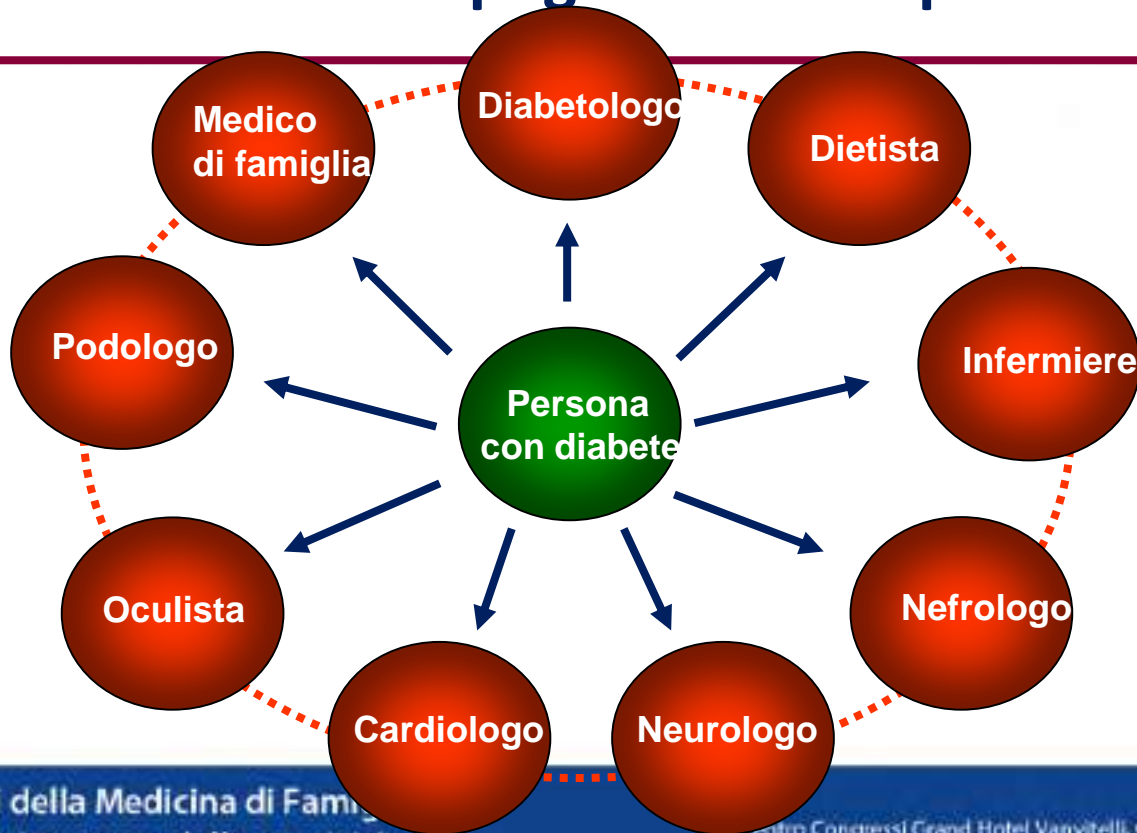
- Specifici questionari
- Sensibilità vibratoria
- Sensibilità pressoria
- Riflessi osteotendinei

Neuropatia autonoma:

- Accurata anamnesi
- Tests cardiovascolari (BTBV, Test ipotensione ortostatica)



Diabete: una patologia tanto complessa da richiedere l'impegno di molti professionisti





***Regolamentazione
italiana
dell'assistenza alla
persona con
diabete***

- *Legge 115/87*
- *Atto d'intesa Stato Regioni*
- *Piano Sanitario Nazionale 94-96*
- *Leggi Regionali*
- *Legge 502-517*
- *Legge 229*



***Obiettivo primario: la riduzione delle complicanze del
diabete***



P. ASSISTENZA INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

RACCOMANDAZIONI

Il *disease-management* della malattia diabetica permette di migliorare il compenso glicemico.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica richiede la partecipazione attiva, con il consenso informato, del paziente all'offerta di programmi di diagnosi e cura, realizzati sulla base di attività di dimostrata efficacia nell'ambito di percorsi assistenziali, in una rete integrata, pluridisciplinare e pluriprofessionale, organizzata e con l'adesione congiunta e responsabile del team diabetologico, del medico di medicina generale e più in generale della medicina territoriale.
(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

E' auspicabile un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico con modalità di archiviazione dei dati essenziali comune per formato e tracciato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici.
(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

Standard di cura SID AMD 2016



Compiti del Centro Diabetologico

- Inquadramento delle persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con gli MMG.
- Presa in carico, in collaborazione con gli MMG, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con gli MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.
- Impostazione della terapia nutrizionale.
- Effettuazione, in collaborazione con gli MMG, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con gli MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta agli MMG in campo diabetologico.



Compiti del Medico di Medicina Generale

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con i CD, delle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.



Diabetologo

- Paziente scompensato →
- Paziente complicato →
- Paziente non complicato e non scompensato per lo screening annuale delle complicanze

Farmaci specialistici ed
innovazione terapeutica

Necessità di controlli frequenti e
competenze multidisciplinari che
sono più facilmente ottenibili in un
centro per la cura del diabete



Opzioni terapeutiche nel diabete tipo 2

XXIII CONGRESSO NAZIONALE AIMEF

Sulfoniluree

Glimepiride
Glibenclamide
Gliclazide

Glinidi

Repaglinide

Insulino-sensibilizzanti

Metformina
Pioglitazone

Inibitori α -amilasi

Acarbosio

Insulina

GLP1-Agonisti

Exenatide/Exenatide LAR
Liraglutide
Lixisenatide
Dulaglutide

Inibitori DPP-IV

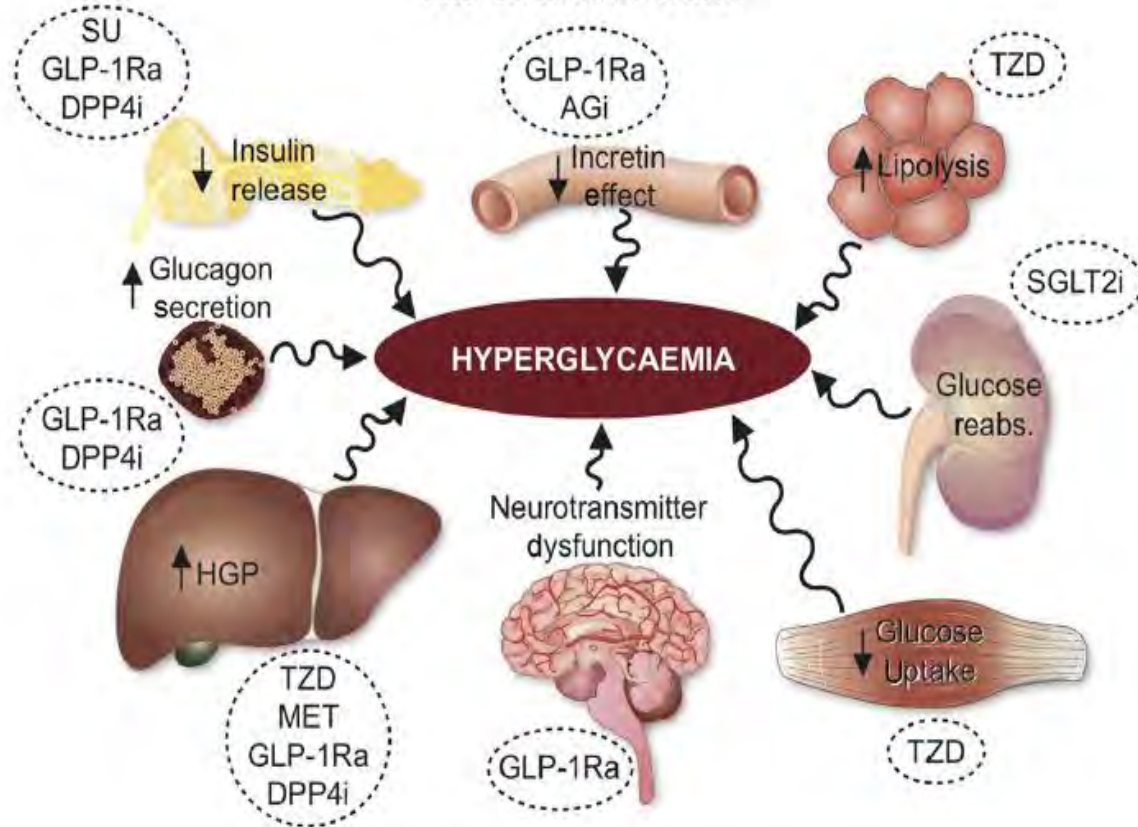
Sitagliptin
Vildagliptin
Saxagliptin
Alogliptin
Linagliptin

Inibitori SGLT-2

Empagliflozin
Dapagliflozin
Canagliflozin

Meccanismi di azione delle diverse classi di farmaci ipoglicemizzanti

The ominous octet





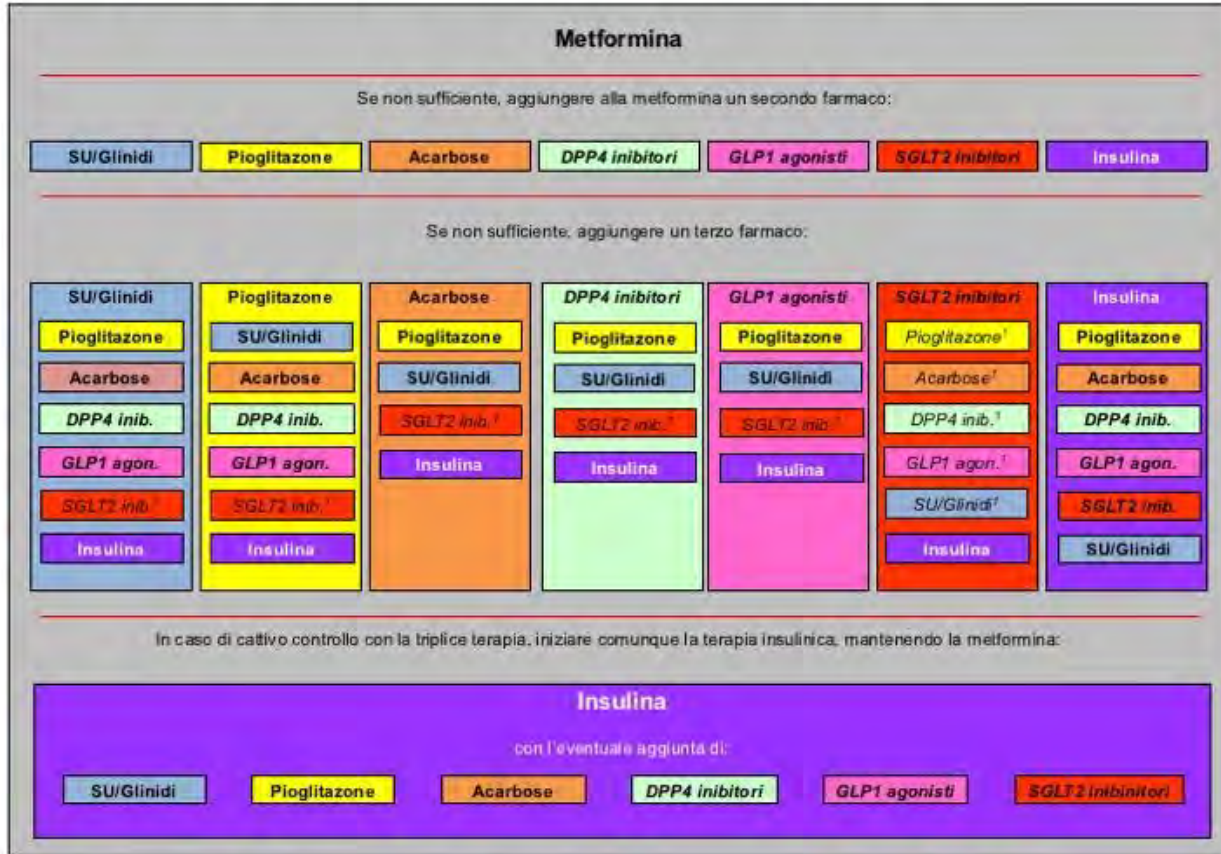
Principali effetti dei farmaci ipoglicemizzanti

	Metfor- mina	Acarbosio	GLP-1	Gliflo- zina	Glip- tina	Pioglit- azione	SU/ glinide	Insulina basale	Insulina basal- bolus
Riduzione della HbA _{1c} a breve termine (3-6 mesi)*	+++	+	+++	++	++	+	+++	+++	++++
Riduzione della HbA _{1c} a medio termine (1-2 anni)*	++	+	+++	++	++	++	++	+++	++++
Riduzione della HbA _{1c} a lungo termine (oltre 2 anni)*	++	+	+++	++	ND	+++	+	+++	++++
Riduzione del peso corporeo	+/-	+/-	+++	++	-	-	-	-	-
Riduzione della pressione arteriosa	+/-	-	+	++	-	+	-	-	-
Riduzione della morbilità/mortalità CV**	++	-	++	+++	-	++	-	-	-



Fi

Algoritmo terapeutico del diabete tipo 2



Nuovi orizzonti

nella gestione integrata del diabete

In **neretto** le combinazioni rimborsate, in **neretto corsivo** le combinazioni rimborsate solo con piano terapeutico specialistico, in **corsivo** le combinazioni indicate ma non rimborsate.



Fattori da considerare nella scelta dei farmaci ipoglicemizzanti

Caratteristiche cliniche generali

- Durata del diabete
- Età e aspettativa di vita
- Fragilità
- Rischio da ipoglicemia
- Sovrappeso/obesità
- Sindrome metabolica

Pattern delle alterazioni glicemiche

- Livello di HbA_{1c} alla presentazione
- Velocità di progressione dell'iperglicemia
- Iperglicemia a digiuno
- Iperglicemia postprandiale
- Escursione glicemica prandiale
- Frequenza di ipoglicemie
- Variabilità glicemica

Comorbidità specifiche

- CHD/CVD
- Insufficienza cardiaca
- Insufficienza epatica, NAFLD/NASH
- Insufficienza renale, CKD

Problematiche neuropsicologiche

- Compliance e aderenza
- Disfunzione cognitiva
- Alterazioni nelle capacità motorie

Meccanismi specifici di malattia

- Autoimmunità beta-cellulare (es. LADA)
- Diabete monogenico (es. MODY)



Indicazioni terapeutiche rimborsate in Italia

	Inibitori del DPP-4*				Analoghi/agonisti GLP-1			Inibitori SGLT-2			
	SITAGLIPTIN	Vildagliptin	Saxagliptin	Lixaplatin	Alogliptin	Liraglutide	Exenatide**	Lixisenatide	Empagliflozin	Canagliflozin	Ertugliflozin
Monoterapia	☑	☑	☑	☑					☑ ¹	☑ ¹	☑ ¹
In aggiunta a Metformina	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑ ²	☑ ²	☑ ²
In aggiunta a Sulfoniluree	☑	☑ ³	☑ ³		☑ ³	☑ ³	☑ ³	☑ ³			
In aggiunta a Glitazoni	☑	☑ ⁴	☑ ⁴		☑ ⁴		☑ ⁴	☑ ⁴			
In aggiunta a insulina Basale +/- Metformina	☑	☑	☑	☑	☑		☑	☑	☑	☑	☑
Tripla terapia Metformina + Glitazoni	☑				☑	☑	☑	☑			
Tripla terapia Metformina + Sulfonilurea	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑			

☑ Rimborsabile in monoterapia soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault < 50ml/min.

* Per i DPP-4i e GLP-1 agonisti, la rimborsabilità a carico del S.S.N., in regime di dispensazione RRL-PT/PHT, è limitata ai pazienti adulti con diabete tipo 2 nel caso di fallimento terapeutico, definito da livelli di HbA_{1c} >75% e >85%, alla dose massima tollerata della terapia ipoglicemizzante corrente e dopo adeguata e documentata modifica dello stile di vita; il livello di HbA_{1c} può estendersi al 9% nel caso di sia uno o più elementi di fragilità.

** Inclusa la formulazione a rilascio prolungato.



XXIII CONGRESSO NAZIONALE AIMEF

- Affinché si possa attuare un tale sistema di cura, sarebbe auspicabile un **sistema di comunicazione tra MMG e diabetologo** più agile e veloce.
- L'invio da parte del MMG del paziente al diabetologo dovrebbe seguire percorsi predefiniti:
 - Invio per ottimizzazione terapia (paziente con ipoglicemie o iperglicemie)
 - Invio per screening annuale delle complicanze
 - Invio per rinnovo piano terapeutico annuale MUP
 - Invio per quesiti specifici (terapia corticosteroidea, intervento chirurgico, procedure contrastografiche, ecc...)



XXIII CONGRESSO NAZIONALE AIMEF

- Un **cartella elettronica condivisa** tra le varie figure che ruotano attorno alla persona con diabete permetterebbe di parlare e condividere (esami di laboratorio, esami strumentali, consigli, chiarimenti, suggerimenti) in maniera completa, semplice e immediata
- In attesa di un sistema informatico più avanzato, potrebbe andar bene anche un sistema di comunicazione più rudimentale (fogliettino con la specifica richiesta, dear colleague letter)

.... purchè si comunichi tra di noi



Vantaggi di un sistema integrato di gestione della persona con diabete tipo 2

Per il paziente:

- Accesso più facile ai diversi livelli assistenziali
- Riconoscimento di cure e prestazioni che gli spettano
- Migliore qualità dell'assistenza
- Migliore qualità della vita

Per il diabetologo:

- riduzione di carico di lavoro improprio
- riconoscimento di una attività specialistica
- acquisizione di nuove funzioni

Per il MMG:

- Riconoscimento di competenze
- Maggiore professionalità
- Inserimento in un sistema di disease management/modello di cura di patologia cronica

Per gli amministratori:

- Razionalizzazione delle risorse
- Integrazione tra i diversi livelli assistenziali
- Migliore qualità delle cure
- Riduzione delle liste di attesa
- Maggiore soddisfazione dell'utente



ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA

ITALIAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

XXIII CONGRESSO NAZIONALE AIMEF

Grazie per l'attenzione

Nuovi orizzonti della Medicina di Famiglia
nella gestione integrata della cronicità

Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli, Caserta (CE) - 19-21 Maggio 2017