

**CURA DEL DIABETE E MMG:
UN ATTORE CHIAVE DEL PROCESSO
DI CURA CON LE ARMI SPUNTATE**

VENERDÌ 9 APRILE 2021

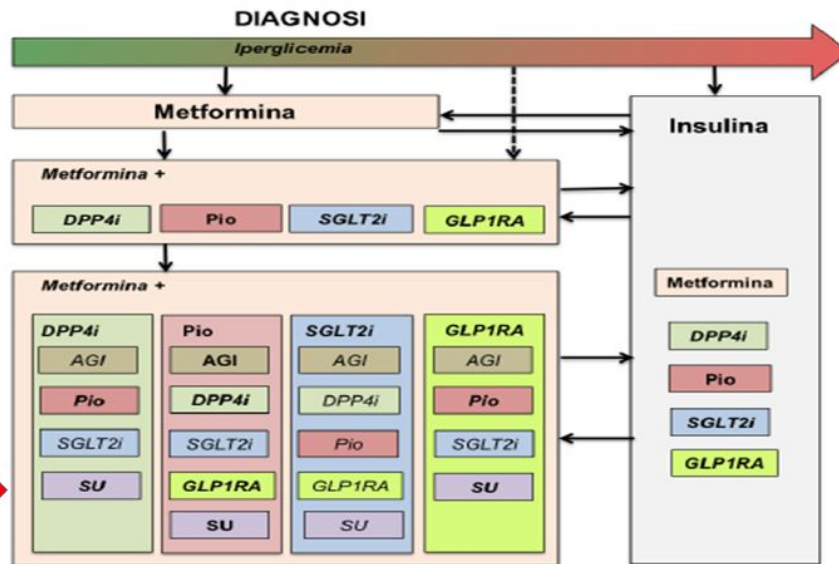


Claudio Zanon
Direzione Scientifica Motore Sanità



Paolo Guzzonato
Direzione Scientifica Motore Sanità

STANDARD CURA DIABETE 2018 AMD/ SID



2021: dopo la
Metformina le terapie
a cui ha accesso il
MMG

Figura 4.H1. L'algoritmo della terapia farmacologica del diabete di tipo 2.

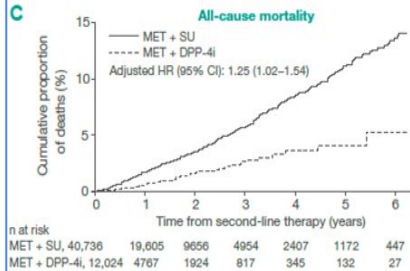
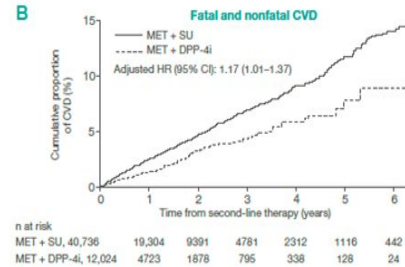
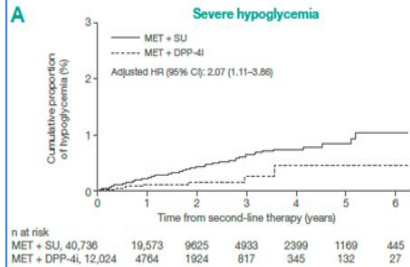
DPP4i: inibitori della DPP4; Pio: pioglitazone; SGLT2i: inibitori di SGLT2; GLP1RA: agonisti del recettore di GLP-1; AGI: inibitori della α -glucosidasi; SU: sulfaniluree o glinidi.

In **Grassetto** le combinazioni prescrivibili senza piano terapeutico in regime di rimborsabilità; in **Grassetto corsivo** le combinazioni prescrivibili in regime di rimborsabilità con piano terapeutico; in **Corsivo** le combinazioni prescrivibili secondo scheda tecnica, ma non rimborsate. [secondo disposizioni AIFA aggiornate al 27/04/2018]



LE ARMI SPUNTATE DEL MMG NELLA GESTIONE DELLA «PANDEMIA DIABETE»

Le Sulfoniluree * aumentano il rischio CV e la mortalità per tutte le cause rispetto ai DPP4-i 26**



I pazienti trattati con l'associazione metformina+sulfonilurea presentano un rischio aumentato di severa ipoglicemia, di eventi cardiovascolari e di mortalità per tutte le cause rispetto a coloro trattati con l'associazione metformina+DPP-4i.



* Glibenclamide, glipizide, gliciperide
 ** Significatività statistica raggiunta solo per glibenclamide vs DPP4i

Effects of sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors on cardiovascular disease, death and safety outcomes in type 2 diabetes – a systematic review

Drug	Active	Control	ES (95% CI)	Weight
Composite renal outcomes				
Empagliflozin	81/4645	71/2323	0.57 (0.42, 0.78)	36.39
Canagliflozin	131/6274	136/4822	0.60 (0.47, 0.76)	63.61
Subtotal (I-squared = 0.0%, p = 0.793)			- 41% 0.59 (0.49, 0.71)	100.00
Albuminuria progression				
Canagliflozin	1341/5196	1114/3819	0.73 (0.67, 0.79)	71.76
Empagliflozin	459/4091	330/2033	0.69 (0.61, 0.79)	28.24
Subtotal (I-squared = 0.0%, p = 0.488)			- 28% 0.72 (0.67, 0.77)	100.00



7020 pazienti ad elevato rischio cardiovascolare con DT2 EMPAREG Outcome: **-38%** mortalità CV, **-32%** mortalità per tutte le cause, **-35%** ospedalizzazioni per scompenso

«PANDEMIA» DIABETE: IMPORTANZA DIAGNOSI RAPIDA, TERAPIA APPROPRIATA, FOLLOW-UP.....PERCHÉ?

Esiti

- **Ogni 7 minuti** una persona con diabete ha un attacco cardiaco
- **Ogni 30 minuti** una persona con diabete ha un ictus
- **Ogni 90 minuti** una persona subisce un'amputazione a causa del diabete
- **Ogni 3 ore** una persona con diabete entra in dialisi

Complicanze

- **Il 15%** delle persone con diabete ha *coronaropatia*
- **Il 38%** delle persone con diabete ha *insufficienza renale* (può portare alla dialisi)
- **Il 22%** delle persone con diabete ha *retinopatia*
- **Il 3%** delle persone con diabete ha problemi agli *arti inferiori e piedi*

Annali AMD 2018, ISTAT 2017, Associazione Ricerca e Diabete, SID, Italian Diabetes & Obesity Barometer Report 2018



- **7-8 anni** è la riduzione di **aspettativa di vita** nella persona con diabete non in CONTROLLO GLICEMICO
- **60% almeno** della mortalità per malattie CV è associata al diabete

Curve di sopravvivenza in persone infettate da COVID-19 con diabete vs non-diabete

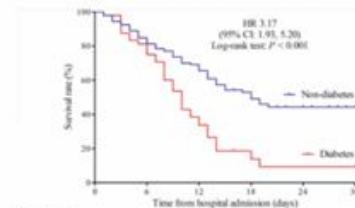
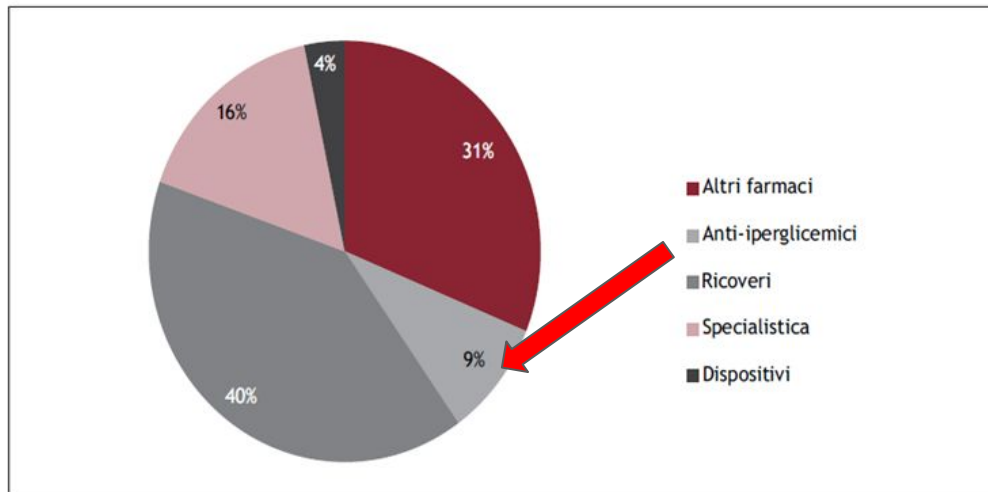


Figure 1 Kaplan-Meier survival curve for patients with severe covid-19 with and without diabetes.

Nov. 2020 Open Diabetes Research & Care. 2020

REPORT ARNO 2019

Grafico 4
Composizione percentuale della spesa (basata sulle tariffe)



16
Osservatorio Arno Diabete

SGLT2 inibitori (EMPAREG su 7020 pazienti
ad elevato rischio cardiovascolare con DT2
Outcome:

-38% mortalità CV

-32% mortalità per tutte le cause

-35% ospedalizzazioni per scompenso

INVESTIRE IN TECNOLOGIA SIGNIFICA PRODURRE SALUTE

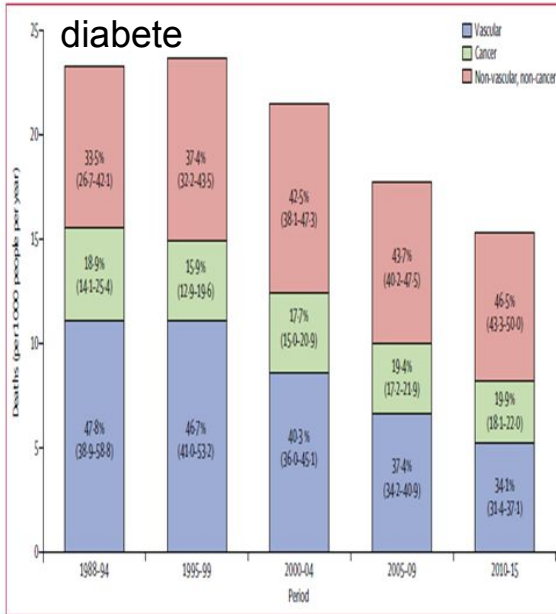


Figure 1: Deaths due to vascular, cancer, and non-vascular, non-cancer causes among US adults diagnosed with diabetes
Numbers in bars represent % of total deaths (95% CI).

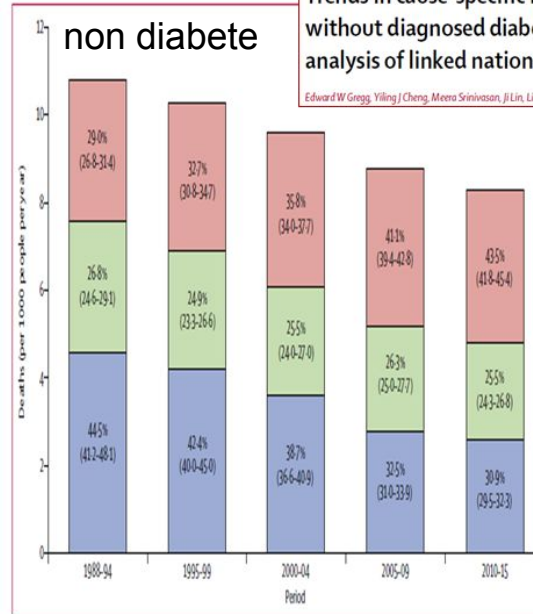


Figure 2: Deaths due to vascular, cancer, and non-vascular, non-cancer causes among US adults without diagnosed diabetes
Numbers in bars represent % of total deaths (95% CI).

Trends in cause-specific mortality among adults with and without diagnosed diabetes in the USA: an epidemiological analysis of linked national survey and vital statistics data

Edward W Gregg, Yiling J Cheng, Meera Srinivasan, Ji Lin, Linda S Geiss, Ann L Albright, Giuseppina Imperatore

Lancet 2018; 391: 2430-40

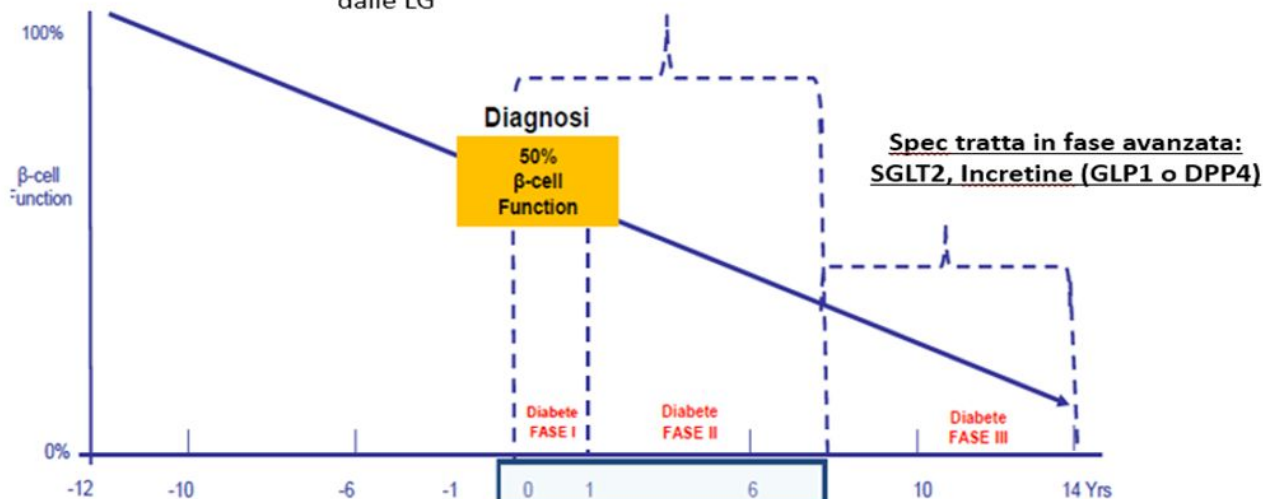
Published Online
May 18, 2018

EVOLUZIONE DELLA MALATTIA POTENZIARE LA MEDICINA DI TERRITORIO PNC

MMG tratta DT2 in fase iniziale:

Possibilità di cura Met con eventuale aggiunta di:

1. SU
2. invio allo specialista per prescrizione terapie indicate dalle LG



«Standard italiani per la cura del diabete mellito_SID AMD 2014»
Ebovitz H. Insulin secretagogues: old and new. Diabetes Reviews 1999;7:139-53)

INNOVAZIONE: NECESSITÀ IMPROROGABILE

Covid-19 ha mostrato la **necessità di dare accesso da parte della medicina territoriale all'innovazione.**

Lo scenario attuale priva la medicina di famiglia di questo diritto, creando un disallineamento chiaro rispetto alle evidenze scientifiche ed alle indicazioni delle linee guida, infatti:

- **Sottoutilizzo dei farmaci SGLT2, DPP4 e GLP1 per il Diabete**, molti dei quali in commercio da oltre un decennio e oramai prossimi alla scadenza brevettuale.

CONSEGUENZE:

- Rallentamento nei benefici di salute;
- Potenziale rischio sui pazienti;
- Derivante aumento dei costi socio-assistenziali.

Ma non solo.....

MMG: DA TRASCRITTORE A PRESCRITTORE

Non è ammissibile che le prescrizioni dei farmaci siano valutate in termini di specialista che possa effettuarle anziché in termini di appropriatezza.

Benefici di questo cambiamento:

- Ridotti tempi di adesione alle indicazioni delle linee guida.
- Presa in carico efficace e tempestiva con cure adeguate?
- Inutili e gravosi tour dei pazienti per ottenere le terapie o semplicemente il rinnovo.
- Rendere efficiente il territorio nella gestione della cronicità diabete?

Sburocratizzare e semplificare:

- **Eliminando immediatamente i piani terapeutici** sui farmaci cosiddetti “innovativi” per il diabete, molti dei quali prossimi alla genericazione. La **trascrizione** di questi, **da rinnovare periodicamente** per pazienti spesso in terapia da anni, rappresenta un **inutile impegno per TUTTI** (logistica, trasferimenti, perdita di produttività, etc), in un momento in cui carenza di personale e di tempo, crea già congestione sulle liste d’attesa nei centri specialistici e negli ambulatori territoriali.

MMG: DA TRASCRITTORE A PRESCRITTORE



LEGGE 8 novembre 2012, n. 189

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Testo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute».

GU Legge 8 Novembre 2012

MODIFICAZIONI APPORTATE IN SEDE DI CONVERSIONE AL DECRETO-LEGGE 13 SETTEMBRE 2012, N. 158

L'articolo 1 è sostituito dal seguente:

«Art. 1. *(Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie)*. — 1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, **al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiet-**



Il Ministro della Salute

Atto di indirizzo per l'anno 2017

.....senza dimenticare di favorire lo spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche

5.3. Qualità dei servizi sanitari e umanizzazione delle cure.

L'azione dell'Amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione, soprattutto in relazione all'assistenza primaria.....

Il Ministro

On. Beatrice Lorenzin
Beatrice Lorenzin

Roma,

23 SET. 2016

QUESITI PER IL PANEL

- **Il diritto** del Malato di Diabete ad un rapido accesso alle cure appropriate nell'attuale scenario: il paziente al centro?
- **Il perché** di un ritardo inspiegato: dalla "sostenibilità economica" al rispetto delle evidenze scientifiche
- **Accesso** ai farmaci per diabete "innovativi": accesso razionale o razionato?
- **La medicina di famiglia** nel diabete: un pugile che combatte con le mani legate
- **La prescrizione** dei farmaci per il diabete: Valutare in termini di specialista che possa effettuarle o in termini di appropriatezza?
- **Legge Gelli-Bianco**: *"La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività"?*