

frammenti Educational

**DAL CONTROLLO GLICEMICO ALLA
GESTIONE DEL PAZIENTE “COMPLESSO”
CON RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

**L'ESPERIENZA DEL CENTRO DIABETOLOGICO
ASST MELEGNANO MARTESANA**

Il diabete rappresenta oggi una delle patologie croniche a più ampia diffusione, fortemente in crescita soprattutto nei Paesi industrializzati, nonché una delle più rilevanti e costose malattie sociali della nostra epoca, considerato appunto il suo carattere di cronicità, la tendenza a determinare complicanze nel lungo periodo e il progressivo spostamento dell'insorgenza verso età giovanili. Negli ultimi anni la consapevolezza dei risvolti cardiovascolari ha acquisito la dovuta importanza, dal momento che tali malattie sono una manifestazione decisamente frequente nei pazienti diabetici. Per questo motivo l'implementazione di strategie di intervento mirate non solo alla gestione della patologia ma anche alla prevenzione primaria e secondaria delle complicanze cardiovascolari, dovrebbe divenire un must nella pratica clinica così come la gestione multi-target e complessiva del paziente "complesso" oggi garantita dalla disponibilità non solo di nuove molecole ma anche di nuove classi farmacologiche in grado di agire sia sul compenso glicemico sia sui fattori che possono concorrere alla riduzione del rischio cardiovascolare, con una maggiore soddisfazione del paziente e conseguente aderenza alle cure.

La maggiore offerta di terapie necessita, per essere correttamente adottata, che ciascun professionista possa disporre di criteri e strumenti efficaci per poter scegliere al meglio e con consapevolezza quale approccio adottare, ponendo particolare attenzione alle specifiche esigenze di ciascun paziente.

La fenotipizzazione del paziente si rivela quindi di fondamentale importanza per ottimizzare la scelta della terapia; le linee guida devono essere rivalutate e interpretate in base alle caratteristiche del singolo paziente e l'esperienza della pratica clinica (real world clinical practice) rappresenta il punto da cui partire per gestire al meglio le opzioni terapeutiche.

Obiettivo della pubblicazione è condividere l'esperienza e le opinioni di un gruppo di diabetologiche afferenti al poliambulatorio dell'ASL San Giuliano Milanese – ASST Melegnano Martesana affinché il contesto si arricchisca sempre più di criteri, strumenti e appunto "vissuti" dei professionisti che quotidianamente gestiscono pazienti affetti da diabete di tipo 2, anche alla luce dei benefici ottenibili dall'impiego nella pratica clinica delle nuove opportunità terapeutiche.



Il gruppo di lavoro ha visto coinvolte in un audit percettivo 3 specialiste diabetologhe provenienti dalla medesima struttura, quindi con un bacino di utenza sostanzialmente omogeneo, allo scopo di inquadrare e dibattere i fattori che influiscono maggiormente sul percorso assistenziale del paziente diabetico "complesso" con rischio cardiovascolare, dalla sua profilazione alla definizione della terapia, ai processi assistenziali determinanti nel percorso di cura.

L'esperienza clinica derivante dalla pratica quotidiana è stata raccolta attraverso la compilazione di un questionario percettivo le cui risultanze sono state successivamente discusse al fine di condividere approcci e criteri guida nella:

- Fenotipizzazione del paziente
- Valutazione delle condizioni di rischio cardiovascolare
- Adozione di protocolli di cura diversificati
- Valutazione degli esiti di un trattamento
- Valutazione dei processi assistenziali migliorabili nella propria realtà.





L'ESPERIENZA DEL CENTRO DIABETOLOGICO-ASST MELEGNANO MARTESANA

Al centro afferiscono circa 9000 pazienti affetti da diabete di cui l'85% di tipo II. Si tratta per la maggior parte di pazienti già in trattamento con farmaci e nello specifico con (Tab. 1):

Tab. 1: Dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, quanti sono in trattamento con:

% DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO	METFORMINA	INSULINA	SULFANILUREE	DPP4	SGLT2 i	GLP-1 RA	PIOGLITAZONE	ACARBOSIO
0-25%	0%	0%	0%	67%	67%	67%	67%	100%
25-50%	0%	33%	67%	33%	33%	33%	33%	0%
50-75%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%
75-100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Come si evince dalla relativa percentuale, il tema renale ha acquisito una specifica connotazione: infatti circa il 50% dei pazienti presenta insufficienza renale moderata o grave (influenzando, come successivamente riportato, le scelte terapeutiche). Entrando nel merito del rischio cardiovascolare, a testimonianza del fatto che il diabete stesso si configura come una condizione oggettiva di rischio (è stato dimostrato che una persona con diabete di tipo 2 ha un rischio doppio di sviluppare un infarto del miocardio rispetto a un soggetto non diabetico¹) vi è completo accordo e convinzione che tutti i pazienti affetti da diabete presentino un elevato rischio cardiovascolare (Fig. 1).

La comorbidità più frequente nel paziente diabetico risulta essere l'ipertensione arteriosa (80%)

¹ Avogaro A. La malattia cardiovascolare nel paziente diabetico: fattori di rischio, storia clinica e prevenzione. Giornale Italiano di Cardiologia 2016;17(12 Suppl 2):3S-12S.

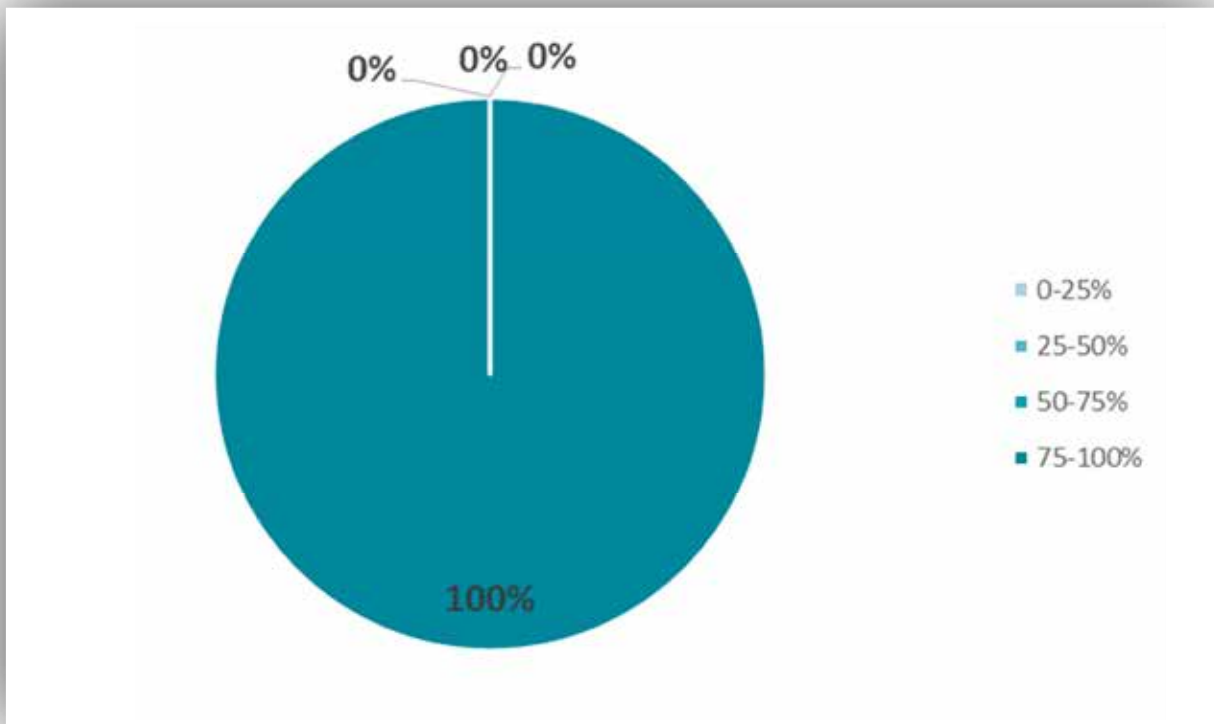


Figura 1: Dei pazienti tra i 18 e i 75 anni, quanti sono i pazienti con diabete di tipo 2 con rischio cardiovascolare elevato?

seguita da

- Infarto miocardio (37%)
- Scenpenso cardiaco (35%)
- Ictus (30%)

La pratica quotidiana e l'esperienza acquisita consentono una valutazione automatica e complessiva del rischio, inizialmente stabilita con la Carta del rischio Progetto Cuore. Il Centro adotterà nel 2019 la cartella clinica informatizzata a garanzia di una raccolta e registrazione sistemica dei dati utile non solo ai fini della personalizzazione ma anche per un'oggettiva valutazione

degli esiti prodotti dalla terapia.

La sezione Criteri di scelta ha permesso di correlare il profilo del paziente con l'approccio adottato: la capacità di autogestione influenza in maniera decisiva l'approccio clinico dal momento che, trattandosi di una malattia cronica fortemente caratterizzata da auto monitoraggio, la collaborazione del paziente fa la differenza. Si sottolinea come le condizioni socioeconomiche possano influire sulla comprensione delle indicazioni fornite al paziente pertanto influenzarne la *compliance*.

Prendendo in considerazione le variabili cliniche, incidono maggiormente sulla definizione dei pro-

toccolli di cura (Tab. 2):

Tab. 2: Quanto le seguenti variabili cliniche influenzano l'adozione di protocolli di cura diversificati nei pazienti affetti da diabete di tipo 2?

RISCHIO IPOGLICEMIE
PRESENZA DI COMPLICANZE E/O COMORBIDITÀ
MALATTIA CARDIOVASCOLARE ISCHEMICA
TARGET GLICEMICI SCOMPENSATI – EMOGLOBINA GLICATA
FUNZIONALITA' RENALE CRONICA (eGFR)

Variabili quindi queste che guidano la personalizzazione della terapia. A scalare seguono lo scompenso cardiaco, il BMI>30, l'aumento di peso, l'insufficienza epatica, la pressione arteriosa, la microalbuminuria e la durata della malattia.

Le slide successive fotografano come i parametri sopra elencati orientino verso l'inserimento o l'esclusione delle diverse opportunità terapeutiche a disposizione (Fig.2-3-4-5).

f 11

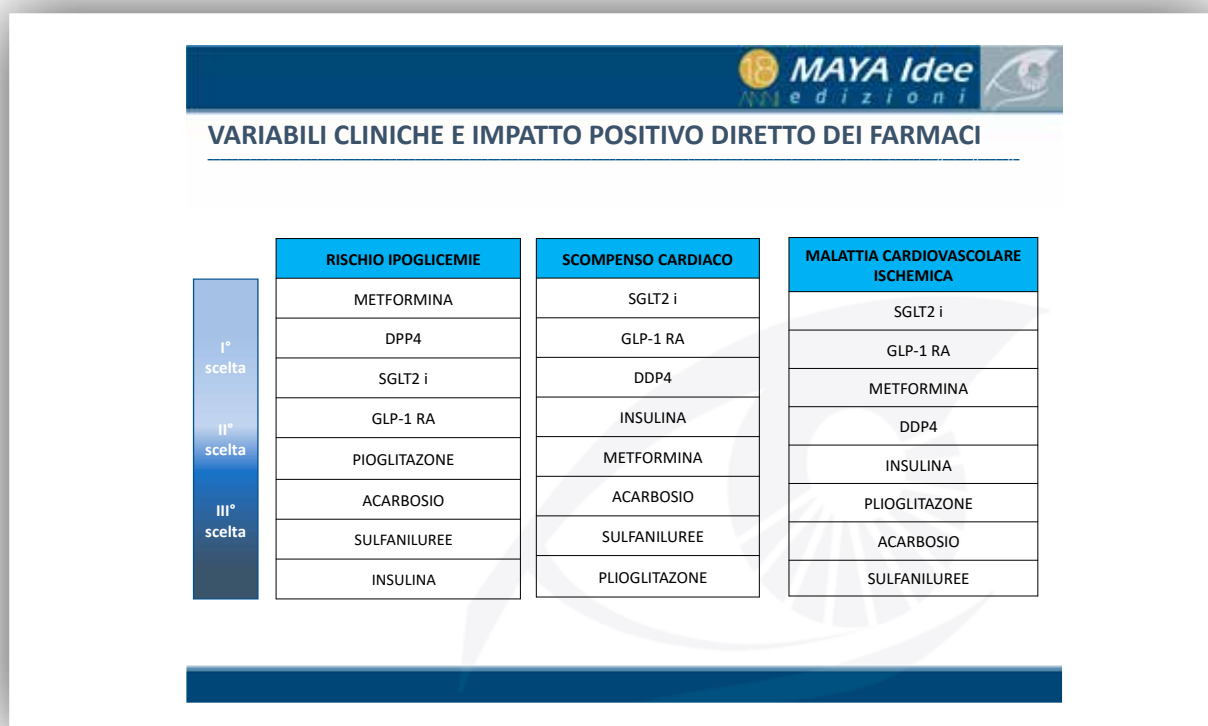


Figura 2

VARIABILI CLINICHE E IMPATTO POSITIVO DIRETTO DEI FARMACI

	PRESSIONE ARTERIOSA	INSUFFICIENZA EPATICA	BMI>30
I° scelta	SGLT 2 i	INSULINA	GLP-1 RA
	GLP-1 RA	ACARBOSIO	SGLT 2 i
	DDP4	GLP-1 RA	METFORMINA
II° scelta	METFORMINA	DPP4	DDP4
	PIOGLITAZONE	SGLT 2 i	ACARBOSIO
III° scelta	INSULINA	SULFANILUREE	PIOGLITAZONE
	ACARBOSIO	METFORMINA	INSULINA
	SULFANILUREE	PIOGLITAZONE	SULFANILUREE

Figura 3

VARIABILI CLINICHE E IMPATTO POSITIVO DIRETTO DEI FARMACI

	PRESENZA DI COMPLICANZE E/O COMORBIDITÀ CARDIOVASCOLARE	PRESENZA DI COMPLICANZE E/O COMORBIDITÀ INSUFFICIENZA RENALE MODERATA-GRAVE	AUMENTO DI PESO
I° scelta	SGLT 2 i	GLP-1 RA	GLP-1 RA
	GLP-1 RA	DDP4	SGLT 2 i
	METFORMINA	INSULINA	METFORMINA
II° scelta	DDP4	PIOGLITAZONE	DDP4
	PIOGLITAZONE	SULFANILUREE	ACARBOSIO
III° scelta	INSULINA	SGLT 2 i	PIOGLITAZONE
	ACARBOSIO	ACARBOSIO	INSULINA
	SULFANILUREE	METFORMINA	SULFANILUREE

Figura 4

VARIABILI CLINICHE E IMPATTO POSITIVO DIRETTO DEI FARMACI

	DURATA DI MALATTIA	TARGET GLICEMICI SCOMPENSATI-EMOGLOBINA GLICATA	MICROALBUMINURIA
I° scelta	METFORMINA	INSULINA	SGLT2 i
	SGLT2 i	METFORMINA	GLP-1 RA
	GLP-1 RA	SGLT2 i	METFORMINA
II° scelta	DPP4	GLP-1 RA	PILOGLITAZIONE
	PIOGITAZIONE	PILOGLITAZIONE	DDP4
	ACARBOSIO	DDP4	ACARBOSIO
III° scelta	INSULINA	ACARBOSIO	SULFANILUREE
	SULFANILUREE	SULFANILUREE	INSULINA

Figura 5

Il gruppo di lavoro segnala come nell'insufficienza renale i clinici siano «costretti» a non considerare gli SGLT2 i in quanto la scheda tecnica ne blocca l'inserimento, nonostante studi stiano dimostrando per questi farmaci un'azione di protezione a livello renale con rallentamento del declino e una riduzione della progressione della microalbuminuria; il ricorso alla metformina come ultima scelta deriva dal rischio di provocare acidosi metabolica in caso di insufficienza renale moderata-grave. Pertanto a fronte dell'insorgenza di complicanze, la spontanea considerazione si rivolge verso la prescrizione di un trattamento che potrebbe non risultare efficace se il paziente non presenta determinati valori (stando alle schede tecniche) ma che si sta dimostrando in realtà un protettore renale, piuttosto che ricorrere a farmaci, che pur migliorando il livello glicemico,

possono aggravare le condizioni del paziente.

Riepilogando, si può affermare che oggi, grazie alla disponibilità di nuove classi di farmaci, a specifici profili clinici si possono correlare terapie *ad hoc* in grado non solo di gestire la patologia ma anche di gestire il paziente nella sua complessità, adottando approcci che si traducono in prevenzione primaria e secondaria: è il caso degli inibitori del trasportatore renale SGLT2 (sodium-glucose transporter 2) o glifozine, la cui portata innovativa deriva dalla capacità di inibire il riassorbimento renale del glucosio, promuovendo glicosuria. Somministrati in monoterapia o in associazione con altri farmaci antidiabetici, gli inibitori del trasportatore SGLT2 sono in grado di combinare l'effetto ipoglicemizzante alla riduzione della pressione arteriosa, del peso corpo-

reo e dell'adiposità viscerale con un basso rischio di eventi ipoglicemici, favorendo per la prima volta una protezione sistemica dei principali fattori di rischio.

A valle dell'inserimento di una nuova terapia o di

modifiche del protocollo terapeutico in seguito a fallimento secondario, gli indicatori utilizzati principalmente per valutare l'esito della scelta terapeutica risultano essere l'emoglobina glicata, la glicemia post prandiale e la glicemia a digiuno ovvero il profilo glicemico complessivo.

Questa sezione è nata per comprendere come e quanto i modelli assistenziali incidono sul percorso di cura offerto al paziente; pertanto nell'esprimere il loro grado di "soddisfazione" su processi assistenziali presi in considerazione le dottoresse coinvolte hanno voluto puntare soprattutto sulla necessità di una continuità con il territorio, rappresentato dal Medico di Medicina Generale, figura fondamentale per arginare l'epidemia del diabete, mentre è ritenuta "soddisfacente" l'interazione del Centro con l'Ospedale di riferimento pur richiamando l'esigenza che si "aprano" linee preferenziali con alcuni specialisti a garanzia di uno scambio immediato e funzionale.

Altro elemento attenzionato riguarda l'organizzazione dell'attività ambulatoriale dal momento che il paziente, dovendo effettuare visite differenti con professionisti diversi è costretto a recarsi presso il centro più volte nell'arco di pochi mesi.

Si sottolinea come comunque i pazienti siano completamente fidelizzati e non si verificano migrazioni verso altre realtà; oltre al rapporto instaurato con i medici (accade che un paziente si rechi presso il centro senza appuntamento e ciononostante venga visitato), emerge la presenza giudicata "eccellente" del personale infermieristico dedicato al supporto educativo, fondamentale per l'empowerment del paziente e/o del suo caregiver.

Il fattore "tempo" risulta fondamentale non solo per una valutazione attenta del profilo del paziente ma anche per garantire che il percorso educativo sia efficace: motivare le scelte terapeutiche e fornire al paziente le risposte che necessita aumenta la sua consapevolezza e di conseguenza la *compliance*.

Come già anticipato, al momento nel Centro la raccolta e registrazione dei dati non è un processo "sistemico" ma l'imminente introduzione della cartella clinica informatizzata dovrebbe contribuire a migliorare il percorso assistenziale, dalla personalizzazione della terapia alla valutazione degli esiti e dell'adeguatezza della terapia.

CONCLUSIONI

La discussione suggerisce le seguenti conclusioni:

- Il diabete si configura come una condizione oggettiva di rischio cardiovascolare pertanto diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari sono due volti della medesima cronicità;
- Il controllo della patologia diabetica deve quindi prevedere interventi di prevenzione primaria e secondaria in ambito cardiovascolare;
- la disponibilità di nuove classi di farmaci e percorsi di cura per il diabete di tipo 2 permette il raggiungimento di target più che soddisfacenti nell'ambito del "compenso" glicemico nonché la prevenzione delle complicanze;
- i modelli di presa in carico devono essere tarati sulle esigenze del singolo paziente all'interno di strategie terapeutiche appropriate e sostenibili: personalizzazione della terapia (anche "sfidando" le rigide direttive di alcune indicazioni provenienti da schede tecniche), promozione dell'empowerment dell'assistito, raccordo centro-territorio (MMG) sono tasselli altrettanto fondamentali del mosaico terapeutico attualmente a disposizione dello specialista.

AUTORI

GHELARDI RENATA

DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO, COORDINATRICE
DEL CENTRO DIABETOLOGICO
ASST MELEGNANO MARTESANA

RINALDI JOSELITA

SPECIALISTA AMBULATORIALE TITOLARE DELLA
DIABETOLOGIA DI SAN GIULIANO MILANESE
ASST MELEGNANO MARTESANA

GUZZINI BARBARA

DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO
CENTRO DIABETOLOGICO ASST MELEGNANO
MARTESANA



**Redazione a cura di
MAYA Idee**

**Realizzazione grafica:
Fausto Pastorino - www.PASTWEB.net**

QUESTO PROGETTO E' STATO CONDOTTO CON IL SOSTEGNO DI

