

POINT OF VIEW / PUNTO DI VISTA

L'evoluzione continua della diabetologia tra aggiornamenti scientifici e cambiamenti sociali

The continuous evolution of diabetology between scientific updates and social changes

C.B. Giorda¹

¹SC Diabetologia ASL Torino 5, Rete endocrino-diabetologica della Regione Piemonte.

Corresponding author: giorda.carlobruno@aslt05.piemonte.it

Non è facile stare dietro alle novità scientifiche e alle innovazioni che compaiono mensilmente in medicina, spesso rivoluzionando concetti consolidati da tempo. In diabetologia, poi, questo è particolarmente evidente, in quanto i cospicui investimenti da parte dell'industria negli ultimi 10 anni hanno portato a nuove conoscenze, soprattutto nell'uso di farmaci, ma anche nel campo della diagnostica, delle tecnologie e dei devices per la somministrazione dei farmaci.

Linee guida sul diabete tipo 2, il cambiamento epocale

Se parliamo dell'anno 2018, in ordine di priorità, la notizia che meglio descrive il cambiamento epocale venuto in questo anno è la collocazione dei farmaci innovativi al primo posto, dopo il fallimento in termini di efficacia della metformina, in tutte le linee guida, nazionali, europee e internazionali.

Se riflettiamo su cosa sapevamo nel 2008, quando sono comparsi in Italia gli inibitori del DPP-4, e lo confrontiamo con le posizioni attuali, possiamo affermare che di conoscenze se ne sono aggiunte veramente tante e le modalità con cui guardiamo i farmaci innovativi al giorno d'oggi hanno un taglio ben diverso. Potremmo sintetizzare il cambiamento dicendo che le "azioni" dei GLP1-RA e degli SGLT2 inibitori sono molto aumentate dopo le evidenze degli CVOT in termini di prevenzione cardiovascolare e renale. Non vi sono più scusanti: queste due famiglie di farmaci vengono ad avere un ruolo rilevante nelle prescrizioni di tutti i giorni, anzi a volte a non utilizzarle si sfiora la non eticità. Gli inibitori del DPP-4 rimangono in prima linea per la prevenzione delle complicanze microvascolari, si confermano molto maneggevoli, soprattutto negli anziani fragili, ma risultano neutri sul rischio cardiovascolare.

Ancora sulle sulfoniluree

E le sulfoniluree? Prendiamo atto che diventano di terza battuta, attenzione però a non demonizzarle troppo. In loro soccorso sono giunti i



Citation C.B. Giorda (2019) L'evoluzione continua della diabetologia tra aggiornamenti scientifici e cambiamenti sociali JAMD Vol. 22/1-2

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received March, 2019

Published June, 2019

Copyright © 2019 Monge. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

risultati dello studio Carolina, recentemente presentati, dove il linagliptin in un confronto di 5 anni con la glimepiride non ha dimostrato vantaggi in termini di prevenzione cardiovascolare. Per ora abbiamo solo un press-release, ne sapremo molto di più alla pubblicazione dell'articolo. Rimane il fatto che le sulfoniluree tra tutti i farmaci antidiabete hanno il massimo rischio di ipoglicemia e una scarsa "durability". Ma per ora non possiamo affermare che abbiano un impatto negativo sul rischio cardiovascolare, come negli ultimi tempi siamo stati portati ad affermare sulla base di soli studi osservazionali.

Costi, risparmi e sostenibilità

Il tema dei nuovi farmaci, soprattutto gli innovativi, non può esimersi dal problema della sostenibilità. Vi sono molte analisi di farmaco-economia che supportano il concetto che l'impatto favorevole che queste molecole hanno sui ricoveri ospedalieri e sulla riduzione della morbilità è tale da controbilanciare il maggior costo. In termini stretti di controllo della spesa e anche d'interferenza nell'attività degli ambulatori bisogna però aggiungere che nonostante siano costanti gli allarmi sulla sostenibilità economica delle innovazioni in campo farmaceutico, all'interno del "Monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-novembre 2017" pubblicato sul sito AIFA il 30 marzo 2018 – si rileva un dato sorprendente: i fondi del Ministero della Salute per i farmaci innovativi non oncologici e oncologici sono stati poco impiegati dai prescrittori, per una cifra totale non utilizzata pari a circa 350 milioni di euro. Indubbiamente è un fatto che colpisce molto in quanto noi specialisti siamo portati a pensare che il maggior limite alla prescrizione dei farmaci innovativi sia il controllo troppo stretto della spesa. In realtà questo dato dimostra che ciò non è del tutto vero. Considerando la diabetologia, quindi restando nell'ambito dei farmaci innovativi non oncologici, vi è stato un avanzo di 270 milioni di euro. Piani terapeutici, eccessive riprenotazioni del soggetto trattato in servizi con poco personale possono avere un ruolo nello scarso utilizzo, anche se non lo spiegano del tutto (inerzia, problema culturale?).

Monitoraggio della glicemia

L'automonitoraggio glicemico è oggetto di gradualità, ma evidenti cambiamenti. La spesa per le strisce reattive del monitoraggio capillare, anche

grazie all'utilizzo dei nuovi farmaci che non danno ipoglicemie, sta scendendo in tutte le regioni italiane. Sempre di più si affermano metodiche non invasive come il Flash Glucose Monitoring (FMG), un fenomeno destinato a crescere. Ma il problema di fondo, irrisolto, vuoi con le strisce vuoi con il Flash, rimane sempre quello di migliorare la capacità del paziente a gestire il dato e di motivarlo a prendere decisioni.

I microinfusori con CGM cambiano il paradigma

Nell'ambito dei cambiamenti nel mondo dei dispositivi va ricordato che, mentre già esistevano sistemi integrati che interrompevano l'erogazione d'insulina in caso di rischio di ipoglicemia, quest'anno per la prima volta abbiamo assistito all'analisi dei primi dati di microinfusori con CGM controllati completamente da un algoritmo. L'algoritmo, basandosi sui valori della glicemia misurata in continuo, controlla direttamente l'erogazione di insulina, bypassando tutte le fasi di controllo della velocità di infusione una volta affidate al paziente. I risultati sono veramente sorprendenti perché si arriva al 75% del tempo in cui il paziente è in un range di glicemia accettabile, soprattutto nel diabete tipo 1. Questa innovazione è davvero epocale perché per la prima volta si ha un sistema che è indipendente dalle capacità gestionali del paziente. A questo punto potrebbe cadere quella controindicazione che si aveva nei microinfusori nel caso di pazienti con scarsa motivazione e/o modesta capacità gestionale. Fino ad ora si è cercato di affidare questi dispositivi a pazienti che fossero correttamente formati, motivati e in grado di mettere in pratica la gestione della dose insulinica sulla base delle glicemie rilevate. Qualora invece l'algoritmo attuale permettesse di fare tutto autonomamente limitando al minimo il ruolo del paziente, proprio i soggetti che hanno scarse capacità gestionali diventerebbero i più indicati a questa tipologia di trattamento. Con un sistema che non ha bisogno dell'intervento del paziente si potrebbe definire un nuovo paradigma: i microinfusori integrati con CGM diventeranno prioritari proprio nei pazienti con scarsa capacità, perché l'automazione permetterà al paziente di beneficiare degli effetti di questa tipologia di approccio senza che gli sia richiesto nulla. Sarebbe un cambiamento veramente storico.

Fegato, diminuisce il danno virale aumenta quello metabolico

Dovessimo fare una graduatoria degli organi che più hanno ricevuto attenzioni in campo diabetologico e metabolico negli ultimi 2 o 3 anni metteremmo il fegato al primo posto. Se grazie ai farmaci antiretrovirali sta diminuendo a vista d'occhio l'impatto del virus HCV come causa di epatite e cirrosi epatica, parallelamente stanno aumentando le evidenze che la NASH, ovvero la fibrosi susseguente alla steatosi epatica, sia diventata la causa più frequente di insufficienza epatica, trapianto e carcinoma del fegato. D'ora in avanti i diabetologi saranno sempre più chiamati a conoscere e a gestire questa nuova complicanza anche perché a breve usciranno farmaci specifici con azione anti-citochine infiammatorie, in grado di rallentare l'evoluzione verso la cirrosi epatica.

Migliorare le conoscenze sullo scompenso cardiaco

Dal 2015 la diabetologia, un po' inaspettatamente, ha scoperto di avere i farmaci più efficaci sullo scompenso cardiaco. L'interesse della comunità metabolica e cardiologica per gli SGLT2 inibitori è altissima. Lo scompenso cardiaco è la prima causa di ricovero nel diabete, ma i diabetologi sanno coglierlo e inquadralo? I cardiologi hanno presente questa categoria di farmaci e, soprattutto, sono in grado di

gestirla nella gestione metabolica del paziente? A queste domande bisognerà dare una risposta positiva puntando molto sulla formazione reciproca. Sempre di più assisteremo a questa partnership tra esperti di metabolismo e insufficienza cardiaca.

Non bastano i farmaci ci vuole anche una buona assistenza

Negli ultimi 2 anni si è andato confermando quanto il modello assistenziale con cui un paziente è seguito incida sulla sopravvivenza, sullo sviluppo di complicanze e sull'ospedalizzazione. L'integrazione tra servizio di diabetologia e territorio riduce la mortalità: ormai le evidenze sono molte. Si riducono i passaggi in DEA e la durata dei ricoveri, di conseguenza si riducono i costi. E per finire possiamo porci la domanda di come concilieremo tutto questo con il grande problema della sanità italiana e non solo italiana: la riduzione del numero dei medici a fronte di una medicina che sta cambiando, con richiesta di interventi sempre più personalizzati e parcellari. Una riflessione va fatta, sarà inevitabile la delega a nuovi operatori e sempre di più acquisirà valore il lavoro in team, modello affermatosi, guarda caso, in ambito diabetologico. Inevitabilmente si ricorrerà di più alla digitalizzazione e alla telemedicina, superando il concetto di visita come incontro solo "fisico". Vi saranno sempre più attività sul territorio, delegate a figure competenti anche se non mediche, e meno ricoveri ospedalieri.