

PUNTO DI VISTA

I nuovi Annali AMD - 2023, riflessioni “a caldo”

The new AMD Annals - 2023, thoughts “on the spot”

Coordinamento Annali AMD*

Corresponding author: manicardivaleria@gmail.com

Lo scorso 19 aprile abbiamo presentato a Roma gli Annali AMD – 2023. Una corsa contro il tempo per presentare i dati più recenti, relativi al 2022, il primo anno fuori dalla pandemia, che ci permette un confronto reale con il pre-pandemico 2019 e consente l’elaborazione di nuovi indicatori, più aderenti alle necessità attuali e alle nuove linee guida italiane sulla terapia del DT2 e DT1 pubblicate dall’Istituto Superiore di Sanità.

In sintesi, queste sono le novità più rilevanti:

1 - Diabete in gravidanza: per la prima volta abbiamo dati sul diabete in gravidanza in Italia. Sono stati raccolti i dati su poco meno di 10.000 donne con GDM: il 58% di età <35 anni, quindi con altri fattori di rischio diversi dall’età. Si rileva che il 15% delle pazienti hanno età >40 anni. Il BMI pregravidico >30 è risultato essere il fattore di rischio più rilevante. La prima raccolta di questi dati evidenzia le carenze nella registrazione dei parametri e ci sprona a una più attenta compilazione della cartella per ottenere indicatori di assistenza più aderenti alle linee guida. Mancano, in particolare, gli indicatori di esito, sia della madre che del neonato, oltre allo screening post-partum del DT2.

2 - Utilizzo dei Farmaci nel DT2: rispetto al 2019 è raddoppiata la prescrizione di AR del GLP-1 e di SGLT-2 inibitori (rispettivamente il 27 e il 29%), stabile al 22% la prescrizione dei DPP-4 inibitori e dell’insulina al 32% (prevalentemente insulina basale); in ulteriore calo la prescrizione di sulfaniluree e di glinidi.

L’analisi dei dati per età e complicanze evidenzia che proprio negli over 75 anni c’è ancora la più elevata prescrizione di secretagoghi, verosimilmente per una mancata “deprescrizione”; inoltre, un’ampia fetta di pazienti affetti da DT2 ed eGFR <60 mL/min/1.73m² non è in terapia con SGLT-2 inibitori, così come una rilevante percentuale di pazienti affetti da DT2 con microalbuminuria non è in terapia né con SGLT-2 inibitori, né con AR del GLP-1.

3 - I dati di genere confermano un peggior profilo di rischio CV per le donne: un maggior numero di persone obese, una minore percentuale di LDL colesterolo <70mg/dl, a fronte di un compenso di poco peggiore e di un lieve migliore controllo della pressione arteriosa. Per la prima volta si osserva, invece, una differenza di trattamento con i nuovi farmaci: 10% in meno di donne trattate con SGLT-2 inibitori e 4-5% in meno

*Valeria Manicardi, Alberto Rocca, Giuseppina Russo



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Manicardi V. I nuovi Annali AMD – 2023, riflessioni “a caldo”. JAMD 26:49–50, 2023.

DOI 10.36171/jamd23.26.1.6

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received April, 2023

Accepted April, 2023

Published June, 2023

Copyright © 2023 V. Manicardi. 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.

Competing interest The Author declares no competing interests.

con AR del GLP-1. Questo aspetto deve farci riflettere sull'approccio terapeutico in ottica di genere: ci sono più donne obese, con BMI >35, che avrebbero assolutamente necessità di poter usufruire di queste terapie; peraltro, queste pazienti hanno un controllo metabolico lievemente peggiore rispetto ai maschi, nonostante un maggior utilizzo della terapia insulinica e della terapia combinata ipoglicemizzanti orali/insulina.

4 - Per la prima volta negli Annali si assiste a una inversione di tendenza per quanto riguarda l'obesità. Il BMI >30, che caratterizzava il 40% dei DT2 nei precedenti Annali, è ora sceso al 37%: merito presumibilmente della terapia con AR del GLP-1.

5 - I dati sul fegato e sulla possibile steatosi epatica a genesi metabolica (la NAFLD, che oggi chiamiamo MAFLD ovvero *Metabolic dysfunction-Associated Fatty Liver Disease*) sono di grande interesse, perché insieme all'insufficienza renale cronica questa condizione patologica si candida a diventare nei prossimi anni uno "tsunami sanitario". Circa il 70% dei DT2 ha, infatti, *score* che depongono per la presenza di MAFLD, e in particolare i soggetti più giovani, con minore durata di malattia, ma più obesi. Semplici *score*, come FLI, NSE, Fib4, ci possono quindi consentire di individuare i pazienti che dovranno essere inviati all'epatologo.

6 - Nel DT1 è fondamentale poter raccogliere i dati dell'uso delle tecnologie e della glucometria per meglio valutare il compenso metabolico, oltre che il valore della glicata. Occorre però anche intensificare il controllo dell'assetto lipidico e della pressione arteriosa. Una nota particolare riguarda il fumo, che pur essendo tra i principali fattori di rischio cardio-vascolari (CV), non accenna a diminuire.

7 - L'andamento degli esiti evidenzia ancora una probabile sotto-registrazione degli eventi CV, e un'evidente sotto-effettuazione del fundus oculi, crollata nel 2020, in lento e graduale recupero rispetto allo standard raggiunto nel 2019, così come un insufficiente controllo del piede, che riguarda sempre un numero minimo di pazienti.

8 - La prima presentazione del *data base* unificato sul DT1 con SIEDP, l'ISPED CARD (*Italian Society of Pediatric Endocrinology Diabetology, Continuous ClinicAl monitoRing of Diabetes*), mostra dati di interesse su compenso metabolico e tipo di trattamento. Anche questi dati sono ampiamente migliorabili

in particolare per quanto riguarda la registrazione dell'uso di tecnologie e della glucometria.

La prima presentazione dei dati degli Annali AMD 2023 sollecita alcune riflessioni e può essere di spunto per qualche proposta operativa di sviluppo per la prossima edizione.

Può essere utile calcolare l'indicatore dei pazienti non trattati con insulina e/o AR del GLP-1 con HbA1c >9% senza includere gli SGLT-2 inibitori? Sono, infatti, gli AR del GLP-1 che spesso vengono utilizzati da soli o insieme all'insulina basale per ridurre valori elevati di HbA1c o forse è utile calcolarli separatamente.

Sino a oggi l'avvio della terapia insulinica per scompenso glicemico è indicata da una HbA1c $\geq 9\%$ (75 mmol/mol); oggi con i nuovi AR del GLP-1, che ci possono permettere di migliorare il compenso glicemico partendo anche da livelli scadenti, potrebbe essere più utile alzare a 10% (86 mmol/mol), come proposto dalle linee guida dell'ADA, il limite massimo di HbA1c oltre il quale avviare la terapia insulinica? In tal caso sarà necessario modificare l'indicatore.

Per quanto concerne l'uso dei secretagoghi, sarebbe opportuno calcolare come indicatore la percentuale complessiva di utilizzo nei DT2 con età >75 anni, sia nelle F che nei M, indipendentemente da un'HbA1c $\leq 7\%$. In questa fascia di età, infatti, questi farmaci non andrebbero mai utilizzati. Potrebbe, inoltre, essere utile calcolare la percentuale dei pazienti di nuova diagnosi che hanno iniziato un secretagogo (negli ultimi tre anni; divisi per fasce di età) per meglio indagare l'appropriatezza prescrittiva dei diabetologi italiani?

L'assenza nelle nostre linee guida sulla terapia del DT2 delle sulfoniluree/glinidi sta ponendo qualche problema ai MMG e non solo (le SU sono più potenti come ipoglicemizzanti e a volte i pazienti stessi, già in trattamento, chiedono di tornare alla terapia precedente): potrebbe essere utile condividere una *flow-chart* decisionale su come sostituire i secretagoghi in base al valore di HbA1c e al fenotipo del paziente.

È, infine, indispensabile inserire nella cartella elettronica le nuove schede aggiornate già predisposte dal Gruppo Annali, nello specifico: DT1 - Tecnologie - Glucometria; Gravidanza; Cuore: Scompenso cardiaco - FE%; Fegato: score di rischio di MAFLD; Cervello: TIA; Rene: classificazione KDIGO della DKD.