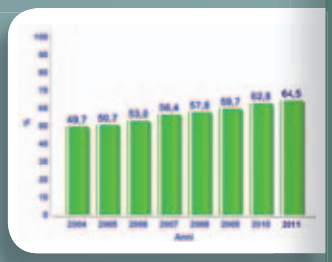
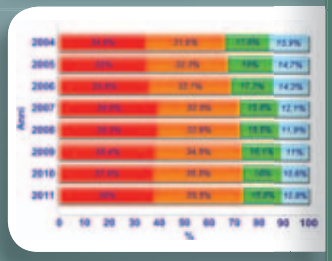
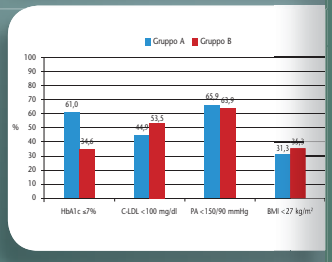
le Monografie degli Annali AMD 2012

Focus su:

DIABETE NELL'ANZIANO: ANALISI PROSPETTICA DELL'ASSISTENZA 2004-2011







M. Boemi, R. Candido, C.B. Giorda,
G. Felace, A. Nicolucci, F. Pellegrini,
M.A. Pellegrini, A. Perrelli, M.C. Rossi

le Monografie degli Annali AMD 2012

Focus su:

DIABETE NELL'ANZIANO: ANALISI PROSPETTICA DELL'ASSISTENZA 2004-2011

Board scientifico:
M. Boemi, R. Candido, C.B. Giorda,
G. Felace, M.A. Pellegrini, A. Perrelli

Elaborazione e interpretazione dati:
A. Nicolucci, F. Pellegrini,
M.C. Rossi

AMD
1974 ANNO DI FONDAZIONE
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

La lista completa dei Centri che hanno partecipato alla raccolta dei dati utilizzati per questa analisi è pubblicata sul volume Annali 2012, http://www.aemmedi.it

Monografia realizzata grazie a un contributo incondizionato di

NOVARTIS

Copyright 2013: AMD Associazione Medici Diabetologi
Viale Delle Milizie, 96 – 00192 Roma
Tel. 06.700.05.99 – Fax 06.700.04.99
E-mail: segreteria@aemmedi.it
http://www.aemmedi.it

La riproduzione dei testi e dei grafici è consentita citando la fonte.

Progetto grafico e realizzazione tecnica Kino – Torino
Stampa Stamperia Artistica Nazionale – Trofarello (To)
Immagini di copertina: Archivio AMD e iStockphoto
Finito di stampare nel mese di settembre 2013

AMD Associazione Medici Diabetologi

Consiglio Direttivo Nazionale

Presidente: Antonio Ceriello (Barcellona, Spagna)
Vice Presidente: Nicoletta Musacchio (Milano)

Consiglieri: Vincenzo Armentano (Napoli)
Maria Calabrese (Prato)
Francesco Calcaterra (Schio, VI)
Francesco Chiaramonte (Roma)
Giuliana La Penna (Pescara)
Sergio Leotta (Roma)
Luca Lione (Savona)
Maria Chantal Ponziani (Novara)
Gaudenzio Stagno (Palmi, RC)

Segretario: Katherine Esposito (Napoli)
Coordinatore della Consulta dei Presidenti Regionali: Antimo Aiello (Campobasso)

Consiglio di Amministrazione Fondazione AMD

Presidente: Carlo Bruno Giorda (Chieri, TO)

Consiglieri: Massimo Boemi (Ancona)
Antonino Cimino (Brescia)
Stefano Genovese (Rozzano, MI)
Sandro Gentile (Napoli)

Consorzio Mario Negri Sud (Santa Maria Imbaro, CH)

Responsabile: Antonio Nicolucci
Giuseppe Lucisano
Riccarda Memmo
Fabio Pellegrini
Elena Pellicciotta
Basilio Pintaudi
Maria Chiara Rossi
Marco Scardapane

SOMMARIO

Introduzione 7
Antonio Ceriello

Metodi **9**

Caratteristiche dei pazienti anziani con diabete di tipo 2 **15**

Emoglobina glicata (HbA1c) **17**
Osservazioni di *Massimo Boemi*, *Giuseppe Felace* 27

Profilo lipidico **29**
Osservazioni di *Riccardo Candido*, *Maria Antonietta Pellegrini* 34

Pressione arteriosa **37**
Osservazioni di *Riccardo Candido*, *Maria Antonietta Pellegrini* 42

Funzionalità renale **43**
Osservazioni di *Massimo Boemi*, *Giuseppe Felace* 47

Altri indicatori **49**
Osservazioni di *Massimo Boemi*, *Giuseppe Felace* 53

Paziente diabetico che diventa anziano versus paziente anziano con diabete: confronto tra pattern assistenziali e trattamenti farmacologici **55**
Osservazioni di *Andrea Perrelli* 61

Conclusioni **63**
Carlo Bruno Giorda

INTRODUZIONE

La seconda edizione degli Annali dedicati al paziente anziano testimonia l'interesse e l'attenzione che AMD ha per questo argomento.
Già da alcuni anni AMD ha istituito un gruppo di studio dedicato alla persona anziana con diabete, che ha finora ben lavorato per aumentare non solo l'interesse sull'argomento, ma soprattutto le conoscenze sul problema.
La raccolta degli Annali dedicata specificamente a questo argomento rappresenta l'ideale punto di raccordo tra le varie attività di AMD dedicate alla persona anziana con diabete, in quanto costituisce allo stesso tempo la fotografia dell'attuale, ma fornisce anche chiare indicazioni sui settori nei quali muoversi per migliorare la cura di queste specifiche persone.
Questa monografia rappresenta una ulteriore conferma degli Annali AMD quale prezioso strumento nelle mani dei diabetologi.

Antonio Ceriello
Presidente AMD

METODI

AMD

METODI

Analogamente alla nuova edizione degli Annali (Annali 2012), recentemente pubblicati, questa monografia si basa sull'analisi del nuovo database realizzato da AMD per il monitoraggio e il miglioramento continuo della qualità di cura. In particolare, il database contiene i dati raccolti nel corso della normale pratica clinica da 320 Centri di diabetologia diffusi sull'intero territorio nazionale.
Così come gli Annali 2012, anche questa monografia ha lo scopo di indagare, con una metodologia simile a quella applicata negli Annali 2009, come si è evoluta, anche grazie agli Annali AMD, la qualità dell'assistenza diabetologica in Italia in 8 anni, dal 2004 al 2011.
In particolare, la monografia è incentrata sull'evoluzione della qualità della cura erogata alla popolazione anziana, ovvero ai pazienti di età ≥75 anni.

CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Per poter partecipare all'iniziativa, i Centri dovevano essere dotati di sistemi informativi (cartella clinica informatizzata) in grado di garantire, oltre alla normale gestione dei pazienti in carico, l'estrazione standardizzata delle informazioni necessarie alla costituzione del File Dati AMD. Quest'ultimo rappresenta lo strumento conoscitivo di base, poiché fornisce tutte le informazioni necessarie per la descrizione degli indicatori di processo e di outcome considerati.
Una premessa fondamentale, necessaria per una corretta interpretazione dei dati mostrati, riguarda l'inevitabile sovrapposizione fra qualità dell'assistenza e qualità dei dati raccolti. In altre parole, una valutazione attendibile della qualità dell'assistenza non può prescindere da un uso corretto e completo della cartella informatizzata. Infatti, la registrazione solo parziale dei dati dell'assistenza porta di fatto all'impossibilità di distinguere la mancata esecuzione di una determinata procedura dalla sua mancata registrazione sulla cartella. Come discusso in dettaglio successivamente, questo problema ha di fatto determinato l'impossibilità di utilizzo di alcuni indicatori e ha condizionato la selezione dei Centri inclusi nell'analisi.

SELEZIONE DEI CENTRI

Al fine di garantire una sufficiente rappresentatività della propria pratica clinica, sono stati esclusi dalle analisi sui profili assistenziali quei Centri con un numero di pazienti con diabete di tipo 2 (DM2) inferiore a 100. Analogamente, per le valutazioni riguardanti gli outcome intermedi sono stati esclusi quei Centri che, per lo specifico outcome, avessero l'informazione in un numero di pazienti inferiore a 100. Tali filtri sono stati applicati su ogni anno considerato, pertanto il numero di Centri analizzabili per ogni anno può essere diverso. Questa selezione si è resa necessaria poiché in alcuni Centri l'informatizzazione dei dati clinici era stata attivata solo di recente e riguardava quindi solo una parte dei pazienti assistiti.

SELEZIONE DELLA POPOLAZIONE

Tutte le analisi riguardano i pazienti "attivi", vale a dire tutti i pazienti con DM2 di età ≥75 anni che avessero almeno una visita, una misurazione dell'emoglobina glicata (HbA1c), o una prescrizione di farmaci per il diabete nell'anno considerato.

DATI DESCRITTIVI GENERALI

I dati analizzati riguardano caratteristiche socio-demografiche (età, sesso), percentuale di primi accessi, numero medio di visite/anno e parametri clinici (valori medi di BMI, HbA1c, valori pressori, trigliceridi, colesterolo totale, colesterolo HDL e colesterolo LDL).

A differenza delle precedenti edizioni, il valore di HbA1c non ha subito il processo matematico di normalizzazione, vista la comparabilità dei metodi analitici raggiunta dai diversi laboratori.
Se non riportati sulla cartella clinica, i valori di colesterolo LDL sono stati calcolati utilizzando la formula di Friedwald. Ovviamente, il colesterolo LDL è stato calcolato solo se nella cartella erano presenti i valori di colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi determinati nella stessa data e se i valori di trigliceridi non eccedevano i 400 mg/dl.

SELEZIONE DEGLI INDICATORI

Come già discusso, questo rapporto è basato su una parte degli indicatori previsti nel File Dati AMD.

Indicatori di processo

Fra gli indicatori di processo, sono stati selezionati quelli riguardanti il monitoraggio almeno una volta nell'anno in oggetto dei seguenti parametri:

- HbA1c
- Profilo lipidico
- Pressione arteriosa
- Funzionalità renale
- Esame del piede
- Esame del fundus oculi

È da notare che fra gli indicatori di processo previsti nel File Dati, non è inclusa nell'analisi la valutazione della neuropatia. Infatti, i risultati di tali valutazioni sono spesso riportati nelle cartelle informatizzate come testo libero, e quindi non utilizzabili ai fini di analisi statistiche.

Indicatori di outcome intermedio

Gli indicatori, favorevoli e sfavorevoli, utilizzati per descrivere gli esiti della cura sono stati i seguenti:

- Percentuale di pazienti con valori di HbA1c ≤7,0% e >8,0%
- Percentuale di pazienti con valori di colesterolo LDL <100 mg/dl e ≥130 mg/dl
- Percentuale di pazienti con valori pressori <150/90 mmHg e ≥150/90 mmHg
- Percentuale di pazienti con valori di indice di massa corporea (BMI) <27 kg/m^2 e ≥30 kg/m^2
- Percentuale di pazienti con micro/macroalbuminuria (MAU)
- Percentuale di pazienti con filtrato glomerulare (GFR) <60 ml/min
- Percentuale di pazienti con presenza concomitante di micro/macroalbuminuria e GFR <60 ml/min
- Valori medi di HbA1c, BMI, pressione arteriosa sistolica e diastolica, colesterolo totale, HDL e LDL e trigliceridi
- Percentuale di pazienti fumatori

Per tutti questi indicatori il denominatore è costituito dai pazienti con almeno una rilevazione di questi parametri durante l'anno indice. Come già specificato, sono stati inoltre esclusi quei Centri nei quali questi parametri sono stati misurati in meno di 100 soggetti.
La percentuale dei pazienti fumatori è stata calcolata solo sui Centri con sufficienti informazioni riguardo l'abitudine al fumo, ovvero solo nei Centri nei quali risultava una frequenza minima di fumatori di almeno il 10%.
Il GFR è stato calcolato con la formula CKD-EPI.

Indicatori di utilizzo dei farmaci

Gli indicatori utilizzati sono stati i seguenti:

- Percentuale di pazienti trattati con le diverse classi di farmaci, da soli o in combinazione:
  - *Antidiabetici*: metformina, sulfaniluree, glitazonici, glinidi, inibitori della DPP-IV, analoghi del GLP-1, acarbose, insulina basale, insulina rapida, insulina intermedia e insuline premiscelate.
  - *Ipolipemizzanti*: statine, fibrati, omega-3 ed ezetimibe.
  - *Antipertensivi*: ACE-inibitori, sartani, diuretici, beta-bloccanti e calcio-antagonisti.

Le diverse classi di farmaci sono state identificate sulla base dei codici ATC. Mentre per i farmaci ipolipemizzanti e antipertensivi in tutti i Centri sono stati utilizzati codici ATC a sette cifre, per i farmaci antidiabetici in circa il 46% dei pazienti il codice disponibile comprendeva solo le prime cinque cifre. Questo ha comportato che il tasso di utilizzo di glinidi e analoghi del GLP-1 (per entrambi, codice ATC a cinque cifre = A10BX) sia stato valutato solo su circa la metà dei pazienti con DM2.
Le insuline sono state classificate in quattro categorie: rapide, basali, intermedie e pre-mix.

- Le insuline rapide includono i codici A10AB;
- Le insuline basali includono i codici A10AE;
- Le insuline intermedie includono i codici A10AC;
- Le insuline pre-mix includono i codici A10AD.

Indicatori di intensità/appropriatezza dei farmaci

- Percentuale di pazienti trattati con insulina da sola o in associazione con ipoglicemizzzanti orali
- Percentuale di pazienti non trattati con insulina nonostante valori di HbA1c >9%
- Percentuale di pazienti con valori di HbA1c >9% nonostante il trattamento con insulina
- Percentuale di pazienti trattati con ipolipemizzanti
- Percentuale di pazienti non trattati con ipolipemizzanti nonostante valori di C-LDL ≥130 mg/dl
- Percentuale di pazienti con valori di C-LDL ≥130 mg/dl nonostante il trattamento con ipolipemizzanti
- Percentuale di pazienti trattati con antipertensivi
- Percentuale di pazienti trattati con ≥2 agenti antipertensivi rispetto al totale dei trattati
- Percentuale di pazienti non trattati con antipertensivi nonostante valori pressori ≥150/90 mmHg
- Percentuale di pazienti con valori pressori ≥150/90 mmHg nonostante il trattamento con antipertensivi
- Percentuale di pazienti non trattati con ACE-inibitori e/o sartani nonostante la presenza di micro/macroalbuminuria.

Indicatori di outcome finale

Tali indicatori, pur essendo di grande rilevanza e opportunamente contemplati nel File Dati, non saranno oggetto di questo rapporto. Infatti, analogamente ad alcune misure di processo, le informazioni riguardanti le complicanze a lungo termine vengono più spesso riportate in modo discorsivo nei campi liberi della cartella, piuttosto che utilizzando schemi di codifica standardizzati (nonostante tali schemi siano disponibili all'interno delle cartelle).

LO SCORE DI QUALITÀ (SCORE Q)

La valutazione del cambiamento negli anni della qualità di cura complessiva è stato valutato attraverso lo score Q, un punteggio sintetico già introdotto negli Annali 2010. Lo score Q è stato sviluppato nell'ambito dello studio QuED (*Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18:57-65) e successivamente applicato nello studio QUASAR (*Diabetes Care* 2011;34:347-352). Il punteggio viene calcolato a partire da misure di processo ed esito intermedio, facilmente desumibili dal File Dati AMD, relative a HbA1c, pressione arteriosa, colesterolo LDL e microalbuminuria (misurazione negli ultimi 12 mesi, raggiungimento di specifici target e prescrizione di trattamenti adeguati). Per ogni paziente viene calcolato un punteggio tra 0 e 40 come indice crescente di buona qualità di cura

Tabella 1. Componenti dello score Q

Indicatori di qualità della cura	Punteggio
Valutazione dell'HbA1c < 1 volta/anno	5
HbA1c ≥ 8,0%	0
HbA1c < 8,0%	10
Valutazione della PA < 1 volta/anno	5
PA ≥ 140/90 mmHg a prescindere dal trattamento	0
PA < 140/90 mmHg	10
Valutazione del PL < 1 volta/anno	5
Colesterolo LDL ≥ 130 mg/dl a prescindere dal trattamento	0
Colesterolo LDL < 130 mg/dl	10
Valutazione della MA < 1 volta/anno	5
Non trattamento con ACE-inibitori e/o sartani in presenza di MA	0
Trattamento con ACE-inibitori e/o sartani in presenza di MA oppure MA assente	10
Score range	**0 – 40**

PA = pressione arteriosa; PL = profilo lipidico; MA = microalbuminuria.

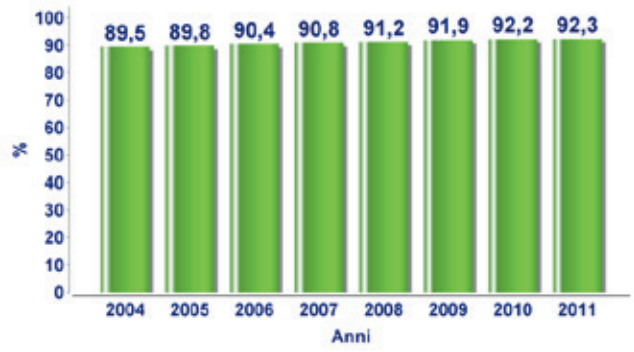
ricevuta. Lo score Q si è dimostrato in grado di predire l'incidenza successiva di eventi cardiovascolari quali angina, IMA, ictus, TIA, rivascolarizzazione, complicanze arti inferiori e mortalità. In particolare, nello studio QUASAR, a conferma di quanto già evidenziato nello studio QuED, il rischio di sviluppare un evento cardiovascolare dopo una mediana di 2,3 anni era maggiore dell'84% nei soggetti con score inferiore a 15 e del 17% in quelli con score di 20-25, rispetto a quelli con score superiore a 25. Inoltre, lo studio QuED ha evidenziato come pazienti seguiti da Centri che presentavano una differenza media di 5 punti dello score Q avevano una differenza del 20% nel rischio di sviluppare un evento cardiovascolare. Questi dati indicano che lo score Q può rappresentare un utile strumento sintetico per descrivere la performance di un Centro e per eseguire analisi comparative fra centri/aree diverse.
Negli Annali AMD, lo score Q è utilizzato sia come misura continua (punteggio medio e deviazione standard) sia come misura categorica (<15, 15-25, >25).

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI DATI

Oltre che in forma tabellare, i dati riguardanti gli indicatori prescelti sono riportati utilizzando diversi tipi di presentazione grafica, utili a migliorare la comprensione dei dati.

Istogrammi

Indicano la variazione nel corso degli 8 anni nelle percentuali di soggetti monitorati per uno specifico parametro, o che hanno raggiunto un determinato outcome o che sono stati trattati con una specifica classe di farmaci.



Ad esempio, dal grafico che precede è possibile stimare che per il parametro in studio è presente un incremento assoluto del 2,8% (dal 89,5% al 92,3%) confrontando il 2011 con il 2004.
Grafici a barre con una diversa veste grafica sono stati utilizzati anche per rappresentare i livelli medi di score Q e la distribuzione per classi di score Q nei diversi anni.

Grafici a montagna

Mentre dagli istogrammi è possibile desumere quale cambiamento si sia verificato in termini assoluti, dai paralleli grafici a montagna si ottengono informazioni sulle variazioni percentuali relative.

Questi grafici esprimono infatti, per ogni anno rispetto al 2004, l'incremento/decremento relativo nella percentuale di pazienti che hanno eseguito una procedura di monitoraggio, che hanno raggiunto un determinato outcome o che sono stati trattati con una specifica classe di farmaci. Ad esempio, per il confronto fra i dati del 2011 e quelli del 2004 la variazione relativa viene calcolata con la seguente formula:

$$\frac{(\%\ \text{nel 2011} - \%\ \text{nel 2004})}{\%\ \text{nel 2004}}$$

Ad esempio, facendo riferimento all'istogramma precedente, è possibile stimare che per il parametro in studio è presente un incremento relativo del 3,2% [(92,3-89,5)/89,5].

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI ANZIANI CON DIABETE DI TIPO 2

AMD

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI ANZIANI CON DIABETE DI TIPO 2

La seguente tabella mostra le caratteristiche della popolazione di età ≥75 anni divise per anno.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Numero pazienti	47.683	56.485	69.876	84.527	97.052	112.535	128.345	145.041
% rispetto alla popolazione totale	19,9	20,9	22,1	22,9	23,6	24,9	26,0	27,2
Maschi (%)	41,9	42,6	43,4	44,0	44,4	44,9	45,4	46,2
Età (anni)	79,9±3,8	79,9±3,8	79,9±3,8	80,0±3,8	80,2±3,9	80,3±3,9	80,4±4,0	80,5±4,1
Durata del diabete (anni)	13,8±10,5	13,8±10,6	13,9±10,6	14,0±10,7	14,1±10,8	14,0±10,8	14,0±10,9	14,2±10,9
Classi di trattamento (%)								
Solo dieta	7,7	7,7	7,2	7,1	6,6	6,3	6,0	5,8
Iporali	60,3	59,3	59,6	58,1	56,9	56,1	55,6	55,4
Insulina+iporali	11,9	12,2	12,2	12,6	13,5	14,3	14,8	15,4
Insulina	20,1	20,8	21,1	22,2	23,0	23,3	23,6	23,4

Nel corso degli anni, si evidenzia una crescita della prevalenza di pazienti di sesso maschile e un lieve aumento dell'età media e della durata media di diabete, accanto a una riduzione costante dei pazienti in sola dieta e a un aumento dei soggetti trattati con insulina.

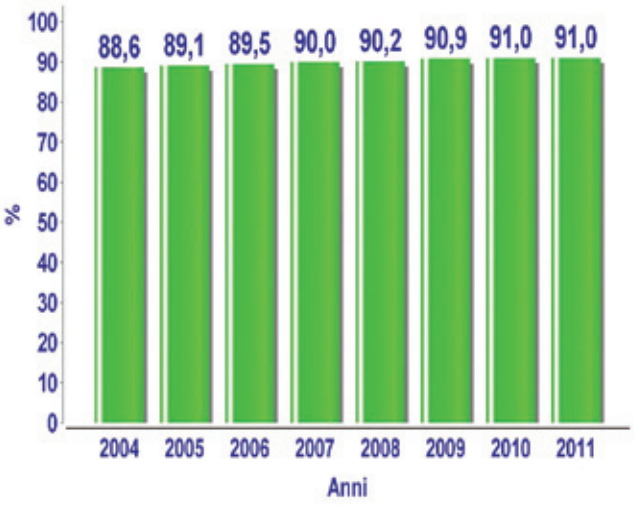
EMOGLOBINA GLICATA (HbA1c)

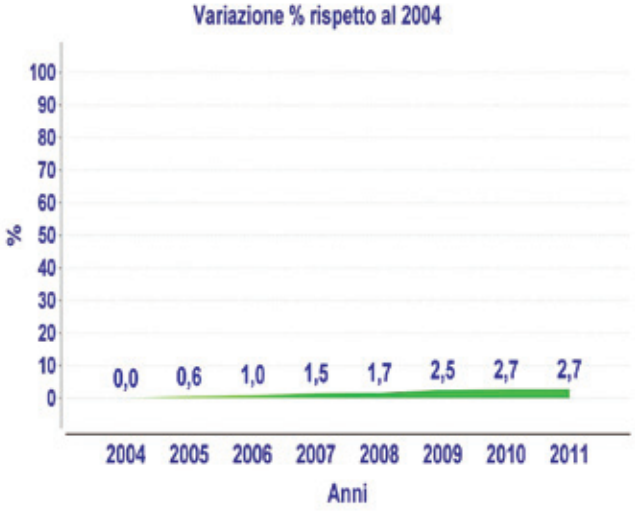
Questa sezione è dedicata all'esplorazione dei cambiamenti nel corso degli 8 anni considerati degli indicatori di qualità relativi al controllo metabolico.
Vengono presi in considerazione indicatori di processo, di esito intermedio favorevole e sfavorevole, di utilizzo di farmaci e di intensità/appropriatezza del trattamento.

AMD

INDICATORI DI PROCESSO

Soggetti ai quali è stata eseguita almeno una misurazione dell'HbA1c



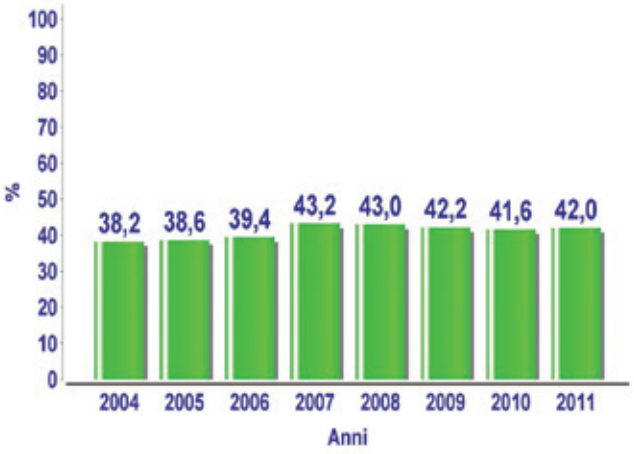


Il monitoraggio dell'HbA1c rappresenta fin dal 2004 l'indicatore di processo più soddisfacente, con percentuali di esecuzione attorno al 90% in tutti gli anni, come documentato dal grafico a barre.

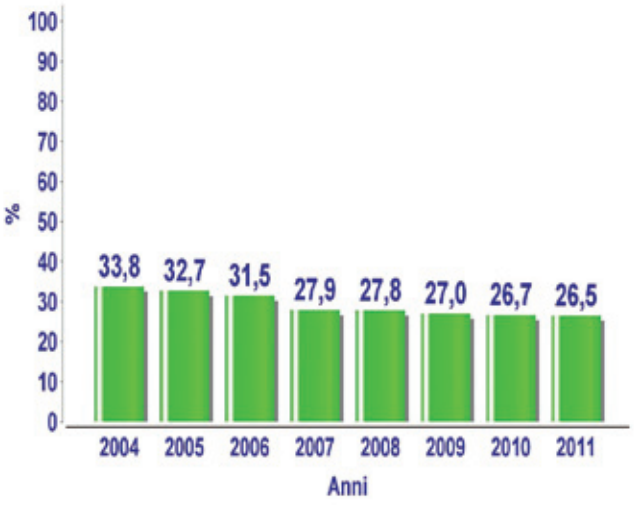
Nel corso degli anni, si evidenzia un lieve incremento percentuale nel tasso di soggetti con almeno una misurazione durante l'anno, come evidenziato dal grafico a montagna.

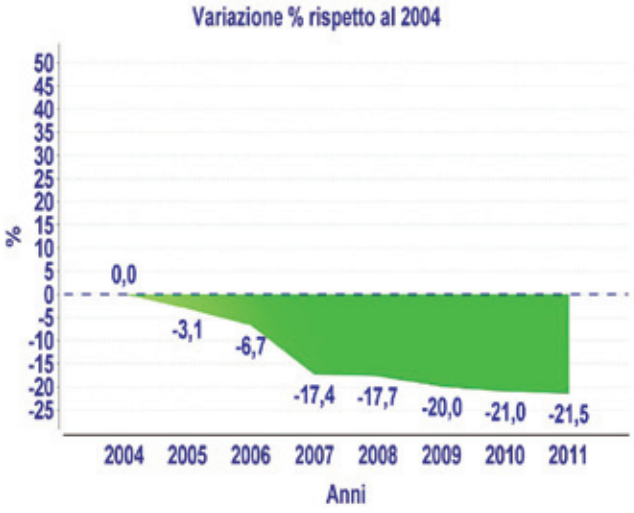
INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

Soggetti con HbA1c ≤7,0%



Soggetti con HbA1c >8,0%

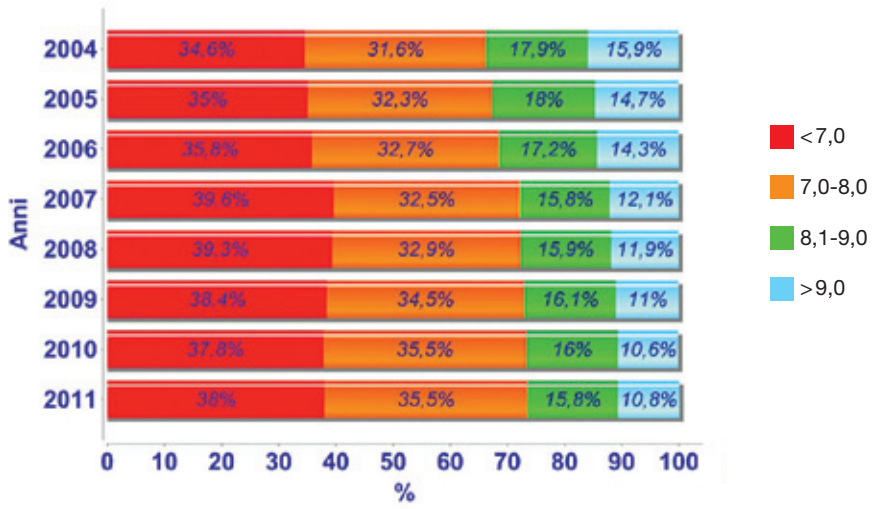




Dopo un'iniziale crescita, dal 2007 è stata registrata una stabilizzazione della quota di soggetti con valori di HbA1c ≤7,0%, mentre continua a decrescere nel tempo la quota di pazienti con valori superiori a 8,0%, che si è ridotta dal 34% al 27%, con un decremento relativo del 21,5%.

INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

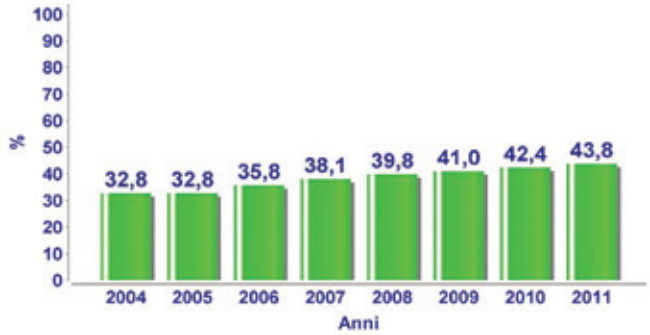
Distribuzione della popolazione per classi di HbA1c



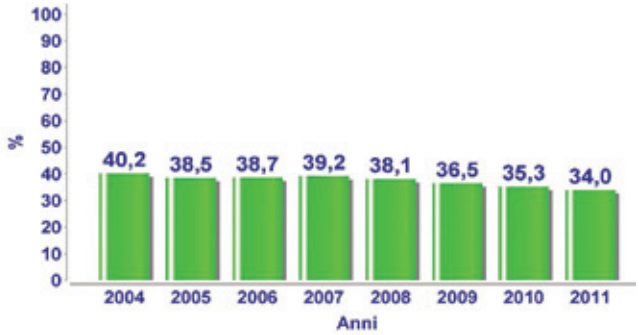
Negli anni si è progressivamente ridotta la quota di pazienti con valori di HbA1c superiori a 8,0% e superiori a 9,0%, mentre è parallelamente aumentata la quota di pazienti con HbA1c inferiori a 7%.
Di conseguenza, è aumentata del 4% la percentuale di pazienti con valori di HbA1c nel range compreso tra 7,0 e 8,0%.
È da notare che l'età media nelle quattro classi di HbA1c era pari a 80,2±4,0, 80,4±4,0, 80,6±4,1, 80,7±4,2 anni.

INDICATORI DI UTILIZZO DEI FARMACI - **IPOGLICEMIZZANTI ORALI**

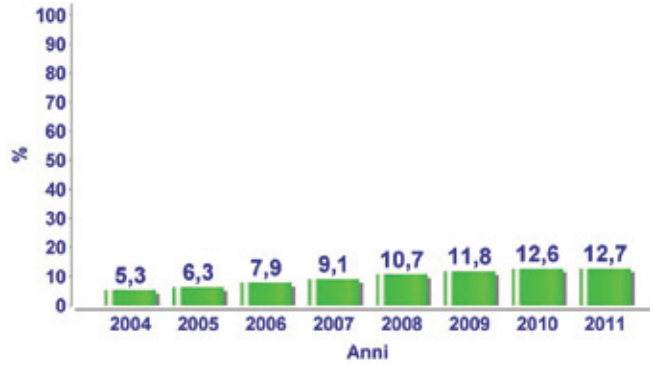
Soggetti trattati con metformina



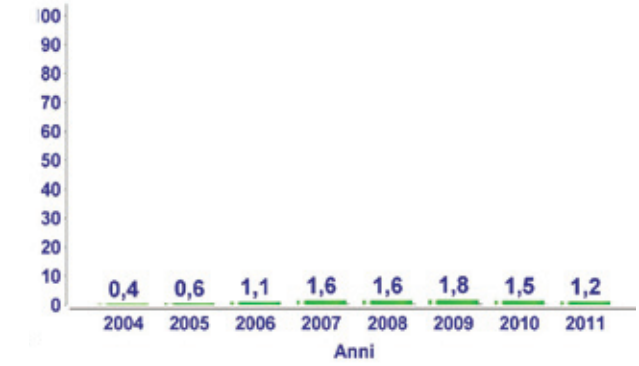
Soggetti trattati con sulfaniluree



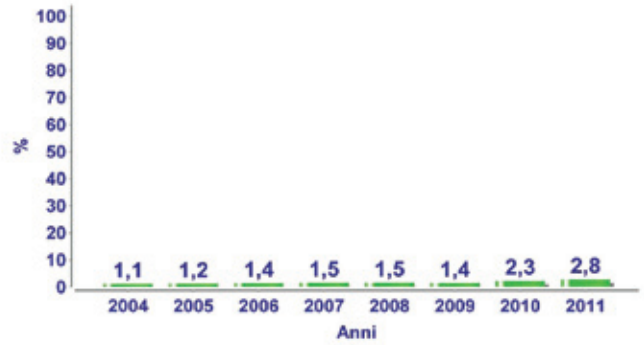
Soggetti trattati con glinidi



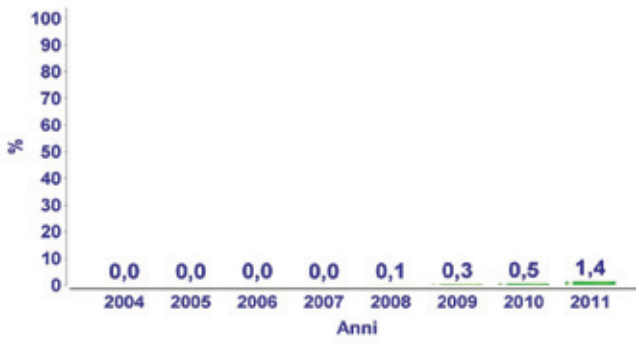
Soggetti trattati con glitazonici



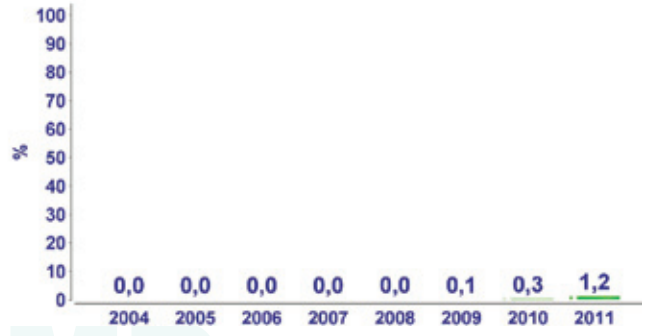
Soggetti trattati con acarbose



Soggetti trattati con inibitori della DPP-IV



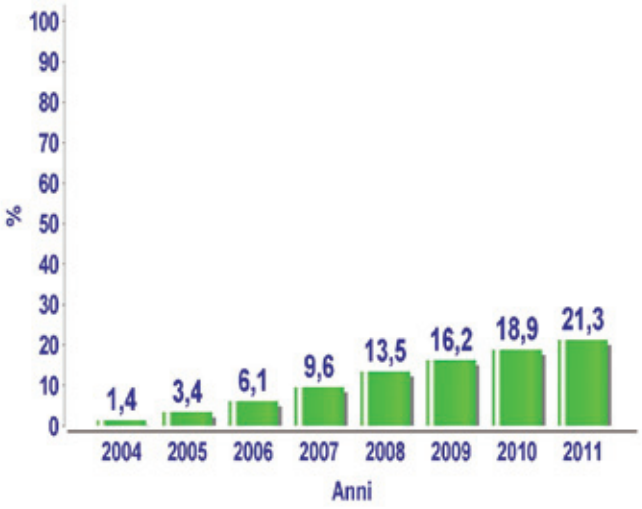
Soggetti trattati con analoghi del GLP-1



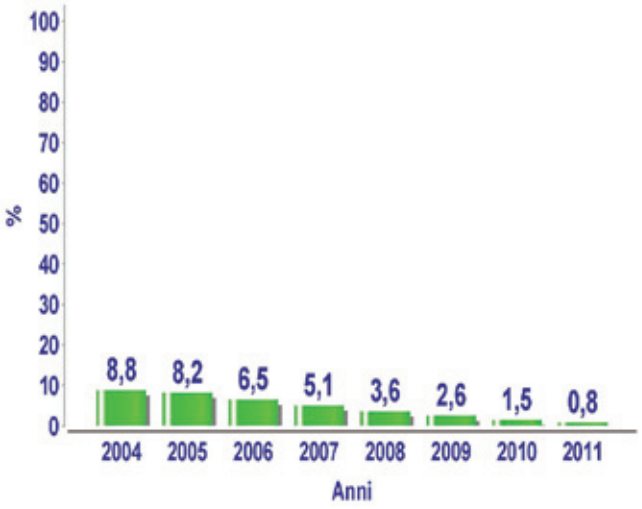
Nel corso di 8 anni, è stato registrato un trend di incremento nella quota di soggetti trattati con metformina, mentre si è ridotta la quota di soggetti trattati con sulfaniluree, associata tuttavia a un parallelo aumento dell'uso delle glinidi. Nel 2011, il 2,6% dei pazienti anziani risulta in trattamento con i nuovi farmaci che agiscono sull'asse incretinico.

INDICATORI DI UTILIZZO DEI FARMACI - INSULINA

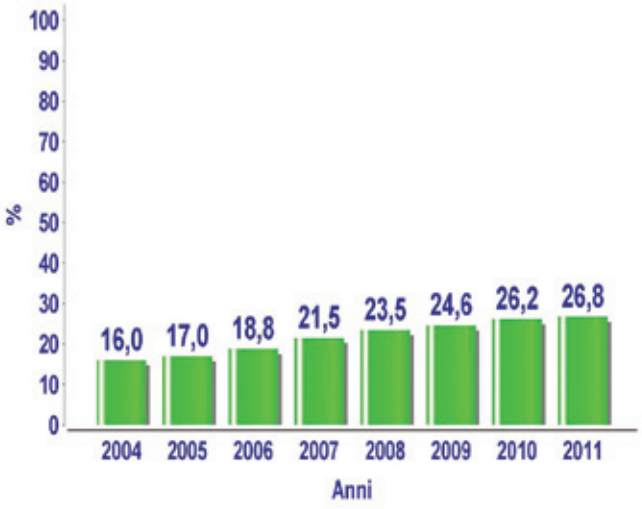
Soggetti trattati con insulina basale



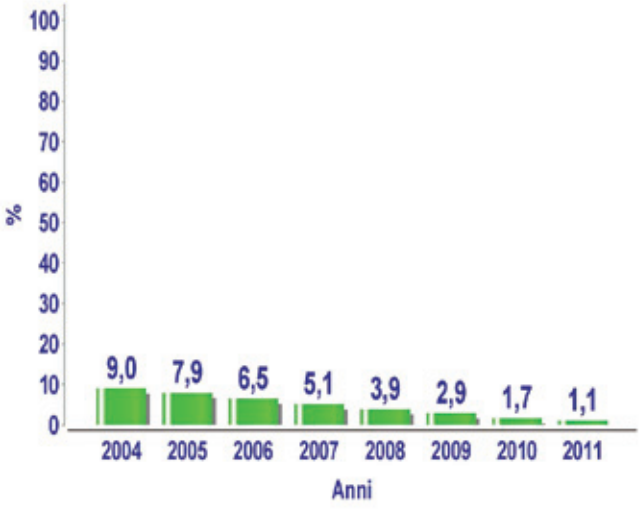
Soggetti trattati con insulina intermedia



Soggetti trattati con insulina rapida



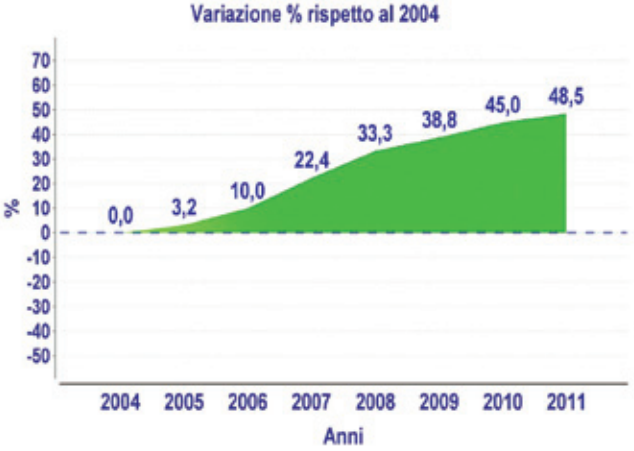
Soggetti trattati con insulina premiscelata



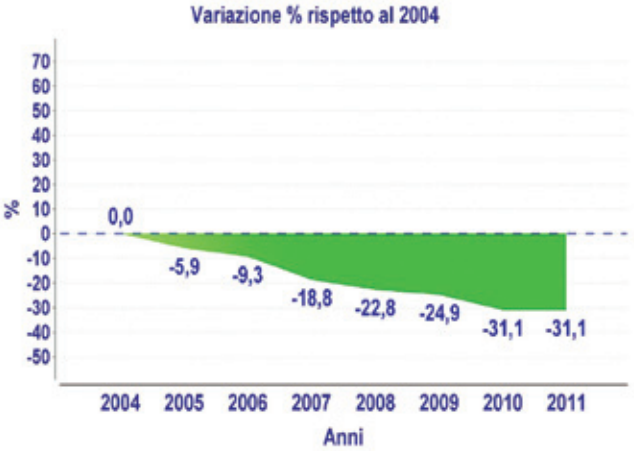
Nel corso degli anni si è registrato un sostanziale aumento della percentuale di soggetti trattati con insulina basale e con insulina rapida, mentre si registra una marcata riduzione dei pazienti trattati con insuline intermedie o premiscelate.

INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO

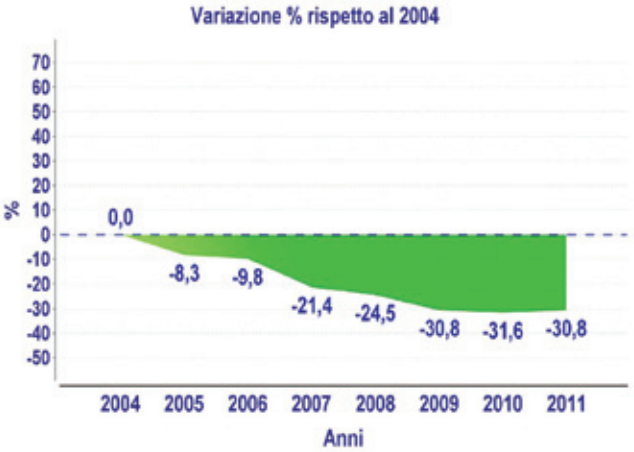
Soggetti trattati con insulina (da sola o in associazione con ipoglicemizzanti orali)



Soggetti con HbA1c >9,0% non trattati con insulina



Soggetti con HbA1c >9,0% nonostante il trattamento con insulina



Complessivamente, si registra un aumento relativo del 48,5% nella quota di pazienti trattati con insulina. Questo dato si affianca a una significativa riduzione della percentuale di soggetti non trattati con insulina nonostante valori di HbA1c superiori al 9% (-32,5%) e dei soggetti con valori di HbA1c elevati nonostante il trattamento insulinico (-20,1%).

CONFRONTO 2004-2011 TRA I PATTERN PRESCRITTIVI PIÙ UTILIZZATI

Le seguenti tabelle mostrano, in ordine decrescente, le combinazioni di farmaci più frequenti nel 2011 e il confronto con le percentuali di utilizzo nel 2004. Sono riportate tutte le combinazioni utilizzate in almeno il 2% del campione considerato.

POPOLAZIONE TOTALE

	2004	2011
Numero pazienti	47.683	145.041
Metformina+Sulfanilurea	31,1	21,5
Basale+Rapida	1,0	13,7
Metformina	6,6	12,9
Rapida	4,3	9,0
Sulfanilurea	19,2	7,5
Glinidi	5,2	6,6
Metformina+Sulfanilurea+Basale	0,5	2,9
Metformina+Glinidi	1,2	2,4
Metformina+Basale+Rapida	0,1	2,1

Oggi un quinto della popolazione anziana con DM2 è trattato con la combinazione metformina + sulfanilurea, mentre oltre un paziente su dieci è trattato o con schemi insulinici basati sull'impiego di basale + rapida o con metformina da sola.

Rispetto al 2004, emergono l'aumento dell'utilizzo della metformina in monoterapia, la riduzione assoluta dell'utilizzo delle sulfaniluree da sole o in combinazione con metformina e soprattutto l'impiego dell'insulina rapida, assieme alla basale o in monoterapia.

POPOLAZIONE DIVISA PER CLASSI DI HbA1c

HbA1c <7,0%

	2004	2011
Numero pazienti	14.625	50.206
Metformina+Sulfanilurea	29,0	22,5
Metformina	11,1	21,8
Sulfanilurea	30,1	11,2
Glinidi	7,3	9,3
Rapida	3,9	8,1
Basale+Rapida	0,3	8,1
Metformina+Glinidi	1,0	2,4

HbA1c tra 7,0% e 8,0%

	2004	2011
Numero pazienti	13.359	46.827
Metformina+Sulfanilurea	33,4	24,3
Basale+Rapida	0,7	12,6
Metformina	7,6	11,9
Rapida	4,1	8,7
Sulfanilurea	19,9	7,0
Glinidi	5,6	6,1
Metformina+Glinidi	1,2	2,8
Metformina+Sulfanilurea+Basale	0,3	2,6

HbA1c tra 8,1% e 9,0%

	2004	2011
Numero pazienti	7.573	20.804
Metformina+Sulfanilurea	33,9	19,4
Basale+Rapida	1,5	18,2
Rapida	3,3	9,3
Metformina+Sulfanilurea+Basale	0,7	5,2
Glinidi	4,4	4,7
Sulfanilurea	13,0	4,3
Metformina	3,4	4,2
Metformina+Basale+Rapida	0,1	3,5
Basale+Glinidi	0,2	2,7
Metformina+Sulfanilurea+DPP-IV	0	2,4
Metformina+Sulfanilurea+Rapida	1,1	2,4
Metformina+Glinidi	1,5	2,3

HbA1c >9,0%

	2004	2011
Numero pazienti	6.704	14.211
Basale+Rapida	2,2	23,7
Metformina+Sulfanilurea	30,3	14,7
Rapida	4,0	9,1
Metformina+Sulfanilurea+Basale	1,2	6,6
Metformina+Basale+Rapida	0,3	5,0
Metformina	1,9	3,2
Sulfanilurea	8,7	3,2
Glinidi+Basale	0,2	3,1
Glinidi	2,8	2,9
Metformina+Sulfanilurea+Rapida	0,9	2,4
Metformina+Rapida	0,5	2,1
Metformina+Sulfanilurea+DPP-IV	0	2,1

L'esame dei pattern prescrittivi in base alle classi di HbA1c può fornire indicazioni utili sull'appropriatezza del trattamento. In particolare, vengono evidenziate ad esempio:

- le percentuali di soggetti anziani con bassi livelli di HbA1c trattati con farmaci che possono aumentare il rischio di ipoglicemia;
- le percentuali di soggetti in monoterapia nonostante livelli di HbA1c francamente elevati;
- le percentuali di soggetti che, nonostante un approccio terapeutico più intensivo, presentano un controllo metabolico insoddisfacente.

POPOLAZIONE DIVISA PER CLASSI DI TRATTAMENTO

Ipoglicemizzanti orali

	2004	2011
Numero pazienti	20.605	70.621
Metformina+Sulfanilurea	47,6	36,5
Metformina	10,1	21,8
Sulfanilurea	29,3	12,7
Glinidi	8,0	11,1
Metformina+Glinidi	1,8	4,1
Metformina+Sulfanilurea+Glinidi	0	2,8

Insulina

	2004	2011
Numero pazienti	6.874	29.805
Rapida+Basale	4,7	55,1
Rapida	19,8	36,3
Rapida+Premix	35,2	2,7
Basale	0,5	2,5
Rapida+Intermedia	28,6	2,2

Ipoglicemizzanti orali + insulina

	2004	2011
Numero pazienti	4.065	19605
Metformina+Sulfanilurea+Basale	4,0	17,9
Metformina+Basale+Rapida	0,8	12,9
Glinidi+Basale	0,7	10,7
Metformina+Sulfanilurea+Rapida	5,7	8,3
Metformina+Rapida	2,6	8,0
Metformina+Sulfanilurea+Basale +Rapida	0,3	4,6
Sulfanilurea+Basale	0,9	4,0
Glinidi+Rapida	1,3	4,0
Metformina+Basale	0,3	3,5
Metformina+Glinidi+Basale	0,1	3,1
Glinidi+Basale+Rapida	0,2	2,7

L'esame dei pattern prescrittivi in base ai gruppi di trattamento documenta quanto segue.

- Tra i soggetti trattati con ipoglicemizzanti orali è, seppure ridotta rispetto al 2004, ancora molto frequente (36,5%) la combinazione metformina + sulfanilurea. In oltre il 40% dei casi vengono utilizzate delle monoterapie, mentre le triple combinazioni sono rare.
- Tra i soggetti trattati con ipoglicemizzanti orali e insulina, si osservano numerose combinazioni che associano agli ipoglicemizzanti orali l'insulina basale, rapida o entrambe. Oltre un paziente su tre è trattato simultaneamente con insulina e sulfanilurea.
- Tra i soggetti in trattamento con sola insulina, l'approccio prescrittivo si è totalmente modificato rispetto al 2004. Oggi il 90% dei pazienti utilizza basale + rapida o solo rapida.

Osservazioni

L'analisi retrospettiva sugli 8 anni (2004-2011) oggetto di osservazione ha come primo dato saliente l'aumento percentuale della popolazione ultrasettantacinquenne in cura presso i Centri specialistici. Nell'ultimo anno di osservazione, questa superava il 27% con un incremento di oltre 7 punti percentuali rispetto al 2004.
L'analisi degli indicatori di una fetta così rilevante di popolazione può, quindi, risultare essenziale ai fini sia della definizione degli attuali livelli di cura sia dell'identificazione delle possibili aree di miglioramento.
Da un punto di vista generale, appare interessante come aumenti la proporzione dei soggetti trattati con terapia mista o solo insulinica, riducendosi quella dei soggetti in solo trattamento dietetico o orale; questo dato potrebbe rispecchiare una maggiore attenzione dello specialista alla ricerca del miglior controllo metabolico possibile anche nel paziente in età geriatrica attraverso una maggiore intensità di trattamento; ma potrebbe anche essere l'effetto della dismissione e affidamento al medico di medicina generale dei casi meno complessi.
L'ipotesi di una maggiore attenzione dello specialista trova conferma soprattutto nel miglioramento nella distribuzione per classi dell'HbA1c; infatti i soggetti con HbA1c maggiore di 8% si riducono progressivamente dal 34% al 27% essendo la riduzione percentualmente più rilevante quella a carico dei soggetti francamente scompensati (HbA1c >9%).
È inoltre interessante notare come la classe di soggetti con glicata inferiore a 7% trovi un progressivo incremento solo nel primo quadriennio (2004-2007) per poi decrescere e assestarsi intorno al 38%. Questa evidenza suggerisce il recepimento delle conoscenze in termini di rischio ipoglicemico e sue conseguenze soprattutto nella popolazione di età più avanzata.
In altre parole, si può dire che lo specialista diabetologo tende sempre più negli ultimi anni, nell'ultrasettantacinquenne, a un obiettivo di glicata compreso tra il 7% e l'8%, come testimoniato dal progressivo aumento di questa classe e in accordo con i più recenti indirizzi di letteratura.
A riprova di questo atteggiamento di buon senso clinico, è il mutamento dell'attività prescrittiva che vede nel corso degli anni ridursi l'utilizzo delle sulfaniluree e aumentare, anche in questo caso in accordo alle linee guida, quello della metformina. Un progressivo "allontanamento" da schemi più vecchi quali le associazioni precostituite di metformina e sulfaniluree o sulfaniluree da sole è anche evidente nell'evoluzione dei pattern prescrittivi.
Parimenti in crescita l'utilizzo della repaglinide, evidentemente considerata un farmaco sicuro dal punto di vista del rischio ipoglicemico e comunque, sino all'introduzione in farmacopea delle gliptine, una delle poche opzioni di terapia orale in presenza di riduzione del filtrato glomerulare, evenienza tutt'altro che infrequente nei soggetti in età geriatrica. Proprio l'ingresso dei nuovi farmaci dovrebbe consentire un'alternativa veramente sicura a questa molecola, il cui utilizzo in questi pazienti è giustificato più dall'esperienza e dalla prassi che da evidenze scientifiche, anche considerando che la scheda tecnica non ne raccomanda l'uso nei soggetti di età ≥75 anni.
Sorprende, e non poco, la quota marginale di prescrizione degli inibitori della DPP-IV (nel 2011 prescritti solo nell'1,4% dei pazienti di età ≥75 anni); farmaci che secondo diverse linee guida sono da considerare di prima linea (in aggiunta o in alternativa alla metformina) nel trattamento di questi pazienti per la loro efficacia, tollerabilità e soprattutto per la sicurezza riguardo all'ipoglicemia. Buona parte di questa bassa percentuale di prescrizione può essere ascritta alla loro recente introduzione sul mercato (2008), ma probabilmente altri fattori come un piano terapeutico da rinnovare periodicamente, il costo e, forse, il non pieno convincimento di una parte dei diabetologi possono spiegare questo orientamento prescrittivo.
Non del tutto giustificabile appare l'utilizzo degli analoghi del GLP-1 il cui uso risulta in aumento, anche se in una percentuale molto piccola di pazienti, considerando non solo che i dati di letteratura sul paziente anziano sono pressoché assenti ma anche che l'uso di farmaci ad azione anoressizzante, con frequenti effetti gastrointestinali e che possono indurre importanti cali ponderali, dovrebbe essere ben soppesato in soggetti nei quali l'anoressia è un fenomeno tutt'altro che infrequente, così come la malnutrizione e la sarcopenia.
Trascurabile anche l'uso di acarbose e glitazonici,

molecole da sempre poco amate dai diabetologi italiani, anche nelle classi di età più giovani.
Per quanto attiene l'utilizzo dell'insulina che, come sopra ricordato, si dimostra negli anni in continua ascesa, colpisce il marcato aumento di schemi che vedono associata l'insulina basale alla rapida o la sola insulina rapida (oltre il 90% dei soggetti in terapia insulinica) a dimostrare come la ricerca dell'equilibrio glicemico ottimale per il singolo paziente e la personalizzazione della terapia siano concetti sempre più recepiti in ambito specialistico.
La basalizzazione, sia accoppiata a insulina rapida sia a ipoglicemizzanti orali, è la scelta più frequente quando il paziente venga posto in terapia insulinica ed è ovviamente effettuata con analoghi basali laddove le insuline NPH sono al 2011 praticamente scomparse.
Questa ipotesi è oltretutto suffragata dalla progressiva riduzione della prescrizione di miscele precostituite che, seppur possano offrire vantaggi in termini di facilità di esecuzione della terapia, sono ovviamente assai meno flessibili per quanto attiene ai dosaggi.
Un'ulteriore conferma dell'attenzione al risultato terapeutico anche nei soggetti anziani deriva dall'analisi degli indicatori di intensità di cura e di appropriatezza di trattamento, nel corso degli anni di osservazione infatti si sono drasticamente ridotti sia i soggetti con valori di glicata inaccettabili nonostante la terapia insulinica sia i soggetti francamente scompensati (HbA1c >9,0%) trattati con farmaci orali. Nel 2011 la quota di popolazione con valori di glicata maggiori di 9% rappresentava circa l'11% del totale, forse un dato da considerarsi "fisiologico" per questa classe di età, e interpretabile con le difficoltà che talora si incontrano nell'introdurre schemi terapeutici complessi in caso di disabilità, problematiche sociali o ridotta aspettativa di vita, situazioni nelle quali il rischio di errori o di una bassa aderenza alla terapia impongono scelte compromissorie. Tuttavia colpisce come, in questa classe di emoglobina glicata, circa il 10% dei pazienti sia trattato con monoterapia, dato che riflette presumibilmente una certa inerzia terapeutica.
All'opposto, seppure come ricordato sia evidente un miglioramento nell'appropriatezza terapeutica nel corso degli anni, resta inaccettabilmente elevato il numero di soggetti con glicata inferiore a 7,0% che utilizzano secretagoghi potenzialmente rischiosi, soprattutto in caso di rapidi, improvvisi e imprevisti peggioramenti della funzionalità renale (da ricordare che quasi la metà della popolazione di età ≥75 anni presenta di base un GFR <60 ml/min). Tre quarti dei pazienti che raggiungono l'obiettivo metabolico di un'HbA1c inferiore a 7% sono trattati con sulfoniluree/glinidi oppure con insulina. Considerato che l'età media di questa classe di glicata è di 80,2 anni, è opportuno riflettere e chiedersi se un obiettivo così ambizioso sia realmente vantaggioso quando perseguito con l'utilizzo di farmaci che espongono (in modo consistente per questi valori di HbA1c) al pericolo di ipoglicemia, riconosciuto fattore di rischio di eventi cardiovascolari, cadute e decadimento cognitivo. Inoltre, non bisogna dimenticare che l'ottimizzazione del controllo glico-metabolico richiede in media 8-10 anni per tradursi in un beneficio microvascolare e forse più anni ancora sono necessari per un beneficio macrovascolare.
In conclusione, sebbene dai dati raccolti si possa affermare come le evidenze scientifiche acquisite nel corso degli anni permeino l'attività degli specialisti diabetologi e sempre più si traducano in cambiamenti nella pratica clinica, il percorso da attuare per ottimizzare la terapia ipoglicemizzante in termini di rischio/benefici della stessa sembra ancora lungo.

Massimo Boemi, Giuseppe Felace

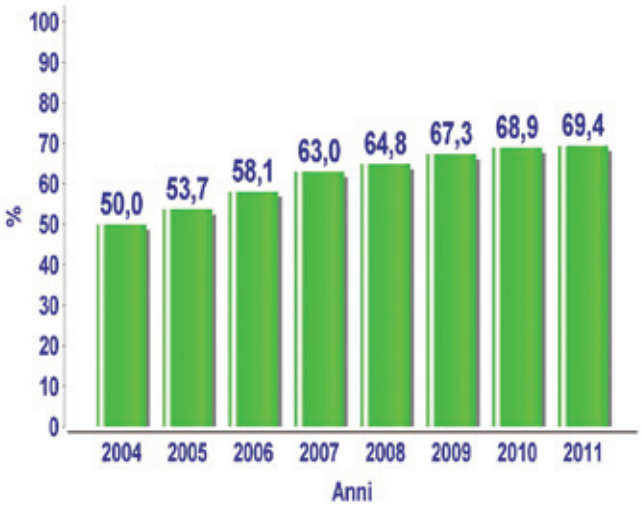
PROFILO LIPIDICO

Questa sezione è dedicata all'esplorazione dei cambiamenti nel corso degli 8 anni considerati degli indicatori di qualità relativi al profilo lipidico.
Vengono presi in considerazione indicatori di processo, di esito intermedio favorevole e sfavorevole, di utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti e di intensità/appropriatezza di uso dei farmaci.

AMD

INDICATORI DI PROCESSO

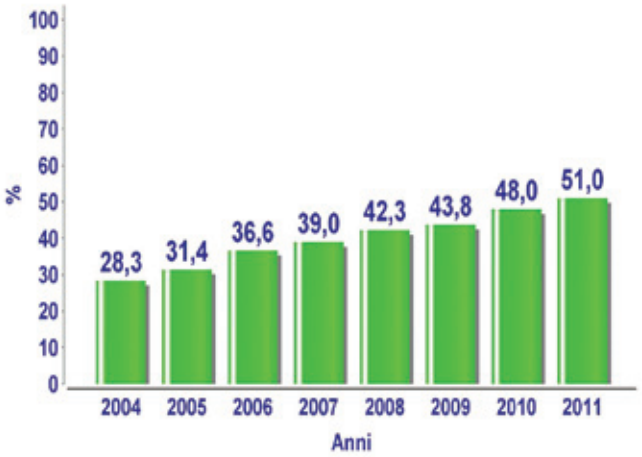
Soggetti ai quali è stata eseguita almeno una misurazione del profilo lipidico



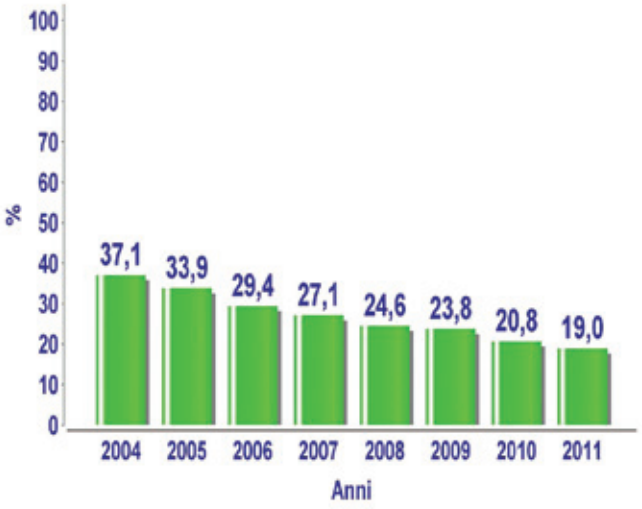
Il monitoraggio annuale del profilo lipidico ha interessato nel corso degli anni un numero sempre più elevato di pazienti, con un incremento relativo del 38,8% durante il periodo di osservazione.

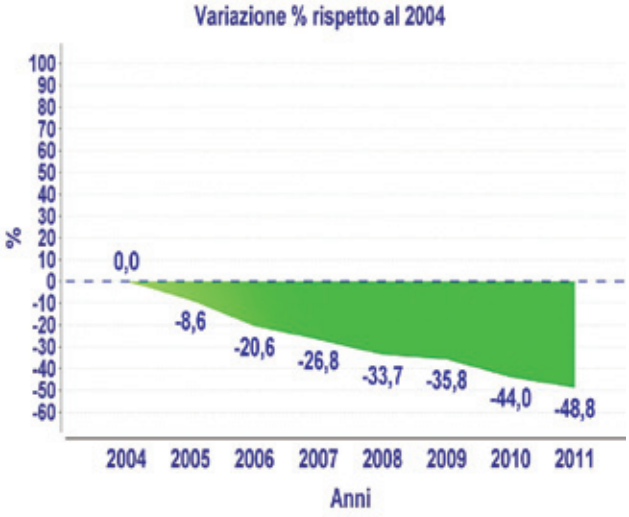
INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

Soggetti con C-LDL < 100 mg/dl



Soggetti con C-LDL ≥ 130 mg/dl



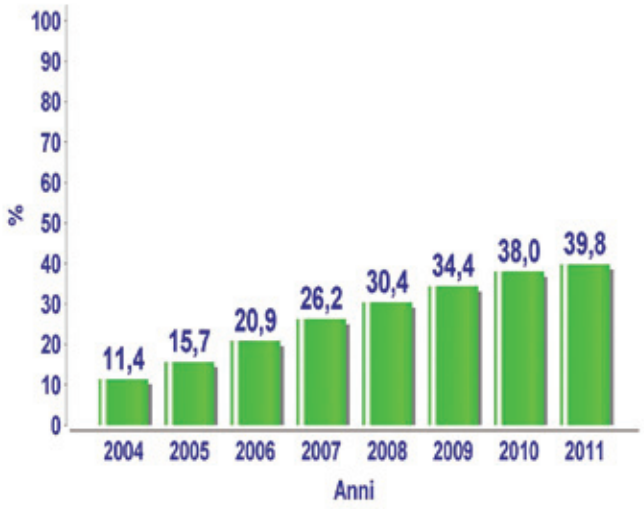


L'analisi temporale dei valori di colesterolo LDL documenta un marcato incremento nella percentuale di soggetti a target, con una crescita relativa di oltre l'80%.

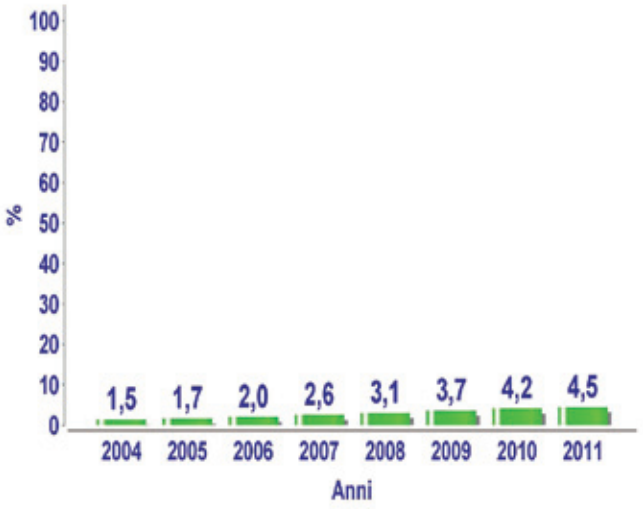
Parallelamente, si è assistito a una riduzione importante della quota di soggetti con valori particolarmente elevati che ha raggiunto il 19% nel 2011, con un calo relativo del 48,8%.

INDICATORI DI UTILIZZO DEI FARMACI

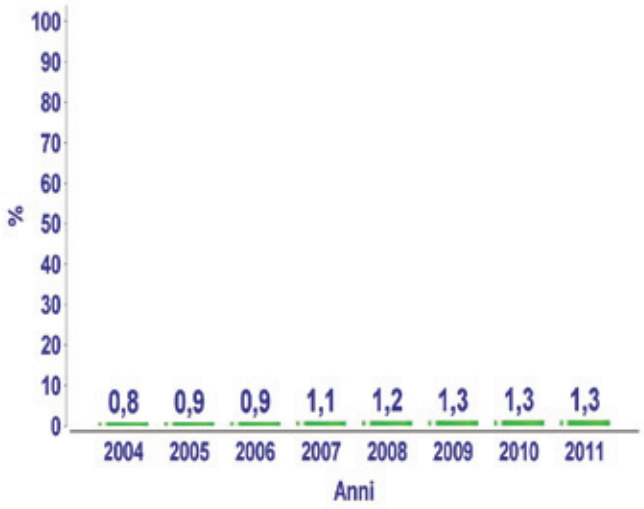
Soggetti trattati con statine



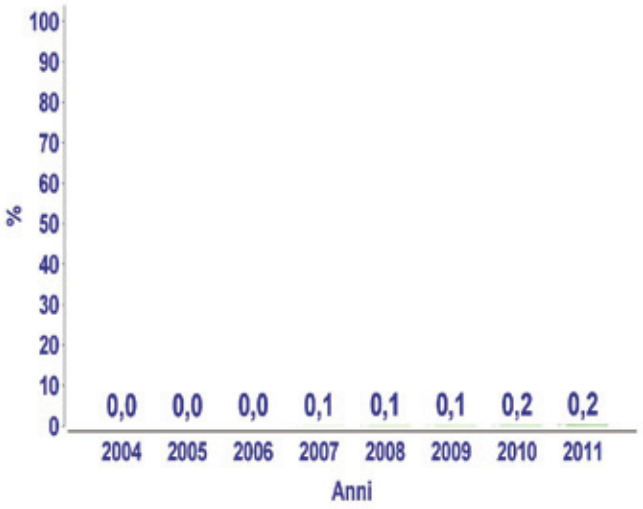
Soggetti trattati con omega-3



Soggetti trattati con fibrati



Soggetti trattati con ezetimibe

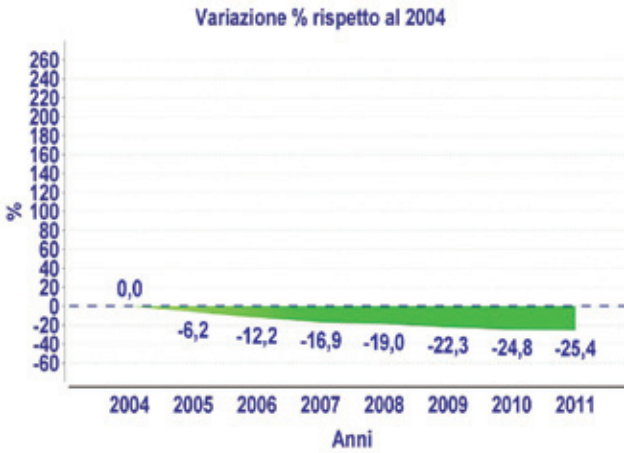


Per quanto riguarda l'impiego dei farmaci, nel corso di 8 anni è quasi quadruplicata la percentuale di soggetti trattati con statine, è lievemente cresciuto il numero di pazienti trattati con omega-3, mentre rimane molto bassa la quota in trattamento con fibrati o ezetimibe.

INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO

Soggetti trattati con ipolipemizzanti

Soggetti non trattati con statine nonostante valori di C-LDL ≥ 130 mg/dl



Soggetti con valori di C-LDL ≥ 130 mg/dl nonostante il trattamento con statine

Oltre al marcato aumento nella percentuale di pazienti trattati con ipolipemizzanti, si documenta una importante riduzione nella quota di pazienti non trattati con statine nonostante valori di C-LDL elevati e una riduzione ancora più accentuata di soggetti con valori di C-LDL elevati nonostante il trattamento con statine.

Osservazioni

L'analisi retrospettiva sugli 8 anni (2004-2011) fornisce interessanti informazioni sul grado di attenzione che i diabetologi italiani prestano al monitoraggio e al trattamento del profilo lipidico.
Giova qui ricordare che i dati della letteratura dimostrano come una riduzione del colesterolo LDL sia efficace nel ridurre gli eventi cardiovascolari anche nei soggetti diabetici di età più avanzata e come questo effetto si possa rilevare già dopo 2-3 anni e quindi nettamente prima di quanto ottenibile con il buon controllo glicemico.
L'analisi degli indicatori di processo dimostra come il monitoraggio del profilo lipidico sia andato progressivamente migliorando nel corso degli anni con un incremento relativo del 38,8% durante il periodo di osservazione. Il grado di incremento osservato nella popolazione anziana è di gran lunga maggiore rispetto a quanto rilevato negli Annali della popolazione generale dove l'incremento è stato del 29%. Tuttavia, nonostante questo maggior incremento osservato negli anziani la percentuale assoluta di pazienti anziani con monitoraggio annuale del profilo lipidico resta sensibilmente più bassa rispetto a quanto osservato nella popolazione generale (69,4% nel 2011 per la popolazione anziana rispetto al 73,8% nel 2011 nella popolazione generale) a indicare ancora una minor attenzione da parte del diabetologo a monitorare l'assetto lipidico nella popolazione più anziana.
Per quanto riguarda gli obiettivi del controllo lipidico gli *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito* non indicano target lipidici specifici nella popolazione anziana, mentre le recenti linee guida europee, pur riconoscendo che le evidenze di una chiara efficacia del trattamento ipolipemizzante nei soggetti di 80-85 anni di età sono limitate, indicano nella popolazione anziana gli stessi obiettivi della popolazione più giovane sia in prevenzione primaria sia in quella secondaria (in tutti i pazienti con diabete l'obiettivo primario è rappresentato da valori di C-LDL <100 mg/dl, mentre nei soggetti con diabete e patologia cardiovascolare o insufficienza renale cronica o uno o più fattori di rischio cardiovascolare il target di C-LDL è <70 mg/dl).
L'analisi temporale di valori di colesterolo LDL documenta un marcato incremento nella percentuale di soggetti a target, con una crescita relativa di oltre l'80%, dato analogo a quello degli Annali della popolazione generale.
In parallelo a queste osservazioni, si è assistito anche a una riduzione importante della quota di soggetti con valori particolarmente elevati (C-LDL ≥130 mg/dl) che ha raggiunto il 19% nel 2011 rispetto al 21,7% della popolazione generale, con un calo relativo negli anziani rispetto al 2004 di quasi il 50%. Questi dati sembrano indicare un maggior impegno e una maggior motivazione nel portare a target i pazienti anziani.
L'analisi dei diversi farmaci utilizzati per la cura delle alterazioni lipidiche nella popolazione anziana dimostra come, nel corso di 8 anni, sia quasi quadruplicata la percentuale di soggetti trattati con statine, è lievemente cresciuto il numero di pazienti trattati con omega-3, mentre rimane molto bassa la quota in trattamento con fibrati o ezetimibe. Se la scelta delle statine come farmaco principale nella cura della dislipidemia risulta in linea con i dati della letteratura e le linee guida, sorprendente è invece l'elevata percentuale di pazienti anziani trattati con omega-3 e ancora di più l'incremento percentuale negli anni dell'utilizzo di questo farmaco a fronte delle scarse evidenze scientifiche su una loro efficacia in termini di riduzione della mortalità e prevenzione degli eventi cardiovascolari. Di converso, sottoutilizzati risultano essere i fibrati che presentano evidenze scientifiche sicuramente più solide degli omega-3. L'uso dei farmaci ipolipemizzanti non sembra differire tra la popolazione anziana e quella generale degli Annali.
La valutazione degli indicatori di intensità/appropriatezza documenta nel 2011, oltre al marcato aumento nella percentuale di pazienti trattati con ipolipemizzanti (+229,6% rispetto al 2004), una importante riduzione nella quota di pazienti non trattati con statine nonostante valori di colesterolo LDL elevati (-24% rispetto al 2004) e una riduzione ancora più accentuata di soggetti con valori di colesterolo LDL elevati nonostante il trattamento con statine (-59,4% rispetto al 2004), questo ultimo dato a indicare verosimilmente una maggior appropriatezza nella scelta della statina adeguata. Queste osservazioni nel loro complesso indicano senza dubbio una maggior attenzione, una maggior intensità di trattamento e una maggior appropriatezza nel corso degli anni anche

nella popolazione anziana. Nonostante ciò va sottolineato come circa la metà dei pazienti anziani con diabete presenti ancora valori di colesterolo LDL non a target (>100 mg/dl) e il 60% circa non sia trattato con una statina nonostante livelli di colesterolo LDL ≥130 mg/dl. Questi dati indicano quindi come ci sia ancora del lavoro da fare considerando soprattutto le chiare evidenze scientifiche in termini di beneficio sulla mortalità e sugli eventi cardiovascolari ottenuti con la riduzione del colesterolo LDL e l'utilizzo delle statine.

Riccardo Candido, Maria Antonietta Pellegrini

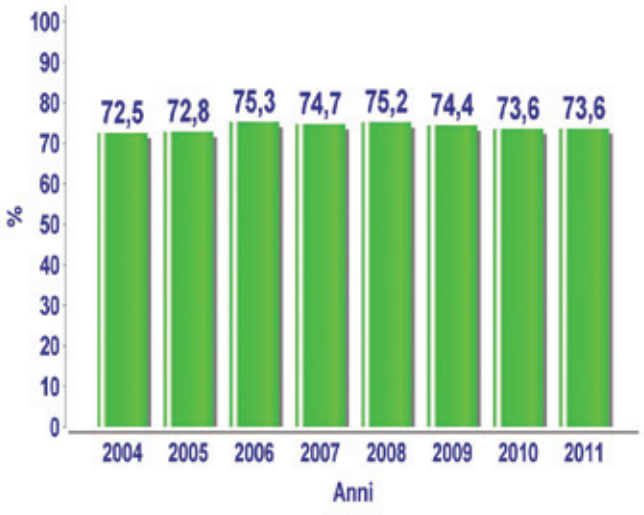
PRESSIONE ARTERIOSA

Questa sezione è dedicata all'esplorazione dei cambiamenti nel corso degli 8 anni considerati degli indicatori di qualità relativi alla pressione arteriosa. Vengono presi in considerazione indicatori di processo, di esito intermedio favorevole e sfavorevole, di utilizzo di alcune classi di farmaci e di intensità/appropriatezza del trattamento.

AMD

INDICATORI DI PROCESSO

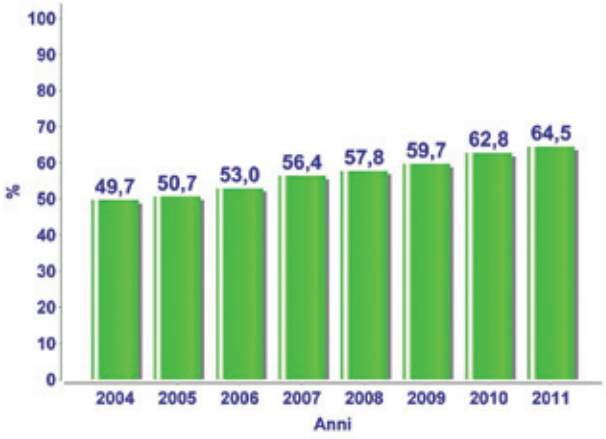
Soggetti ai quali è stata eseguita almeno una misurazione della pressione arteriosa



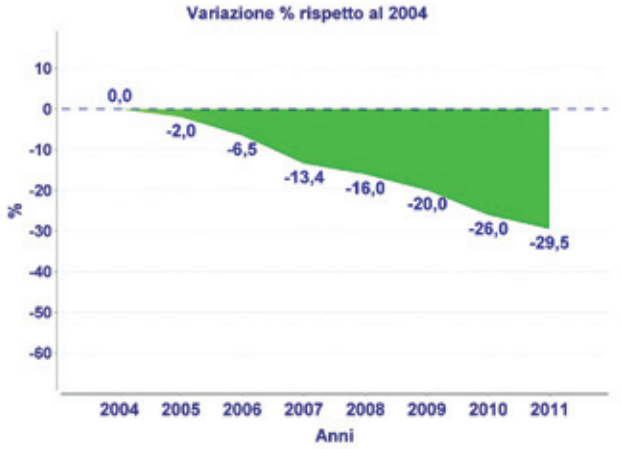
La percentuale di pazienti che presentavano almeno una misurazione della pressione arteriosa nel corso dell'anno non si è modificata in modo sensibile fra il 2004 e il 2011. Persiste una quota di circa un paziente su cinque con dato non registrato.

INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

Soggetti con PA <150/90 mmHg



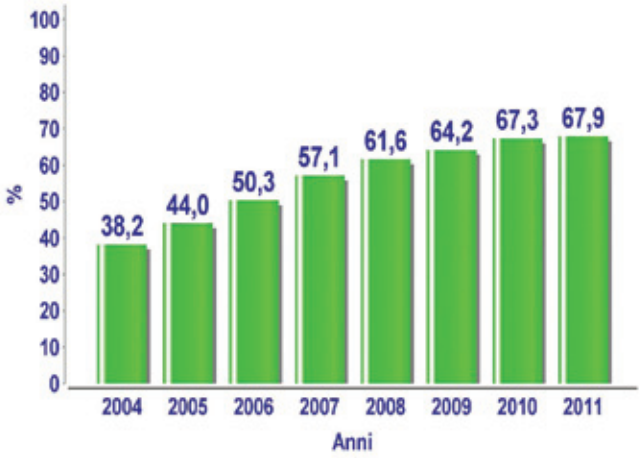
Soggetti con PA ≥150/90 mmHg



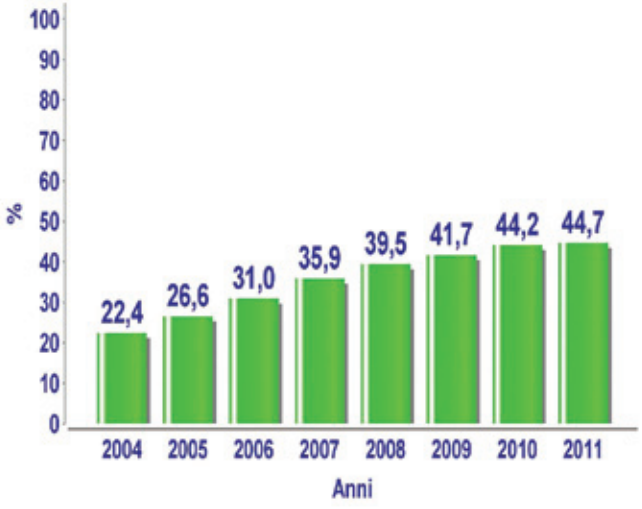
Il livello di controllo pressorio è migliorato nel corso degli anni. La quota di pazienti a target è cresciuta in termini relativi di circa il 30%, mentre si è ridotta di quasi un terzo la percentuale di soggetti con valori ≥150/90 mmHg.

INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO

Soggetti trattati con antipertensivi



Soggetti trattati con ≥2 agenti antipertensivi su totale trattati

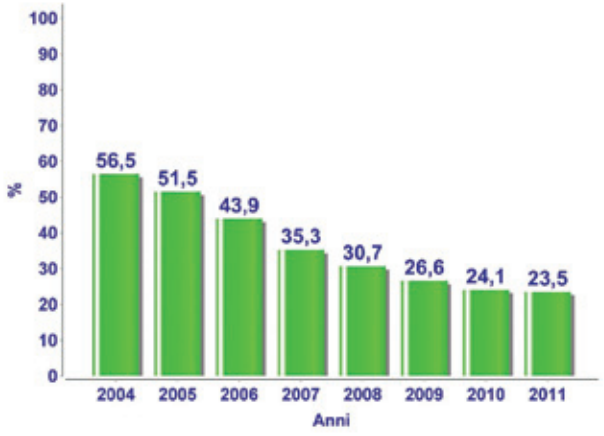


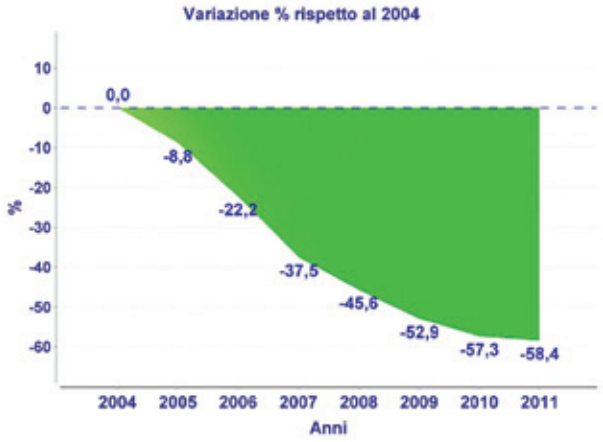
Nel corso degli anni si è registrato un aumento della percentuale di soggetti trattati con farmaci antipertensivi, con un incremento relativo di quasi l'80%.

Fra i soggetti trattati, è sostanzialmente raddoppiata la quota dei soggetti trattati con due o più antipertensivi.

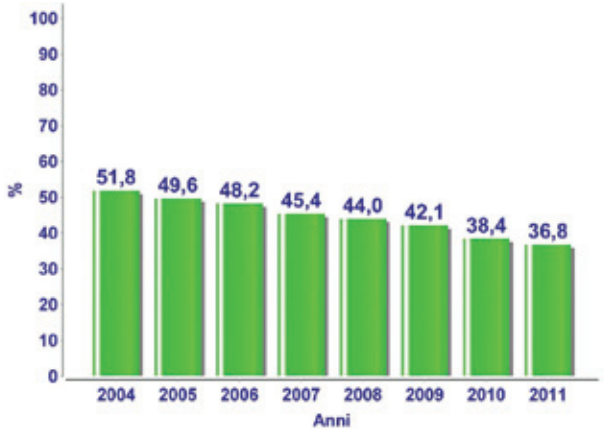
INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO

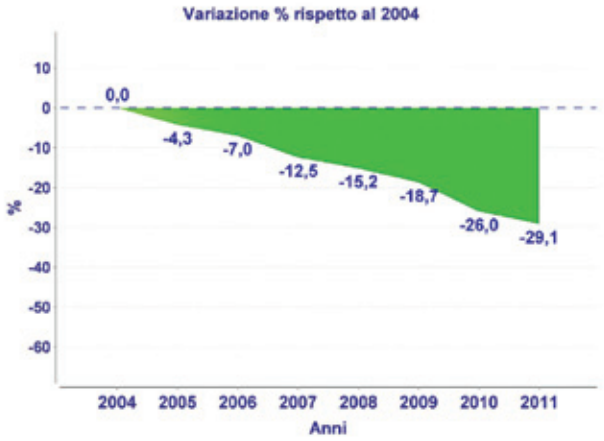
Soggetti non trattati con antipertensivi nonostante valori di PA ≥ 150/90 mmHg





Soggetti con valori di PA ≥ 150/90 mmHg nonostante il trattamento antipertensivo





Il miglioramento dell'approccio terapeutico all'ipertensione è ulteriormente documentato dal dimezzamento della percentuale di soggetti non trattati nonostante valori pressori elevati. Di converso, pur nel quadro di una sostanziale riduzione, circa un terzo dei pazienti presenta valori pressori insoddisfacenti nonostante il trattamento.

Osservazioni

La misurazione della pressione arteriosa e il controllo pressorio risultano essere di particolare importanza nella popolazione anziana considerata la maggior vulnerabilità soprattutto in termini di eventi cerebrovascolari di questi soggetti. Gli *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito* suggeriscono che l'obiettivo del trattamento nella popolazione anziana deve prevedere il raggiungimento di valori pressori inferiori a 140/80 mmHg, se ben tollerati e che un ulteriore abbassamento dei valori pressori (<130/80 mmHg) può comportare un beneficio aggiuntivo. Del tutto recentemente vi è stata una revisione dei target pressori nei soggetti con diabete. In base a tale revisione gli *Standards dell'American Diabetes Association* suggeriscono in generale un obiettivo pressorio inferiore a 140/80 mmHg nei soggetti con diabete, mentre le recenti linee guida europee e le indicazioni dell'*European Diabetes Working Party for Older People* raccomandano nei soggetti anziani il raggiungimento di una pressione arteriosa inferiore a 150/90 mmHg. Un ulteriore abbassamento dei valori pressori (<140/80 mmHg) può essere preso in considerazioni nei soggetti di età inferiore a 80 anni e in assenza di comorbilità e fragilità. Sulla base di queste considerazioni gli Annali della popolazione anziana hanno considerato un obiettivo pressorio ≤150/90 mmHg.

L'analisi dei cambiamenti nel corso degli 8 anni ha dimostrato come la percentuale di pazienti che presentavano almeno una misurazione della pressione arteriosa nel corso dell'anno non si è modificata in modo sensibile fra il 2004 e il 2011 evidenziando come persista una quota di circa un paziente su cinque con dato non registrato. Nel 2011 il 73,6% dei pazienti ha almeno una misurazione della pressione arteriosa nel corso dell'anno, dato comunque superiore a quello relativo al monitoraggio del profilo lipidico a indicare una maggior attenzione da parte dei diabetologi alla pressione arteriosa rispetto ai lipidi nella popolazione anziana.

L'analisi degli indicatori di esito intermedio evidenzia come il livello di controllo pressorio sia sensibilmente migliorato nel corso degli anni. La quota di pazienti a target è cresciuta in termini relativi di circa il 30%, mentre si è ridotta di un quasi un terzo la percentuale di soggetti con valori ≥150/90 mmHg. Più della metà dei pazienti anziani e precisamente il 64,5% risulta aver raggiunto l'obiettivo pressorio. Confrontando questi dati con quelli relativi agli Annali della popolazione generale il controllo pressorio appare essere sensibilmente migliore nella popolazione anziana anche se va considerato il differente target pressorio tra le due popolazioni.

La valutazione degli indicatori di intensità/appropriatezza dimostra come, parallelamente al miglioramento del controllo pressorio, si osservi nel corso degli anni un aumento della percentuale di soggetti trattati con farmaci antipertensivi, con un incremento relativo di quasi l'80% e il 68% dei pazienti che nel 2011 risultavano in trattamento antipertensivo. Questo dato risulta sensibilmente migliore rispetto a quello della popolazione generale dove nel 2011 il 60% dei pazienti risultava essere trattato a indicare apparentemente una maggior attenzione nella cura dell'ipertensione arteriosa nella popolazione anziana. Fra i soggetti anziani trattati, è inoltre sostanzialmente raddoppiata la quota dei soggetti in trattamento con due o più antipertensivi e questo in linea con i dati della letteratura che hanno dimostrato la necessità di ricorrere all'associazione di più classi di farmaci nella popolazione diabetica per raggiungere gli obiettivi pressori.

Il miglioramento dell'approccio terapeutico all'ipertensione nei soggetti anziani è ulteriormente documentato dal dimezzamento della percentuale di pazienti non trattati nonostante valori pressori elevati con una riduzione percentuale del 58% nel 2011 rispetto al 2004. Di converso, pur nel quadro di una sostanziale riduzione (-29%), circa un terzo dei pazienti presenta valori pressori insoddisfacenti nonostante il trattamento, indicando apparentemente la necessità di una maggior appropriatezza nella scelta della terapia antipertensiva e di una maggior intensità terapeutica.

Riccardo Candido, Maria Antonietta Pellegrini

FUNZIONALITÀ RENALE

Questa sezione è dedicata all'esplorazione dei cambiamenti nel corso degli 8 anni considerati degli indicatori di qualità relativi alla funzionalità renale.
Vengono presi in considerazione indicatori di processo, di esito intermedio sfavorevole e di utilizzo di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina.

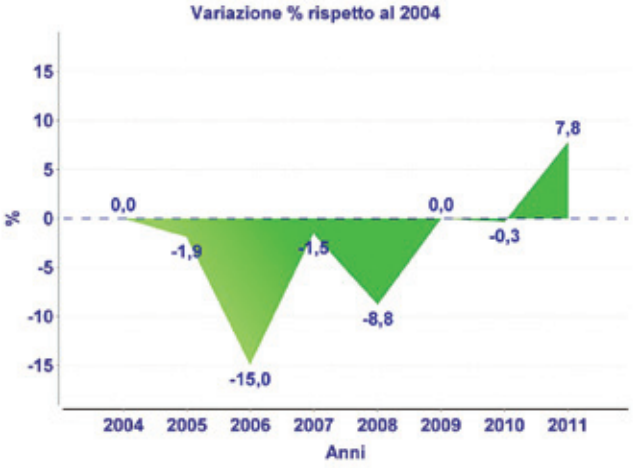
INDICATORI DI PROCESSO

Soggetti monitorati per microalbuminuria

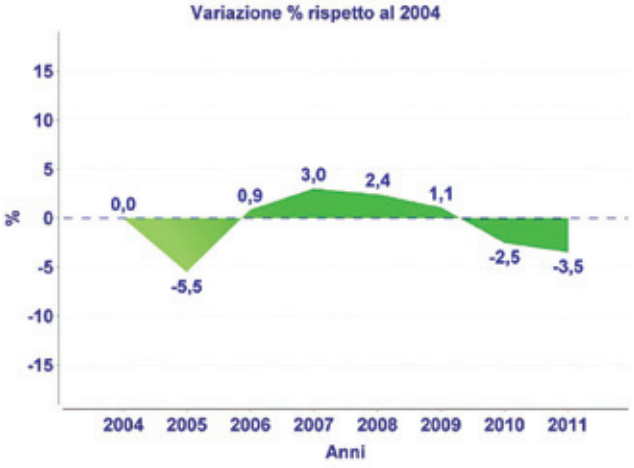
Il monitoraggio della funzionalità renale risulta lievemente migliorato nel corso di 8 anni; infatti, la quota di soggetti sottoposti al monitoraggio è cresciuta in termini relativi del 17,6%.

INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

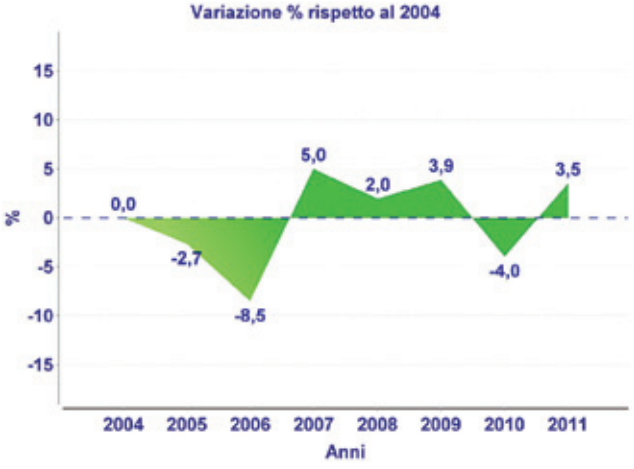
Soggetti con microalbuminuria



Soggetti con GFR <60 ml/min



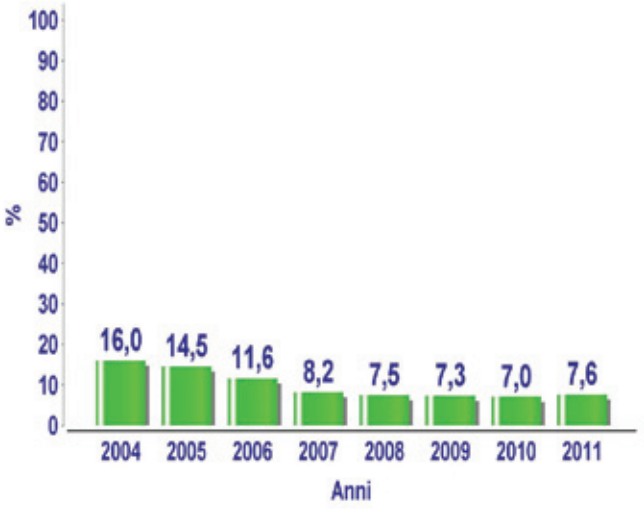
Soggetti con microalbuminuria e con GFR <60 ml/min

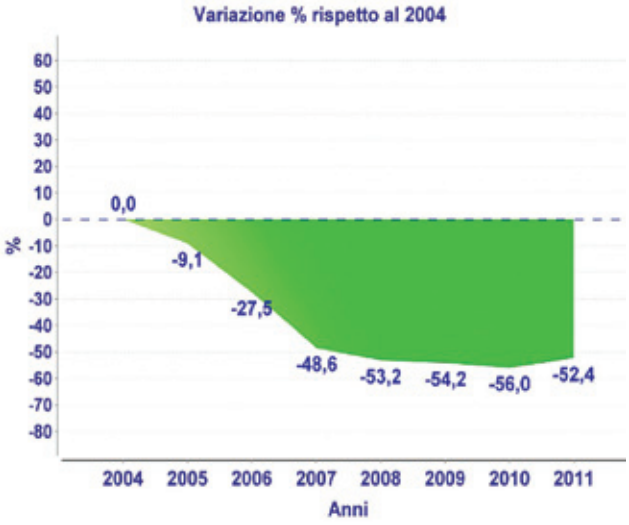


Non si registrano sostanziali variazioni temporali nella percentuale di soggetti con micro/macroalbuminuria o con riduzioni marcate del filtrato glomerulare (GFR), né nella percentuale di soggetti con concomitanza delle due forme di alterazione della funzionalità renale.

INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO

Soggetti con micro/macroalbuminuria non trattati con ACE-inibitori/sartani





Il miglioramento dell'appropriatezza terapeutica è documentato dalla progressiva riduzione della percentuale di pazienti non trattati con farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina nonostante la presenza di micro/macroalbuminuria.

Osservazioni

L'analisi retrospettiva sugli 8 anni (2004-2011) oggetto di osservazione evidenzia ancora una scarsa attenzione al dosaggio della microalbuminuria: nel corso degli anni si è passati da un 34% nel 2004 a un 40% nel 2011. Il dato è in linea con quello rilevato nelle fasce di età più giovani ed è da considerarsi insoddisfacente considerato che la microalbuminuria, oltre a essere un indicatore precoce di danno renale, è un fattore predittivo di eventi cardiovascolari. Inoltre diversi trial hanno dimostrato che, in presenza di microalbuminuria, interventi terapeutici appropriati che prevedano l'uso di farmaci che bloccano il sistema renina-angiotensina possono ridurre sia la progressione della nefropatia diabetica sia il rischio cardiovascolare.

Da questo punto di vista l'analisi degli Annali AMD focalizzata sulla popolazione anziana evidenzia come i diabetologi italiani che registrano il dato ne comprendano appieno l'importanza: infatti nel corso degli anni la percentuale di soggetti micro/macroalbuminurici NON trattati con farmaci che bloccano il sistema renina-angiotensina è diminuita dal 16% al 7,6%, percentuale probabilmente fisiologica, che rappresenta le intolleranze e le controindicazioni a questa classe di farmaci o situazioni nelle quali l'eccesso di perdita urinaria di albumina non trova una giustificazione in una causa metabolica o vascolare.

Altre analisi interessanti riguardano la percentuale di soggetti con filtrato glomerulare (GFR) inferiore a 60 ml/min (ovvero con insufficienza renale cronica) e quelli che presentano contemporaneamente microalbuminuria e GFR inferiore a 60 ml/min. Anche un ridotto GFR è associato al rischio di progressione verso l'insufficienza renale terminale e a un aumentato rischio di eventi cardiovascolari, soprattutto per valori inferiori a 45 ml/min e la concomitante presenza di microalbuminuria "amplifica" questi rischi.

Quasi la metà dei soggetti diabetici di età ≥75 anni presenta un GFR inferiore a 60 ml/min. È una percentuale nettamente superiore a quella che si osserva nei pazienti più giovani: il dato deve indurre a qualche riflessione anche dal punto di vista terapeutico, considerato che molti dei farmaci anti-iperglicemici usati in questa classe di età (sulfaniluree, metformina ad esempio) vengono eliminati attraverso l'emuntorio renale. Il rischio di ipoglicemia aumenta drammaticamente con il progredire dell'insufficienza renale e già la monografia AMD dedicata agli anziani del 2011 aveva rilevato una discreta percentuale di pazienti trattati con sulfaniluree (soprattutto a lunga durata di azione) anche in presenza di un GFR ridotto. Sicuramente gli inibitori della DPP-IV, con gli opportuni aggiustamenti di dosaggio, rappresentano una buona scelta terapeutica per questa tipologia di pazienti.

In ultima analisi occorre promuovere tra i diabetologi italiani l'importanza della determinazione della microalbuminuria e di un'oculata scelta terapeutica in caso di GFR ridotto.

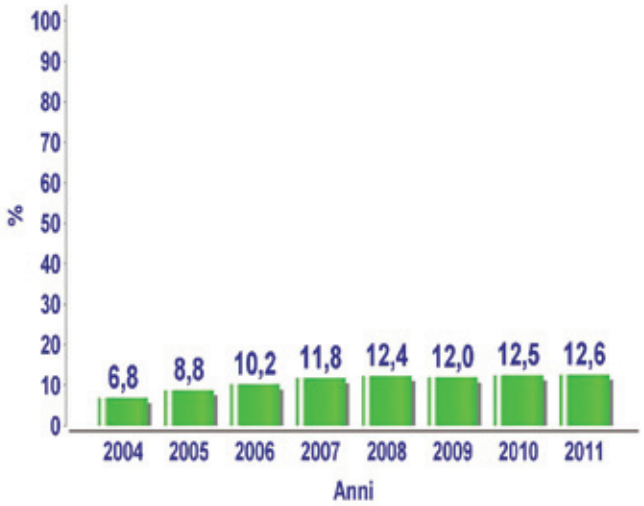
Massimo Boemi, Giuseppe Felace

ALTRI INDICATORI

Questa sezione è dedicata all'esplorazione dei cambiamenti nel corso degli 8 anni considerati dei restanti indicatori di qualità classicamente indagati negli Annali AMD.
Vengono presi in considerazione come indicatori di processo la quota di soggetti monitorati per retinopatia e sottoposti a esame del piede nel periodo indice e, come indicatori di esito intermedio, il BMI e la percentuale di fumatori.

INDICATORI DI PROCESSO

Soggetti monitorati per il piede



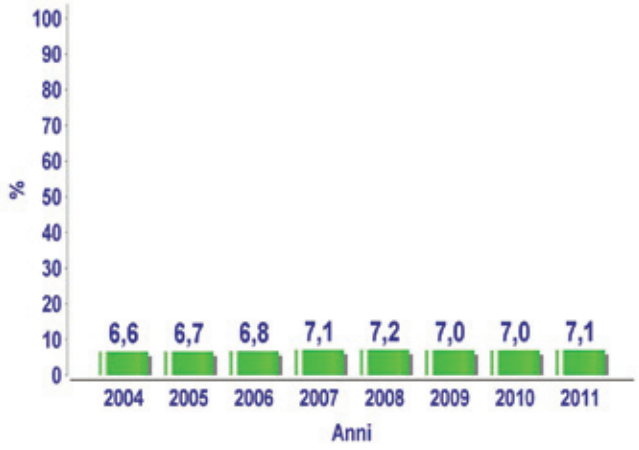
Soggetti monitorati per retinopatia

L'esame del piede continua a rappresentare la misura di processo meno sistematicamente eseguita/registrata, nonostante un incremento relativo che supera l'80%.

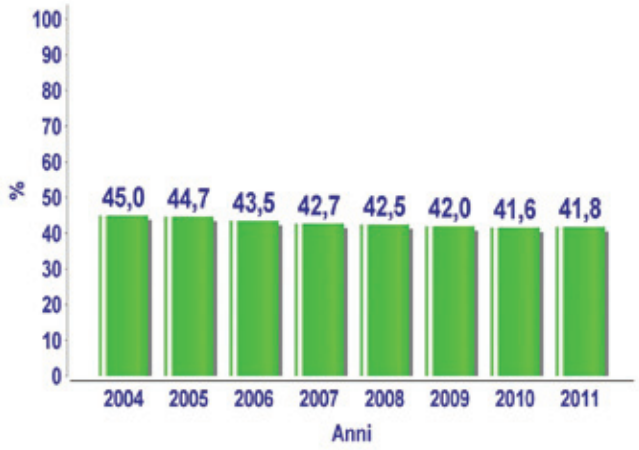
Il monitoraggio del fundus oculi è aumentato tra gli anni 2004 e 2007 per poi restare sostanzialmente invariato negli anni successivi.

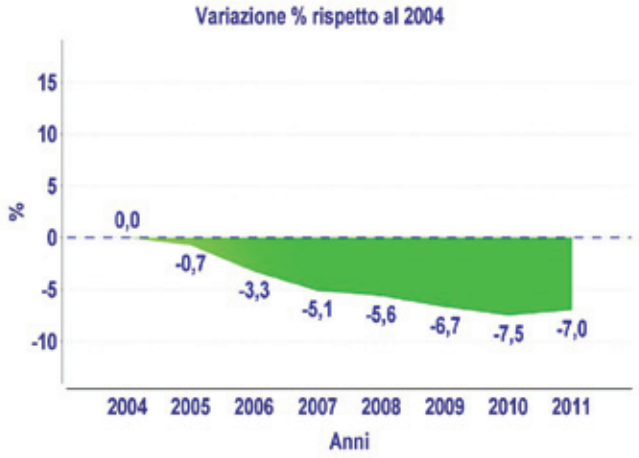
INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

Soggetti fumatori

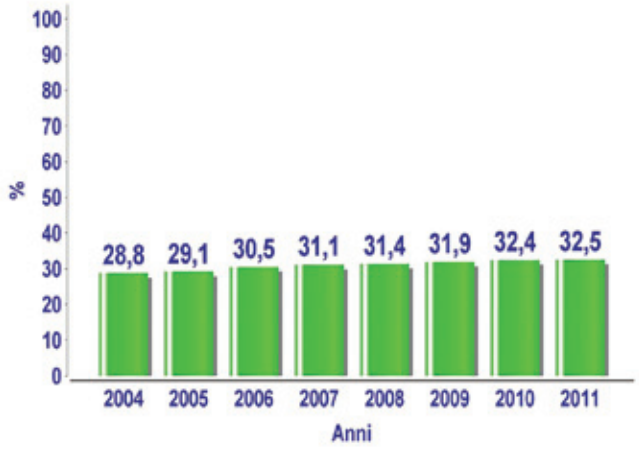


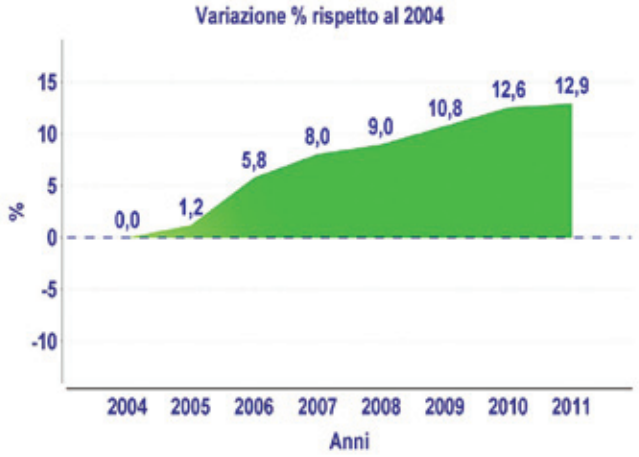
Soggetti con BMI <27 kg/m²





Soggetti con BMI ≥30 kg/m²

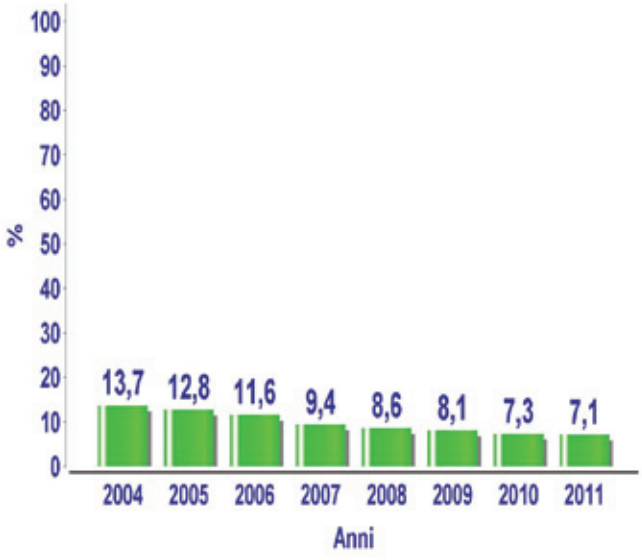


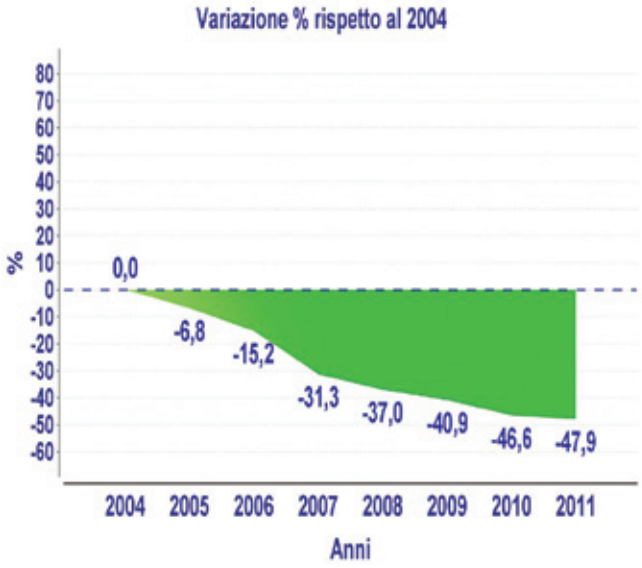


La percentuale dei fumatori non ha subito variazioni nel corso del tempo; si conferma il dato preoccupante dell'elevata prevalenza di fumatori in questa popolazione ad alto rischio. Il dato riguardante il BMI denota un lieve decremento della quota di persone con peso accettabile e un parallelo lieve aumento della percentuale di persone francamente obese.

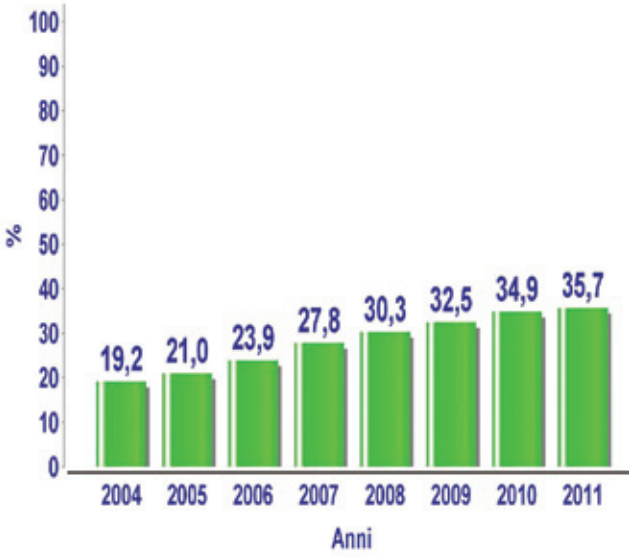
INDICATORI DI CURA COMPLESSIVA

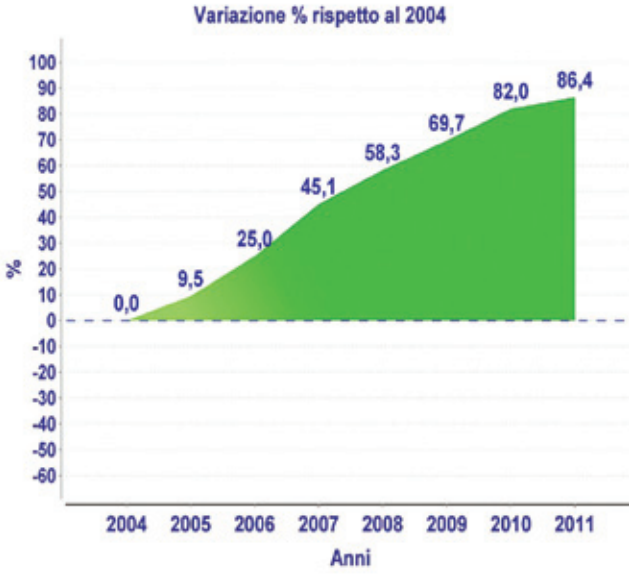
Score Q <15





Score Q >25





In termini relativi, la percentuale di soggetti con punteggi dello score Q inferiore a 15 si è ridotta di quasi la metà nell'arco di 8 anni. In modo speculare, la percentuale di soggetti con punteggi dello score Q superiore a 25 è cresciuta di oltre l'80% nell'arco di 8 anni. È da notare che l'età media era pari a 80,6±4,1 nella classe con score Q inferiore a 15, pari a 80,7±4,1 nella classe con score Q tra 15 e 25 e pari a 80,2±3,9 nella classe con score Q superiore a 25.

Osservazioni

L'esame del piede continua a rappresentare la misura di processo meno sistematicamente effettuata nell'assistenza diabetologica specialistica italiana. Viene eseguito in una bassissima percentuale (12,6% dei pazienti nell'anno 2011). È pur vero che dal 2004 il trend è in crescita, ma la percentuale rimane preoccupante ed è decisamente inferiore a quella (già bassa) delle fasce di età più giovani; come se i diabetologi italiani ritenessero i pazienti più anziani meno a rischio di sviluppare lesioni al piede. Questo nonostante gli *Standard Italiani per la cura del diabete mellito* sottolineino l'importanza di un esame accurato dei piedi nei soggetti anziani, specialmente nei soggetti che vivono da soli o con lunga durata di malattia o con problemi visivi ed economici, e ne raccomandino sistematicamente l'esecuzione.
È possibile, come da molti interpretato, che l'esame venga effettuato in una percentuale molto maggiore, ma che non venga registrato per mancanza di tempo. In ogni caso, è opportuno promuovere una campagna di sensibilizzazione sia per intensificare il monitoraggio del piede sia per la registrazione del dato.
Anche il monitoraggio della retinopatia evidenzia un'altra criticità rilevante: negli ultimi 5 anni di osservazione la percentuale di soggetti annualmente sottoposti a screening per retinopatia si è assestata intorno al 25%. È probabile che se l'analisi, invece che essere annuale, fosse biennale (è legittimo effettuare un fundus oculi ogni 2 anni in assenza di lesioni) la percentuale aumenterebbe in modo consistente. Anche in questo caso, comunque, il monitoraggio rimane nettamente più basso rispetto a quello effettuato per i pazienti di età inferiore, a sottolineare ulteriormente un "calo di attenzione" per i diabetici ultrasettantacinquenni.
La percentuale di fumatori rimane sostanzialmente stabile nell'arco degli 8 anni di osservazione, intorno al 7%. Presumibilmente il dato è sottostimato perché la sua registrazione è molto variabile e sovente trascurata. La quota di fumatori è di gran lunga più bassa rispetto a quella registrata per i pazienti diabetici più giovani a significare, verosimilmente, una selezione "negativa" effettuata dall'abitudine al fumo nel corso degli anni. È necessario intensificare il counseling per la disassuefazione al fumo per questa tipologia di pazienti che già presentano un elevato profilo di rischio cardiovascolare.
Per quanto riguarda l'indice di massa corporea (BMI) nel periodo di osservazione in questione si assiste a una diminuzione della quota di pazienti con BMI inferiore a 27 e a un aumento di quelli con BMI superiore a 30. Una possibile spiegazione a questo fenomeno potrebbe essere data dal più ampio e intensivo utilizzo dell'insulina in questa fascia di età registratosi nel corso degli anni. Tuttavia, questi dati vanno interpretati con una certa cautela, perché, per la progressiva riduzione della statura, l'indice di massa corporea viene giudicato inadatto a valutare lo stato nutrizionale dell'anziano, in quanto tende a sovrastimare l'eccesso di grasso. Inoltre, anche per valori di BMI apparentemente "normali" ci potrebbe essere un eccesso di tessuto adiposo a scapito della massa magra (cosiddetta "sarcopenia"). Infine, morbilità e mortalità, in questa fascia di età, presentano maggiore correlazione con la circonferenza addominale che con il BMI e forse dovremmo promuovere, almeno nei soggetti anziani, la registrazione di questo parametro.
Lo score Q è una misura sintetica che valuta qualitativamente l'efficienza dell'assistenza e della cura prestate ai pazienti ed è quindi in grado di valutare nel suo complesso la performance di un singolo Centro diabetologico. L'indice Q viene calcolato assegnando un punteggio sia alle modalità assistenziali (utilizzando indicatori di processo come la misurazione di HbA1c, pressione arteriosa, profilo lipidico e microalbuminuria) sia ai risultati della cura ottenuti (utilizzando indicatori di esito intermedio ossia il mantenimento di HbA1c <8%, PA <140/90 mmHg, colesterolo LDL <130 mg/dl , microalbuminuria assente o l'impiego di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensiana in caso di microalbuminuria presente). Il punteggio varia tra 0 e 40 e come indice crescente di buona qualità di cura ricevuta si è dimostrato in grado di predire la successiva insorgenza di eventi cardiovascolari. Un punteggio inferiore a 15 si associa a un eccesso di rischio di eventi di circa l'80%; mentre un punteggio tra 15 e 25 si associa a un rischio più alto del 20%, rispetto a punteggi superiori a 25. L'analisi longitudinale degli 8 anni in esame dimostra un dimezzamento

dei soggetti con score Q inferiore a 15 i quali, nel 2011, rappresentano solo il 7,1% del totale e nel contempo quasi un raddoppio della percentuale di pazienti con score Q superiore a 25 che nel 2011 erano quasi il 36%. Tutto ciò indica una crescente attenzione "globalmente intesa" da parte degli specialisti alle problematiche dell'anziano con diabete e un importante miglioramento della qualità misurabile della cura complessiva. Sinteticamente, potremmo dire che il diabetologo italiano ha sempre meno un approccio glucocentrico all'anziano con diabete ed è consapevole che per ottenere benefici sulla mortalità e sugli eventi cardiovascolari è necessario avere una visione globale delle caratteristiche del paziente per approntare interventi terapeutici adeguati anche per l'ipertensione e la dislipidemia e che prevedano l'uso di farmaci specifici, quando indicati.

Massimo Boemi, Giuseppe Felace

PAZIENTE DIABETICO CHE DIVENTA ANZIANO VERSUS PAZIENTE ANZIANO CON DIABETE: CONFRONTO TRA PATTERN ASSISTENZIALI E TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

In questa sezione vengono confrontate due categorie di pazienti di età ≥ 75 anni, ovvero quelli che hanno sviluppato il diabete da meno di 2 anni (Gruppo A) e quelli che hanno un diabete di lunga durata (≥ 10 anni) (Gruppo B).

AMD

Lo scopo del confronto è mettere alla luce le differenze nelle caratteristiche e negli esiti della cura, in modo da orientare la pratica clinica nell'assistenza di questi pazienti che, a parità di età, possono presentare un profilo di malattia, e quindi bisogni terapeutici, molto diversi. Da una parte troviamo infatti soggetti che hanno sviluppato il diabete in tarda età, mentre dall'altra ci confrontiamo con persone che sono diventate anziane portando con sé una lunga durata di malattia.

Le caratteristiche generali delle due popolazioni a confronto sono mostrate in Tabella 1. L'anno di riferimento è il 2011.

L'esame delle caratteristiche descrittive dei due gruppi ci mostra innanzitutto come sia diverso il volume di lavoro dei Centri di diabetologia legato all'assistenza a queste due tipologie di pazienti. Infatti, gli anziani con lunga durata di malattia (Gruppo B) sono in numero quasi otto volte maggiore rispetto ai soggetti che sviluppano il diabete in età avanzata (Gruppo A).

I due gruppi sono del tutto equivalenti in termini di distribuzione per sesso e per età media, mentre i dati sul valore medio dei principali parametri clinici e la percentuale dei pazienti in trattamento antidiabetico, antipertensivo e ipolipemizzante documentano importanti differenze in termini di severità di malattia e profilo di rischio cardiovascolare. In particolare, i soggetti del Gruppo A mostrano livelli più bassi di HbA1c nonostante la più elevata percentuale di soggetti in sola dieta o in trattamento con iporali rispetto al Gruppo B, mentre il profilo lipidico è meno soddisfacente. Il controllo pressorio è simile nei due gruppi.

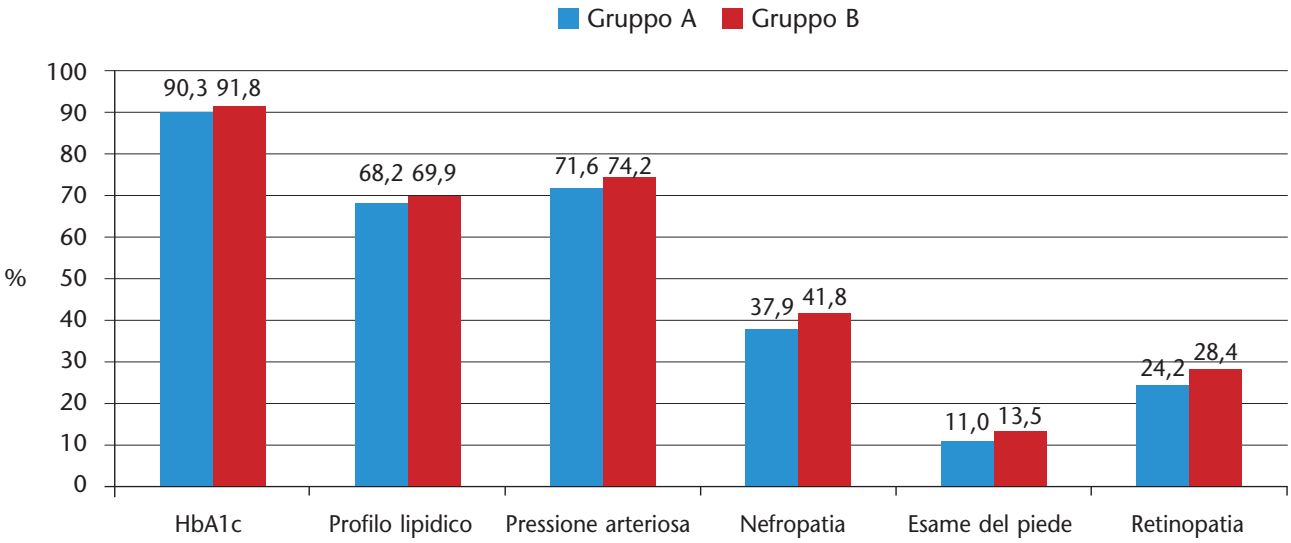
L'esame degli indicatori (Figure 1-4) offre un quadro di più immediata interpretazione sulle analogie e le differenze nell'assistenza erogata ai due gruppi di pazienti e i risultati ottenuti.

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti di età ≥75 anni in accordo alla durata del diabete

	Gruppo A*	Gruppo B*
Numero pazienti	12.055	80.035
Maschi (%)	45,7	45,8
Età (anni)	80,3±4,0	80,6±4,1
Fumatori (%)	6,5	6,9
BMI (kg/m^2)	28,6±4,8	28,1±4,7
Durata del diabete (anni)	1,5±0,5	21,5±8,9
HbA1c (%)	7,1±1,3	7,7±1,3
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	138,9±19,3	140,4±19,4
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	77,1±9,6	75,8±9,5
Colesterolo totale (mg/dl)	184,4±40,7	176,0±38,5
Colesterolo HDL (mg/dl)	51,5±14,1	51,5±14,4
Colesterolo LDL (mg/dl)	106,7±34,3	99,8±32,3
Trigliceridi (mg/dl)	131,9±76,5	125,3±67,5
Trattamento per il diabete (%)		
Solo dieta	14,4	2,3
Ipoglicemizzanti orali	66,1	47,2
Ipoglicemizzanti orali + insulina	6,4	20,5
Insulina	13,1	30,0
Pazienti trattati con ipolipemizzanti (%)	35,8	45,0
Pazienti trattati con antipertensivi (%)	62,4	70,5
Pazienti trattati con ≥2 farmaci antipertensivi (%)	39,3	47,7

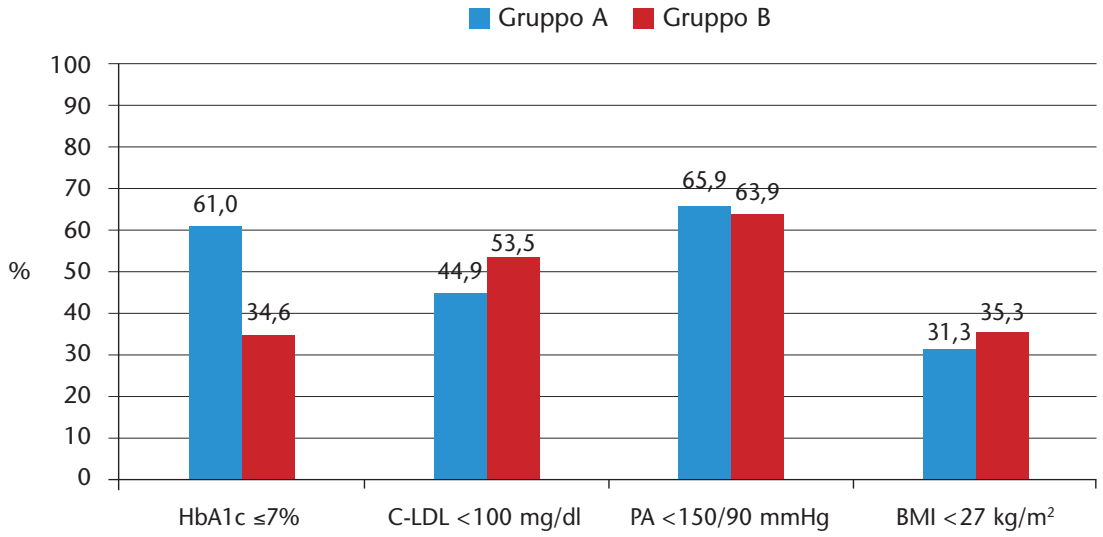
*Gruppo A = età ≥75 anni, durata del diabete ≤2 anni;
*Gruppo B = età ≥75 anni, durata del diabete ≥10 anni

Figura 1. Indicatori di processo: percentuale di pazienti monitorati nel corso dell'anno 2011 per alcuni parametri clinici.



I soggetti del Gruppo A sono lievemente ma sistematicamente meno monitorati di quelli del Gruppo B per tutti i parametri considerati tra gli indicatori di processo.

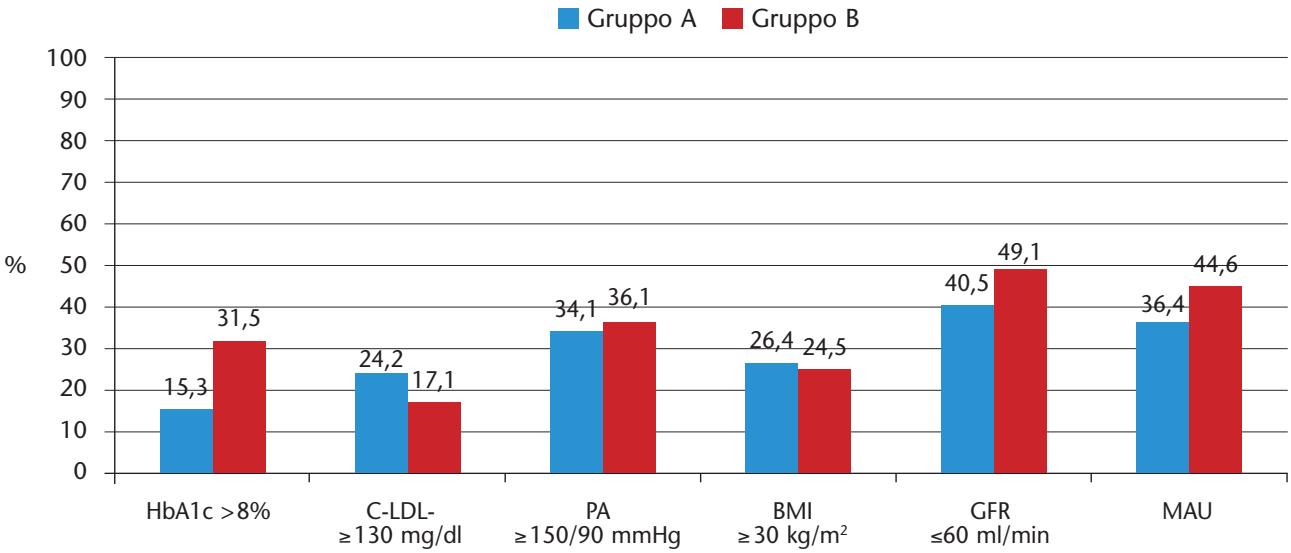
Figura 2. Indicatori di outcome favorevole: percentuale di pazienti che nel corso dell'anno 2011 hanno raggiunto alcuni target terapeutici.



Per quanto riguarda gli indicatori di outcome favorevole, è praticamente doppia la quota di soggetti per i quali viene raggiunto un target metabolico stringente (HbA1c ≤ 7%) nei soggetti del Gruppo A rispetto al Gruppo B, mentre è sovrapponibile la percentuale di soggetti a target pressorio. Il BMI e soprattutto il profilo lipidico sono invece più sfavorevoli nel Gruppo A.

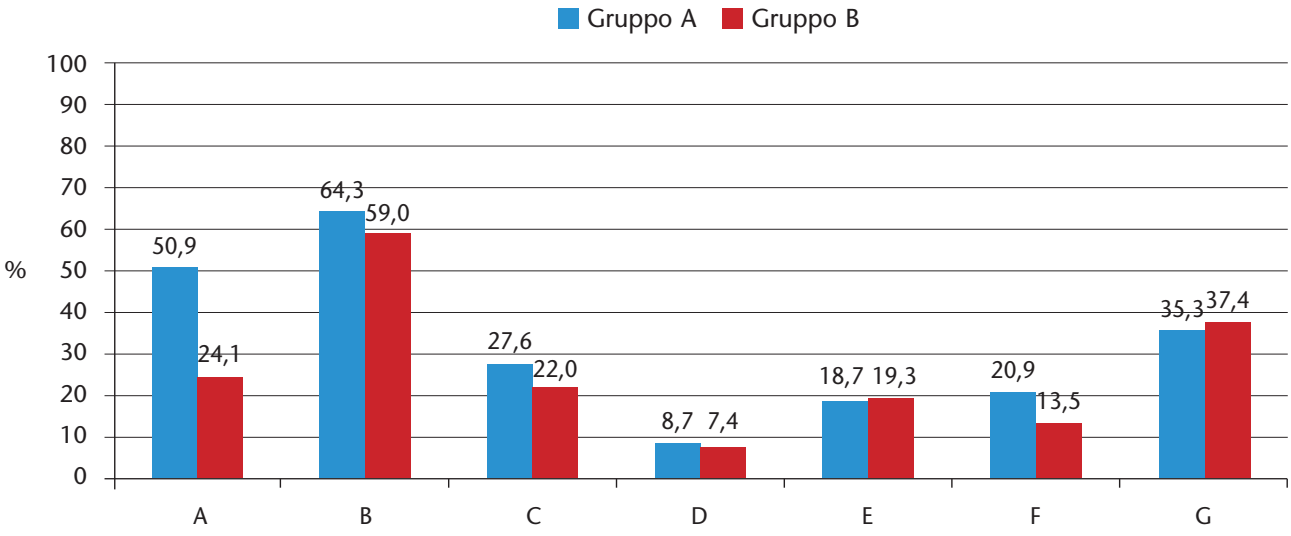
AMD

Figura 3. Indicatori di outcome sfavorevole: percentuale di pazienti che nel corso dell'anno 2011 hanno presentato valori particolarmente elevati di alcuni outcome intermedi.



Parallelamente agli indicatori di esito favorevole, gli indicatori di esito sfavorevole mostrano come al di là di un peggior profilo lipidico nel Gruppo A e una trascurabile differenza in termini di BMI e pressione arteriosa, per tutti gli altri parametri le percentuali di pazienti con valori particolarmente insoddisfacenti siano più alte nel Gruppo B.

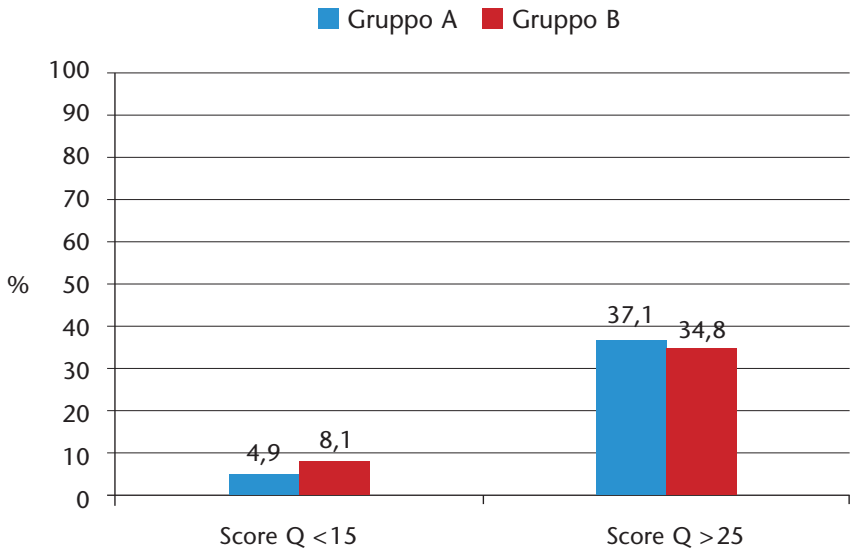
Figura 4. Indicatori di intensità/appropriatezza: percentuale di pazienti che nel corso dell'anno 2011 hanno evidenziato carenze nell'avviare e intensificare la terapia.



A = No trattamento con insulina nonostante valori di HbA1c >9,0%
B = No trattamento con ipolipemizzanti nonostante valori di C-LDL ≥130 mg/dl
C = No trattamento con antipertensivi nonostante valori di PA ≥150/90 mmHg
D = No trattamento con ACE-inibitori e/o sartani nonostante la presenza di micro/macroalbuminuria (MAU)
E = Livelli di HbA1c >9,0% nonostante il trattamento con insulina
F = Livelli di C-LDL ≥130 mg/dl nonostante il trattamento con ipolipemizzanti
G = Livelli di PA ≥150/90 mmHg nonostante il trattamento con antipertensivi

Per quanto concerne gli indicatori di intensità/appropriatezza, la percentuale di pazienti non trattati con insulina nonostante livelli di HbA1c >9% è doppia nel Gruppo A rispetto al Gruppo B (50,9% vs 24,1%) e anche l'assenza di trattamento in presenza di livelli pressori e lipidici elevati è più frequente nel Gruppo A. Inoltre, il raggiungimento del target lipidico nonostante il trattamento con statine è più difficoltoso nel Gruppo A che nel Gruppo B, mentre le differenze risultano meno marcate per gli altri indicatori.

Figura 5. Indicatori di qualità di cura complessiva.



Lo score Q documenta risultati complessivi migliori nei pazienti di recente diagnosi, coerentemente con la ridotta severità di malattia.

La Tabella 2 mostra infine il confronto tra i due gruppi in termini di uso delle diverse classi di farmaci antidiabetici, antipertensivi e ipolipemizzanti.

Tabella 2. Utilizzo dei farmaci nei pazienti di età ≥75 anni, in accordo alla durata del diabete

	Gruppo A %	Gruppo B %
Farmaci antidiabetici		
Metformina	40,4	44,6
Sulfaniluree	24,7	36,7
Glinidi	10,7	13,4
Glitazonici	0,8	1,4
Acarbose	2,1	3,0
Analoghi del GLP-1	1,7	1,8
Inibitori della DPP-IV	1,1	1,4
Insulina basale	8,9	29,3
Insulina rapida	12,1	36,5
Insulina intermedia	0,4	1,2
Insulina premix	0,3	1,6
Farmaci ipolipemizzanti		
Statine	33,7	42,5
Fibrati	1,2	1,3
Omega-3	3,9	4,7
Farmaci antipertensivi		
ACE-inibitori	26,4	33,0
Sartani	23,1	27,6
Beta-bloccanti	22,0	23,5
Ca-antagonisti	19,9	27,3
Diuretici	41,6	44,1

Per quanto riguarda i farmaci antidiabetici, mentre è sovrapponibile il dato di utilizzo della metformina (40% circa in entrambi i gruppi), è molto diverso l'utilizzo delle insuline, come riflesso del diverso grado di malattia.
L'uso di secretagoghi (sulfaniluree + glinidi), invece, è pari a circa il 35% nel Gruppo A e al 50% nel Gruppo B, nonostante nel Gruppo B sia molto più elevata la quota di pazienti trattati con insulina e con ridotto filtrato glomerulare e quindi con un rischio più elevato di ipoglicemie.
L'uso dei nuovi farmaci incretinici è limitato e di entità sovrapponibile nei due gruppi.
I pazienti del Gruppo A sono sistematicamente meno trattati con tutte le classi di farmaci ipolipemizzanti e antipertensivi considerati. Il gap maggiore riguarda l'uso di statine (-8,8% nel Gruppo A rispetto al Gruppo B).

Osservazioni

Come ben evidenziato dai dati degli Annali 2012, sempre più spesso il diabetologo dell'adulto si trova a rivestire i panni del diabetologo dell'anziano, affrontando quesiti posti dall'assistenza di persone con diabete ultrasettantacinquenni sensibilmente differenti in termini umani, organizzativi e clinici rispetto a quelli posti dalla popolazione giovane adulta e adulta. Ma la popolazione ultrasettantacinquenne non rappresenta un'"entità omogenea" neanche in termini di durata della malattia. Se è vero che la maggior parte della popolazione anziana, che afferisce agli ambulatori di diabetologia, è composta da persone "invecchiate col diabete", è pur vero che, seppur in misura minore, esiste una porzione di pazienti che scoprono di avere il diabete dopo i 75 anni. Se tra queste due popolazioni di pazienti, una con durata della malattia diabetica inferiore ai 2 anni (gruppo A) e l'altra con durata maggiore di 10 anni (gruppo B), non si notano differenze in merito alla distribuzione per sesso ed età, evidenti sono invece alcune differenze per quanto riguarda i pattern assistenziali, il raggiungimento di target terapeutici e l'utilizzo di terapia ipoglicemizzante, antipertensiva e ipolipemizzante.

Seppur in misura limitata, esistono delle differenze tra i due gruppi per quanto riguarda il monitoraggio dell'emoglobina glicata, della pressione arteriosa, dell'assetto lipidico, dell'esame del piede e in misura leggermente maggiore per la valutazione della nefropatia e del fondo oculare. L'anziano diventato diabetico (gruppo A) è, in generale, meno monitorato rispetto al soggetto di pari età con diabete da oltre 10 anni. Tale realtà, evidenziata dagli indicatori di processo, potrebbe far pensare a una minore attenzione del diabetologo all'anziano neo diagnosticato, probabilmente per la percezione di minore severità della malattia di più recente diagnosi. Rimane di difficile interpretazione il dato relativo a un così poco frequente monitoraggio della funzionalità renale nell'ultrasettantaciquenne, dato ancora più ridotto nel neo diagnosticato. La piccola riduzione nella frequenza di monitoraggio dei neo diagnosticati non si manifesta con un minor raggiungimento dei target terapeutici, almeno per quanto riguarda il compenso glicemico e la pressione arteriosa. Nel gruppo A i soggetti con una percentuale di emoglobina glicata maggiore di 8% sono di poco superiori al 15% contro il 31% del gruppo B. Nel gruppo A più del 60% dei soggetti, contro il 35% circa del gruppo B, ha un valore di emoglobina glicata inferiore a 7%. Questo target metabolico così ambizioso viene raggiunto nel gruppo dei neo diagnosticati con un globale minore utilizzo di farmaci che possono indurre l'ipoglicemia quali l'insulina, in tutte le formulazioni, e i secretogoghi.

Ancora molto piccola risulta la fascia di pazienti di entrambi i gruppi trattati con i farmaci incretinici, con una maggiore percentuale di pazienti trattati con gli analoghi del GLP-1 rispetto a quelli trattati con inibitori della DPP-4, nonostante i primi non abbiano a supporto del loro utilizzo una gran mole di esperienze negli ultrasettantaciquenni.

Per quanto riguarda la pressione arteriosa la percentuale dei soggetti a target, inteso come valori pressori inferiori a 150/90 mmHg, è sovrapponibile nei due gruppi ed è circa due terzi della popolazione, risultato ottenuto nel gruppo A con un utilizzo minore degli ACE-inibitori.

Sensibile è invece la differenza tra i due gruppi per ciò che riguarda il colesterolo LDL: nel gruppo B viene raggiunto il target terapeutico inferiore a 100 mg/dl in oltre il 53% dei pazienti contro il 45% del gruppo A. Nel gruppo A si è rilevato un uso complessivo di farmaci ipolipemizzanti decisamente ridotto se paragonato al gruppo B e in particolare proprio delle statine. A più del 20% dei pazienti neo diagnosticati con colesterolo LDL maggiore di 130 mg/dl non è stata prescritta una statina.

In sintesi, la minore severità della patologia diabetica, come è giusto aspettarsi in soggetti con durata di malattia ridotta, permette il raggiungimento di un miglior compenso glicemico anche con minor utilizzo di farmaci con potere ipoglicemizzante più elevato nei soggetti del gruppo A. Questi, per contro, presentano un profilo di rischio aumentato legato all'ipercolesterolemia in quanto, seppur monitorati in tal senso alla pari dei soggetti con durata di malattia più lunga, sono meno trattati farmacologicamente nonostante sia provato il ruolo protettivo delle statine anche nei soggetti anziani.

Andrea Perrelli

CONCLUSIONI

In questa monografia, l'assistenza e la cura del diabete nei soggetti ultrasettantacinquenni sono analizzate nel tempo in un retrospettivo di 8 anni. È confortante vedere come, anche in un sottogruppo della popolazione come gli anziani, in cui il rischio di inerzia terapeutica e di scarsa intensità terapeutica, presente in tutti i settori della medicina, è notoriamente alto, sostanzialmente tutto migliori nel tempo, sia l'esecuzione di controlli base per la prevenzione, sia i risultati ottenuti su outcome intermedi. Ma spicca anche come questa evoluzione non sia portata avanti in modo acritico, insensibile alle revisioni delle conoscenze che provengono dalla ricerca scientifica. Un bell'esempio in questo senso è l'assestamento dei valori di emoglobina glicata dal 2008 in avanti, ovvero da quando è stata accolto dalla comunità diabetologica il messaggio che il rischio di ipoglicemia da terapia intensiva nell'anziano probabilmente sopravanza il beneficio cardiovascolare.

I lipidi continuano a essere il settore in cui si colgono i maggiori miglioramenti in termini di risultati intermedi e, su questo, ci sono pochissimi dubbi che si debbano ringraziare le statine. Come a volte capita di ascoltare in discussioni congressuali, si sentirebbe davvero la necessità di una statina "della glicemia" che, con un intervento farmacologico unico, corregga efficacemente il problema dell'iperglicemia.

Molto originale, e vero punto di forza di questa monografia, è il capitolo in cui si confrontano due categorie di pazienti: i soggetti diabetici che diventano anziani e gli anziani che acquisiscono il diabete. Si tratta di un'analisi probabilmente mai affrontata in precedenza in altre casistiche, effettuata da una visuale unica nel suo genere. L'anziano diventato diabetico risulta in generale meno monitorato rispetto al pari età con diabete da oltre 10 anni; per contro presenta un profilo di rischio aumentato legato all'ipercolesterolemia. Potremmo tentare una sintesi interpretativa: la minore severità della patologia diabetica, come è giusto aspettarsi in soggetti con durata di malattia ridotta, agevola il raggiungimento di un miglior compenso glicemico anche con il minor utilizzo di farmaci più potenti come ipoglicemizzanti. I trattamenti cardine del diabete, quali l'uso delle statine, sono più facilmente richiamati nella routine giornaliera del diabetologo dalla durata a e dalla gravità di malattia. L'etichetta di soggetto diabetico da anni in qualche modo modifica l'attenzione per il problema.

Come accennato nelle conclusioni del 2011, non sarà questa pubblicazione a risolvere l'impasse di indirizzo clinico e scientifico tra chi privilegia un approccio più morbido e olistico, e soppesa le comorbilità di questa popolazione e chi, sottolineando la maggior incidenza di eventi cardiovascolari, sostiene che proprio in questa fascia di età l'intervento preventivo dovrebbe essere efficace.

Ma questa fotografia anno per anno ci permette di capire quale tipo di cura viene fornita agli anziani, quali sono le certezze e quali le incertezze dei clinici, quali sono gli spunti da cui partire per migliorare il quadro nazionale complessivo del trattamento.

Carlo Bruno Giorda
Presidente Fondazione AMD

Copyright 2013 AMD
La riproduzione dei grafici e dei testi
è consentita citando la fonte.