

## RESPONSABILE SCIENTIFICO

Domenico Mannino

## BOARD DI PROGETTO

Diego Carleo  
Domenico Cucinotta  
Paolo Di Bartolo  
Graziano Di Cianni  
Riccardo Fornengo  
Domenico Mannino  
Franco Tuccinardi

## RELATORI

Agatina Chiavetta - Catania  
Domenico Cucinotta - Messina  
Roberto Baratta - Catania  
Domenico Mannino - Reggio Calabria

## PROVIDER ECM E SEGRETERIA

### Provider ECM e Segreteria Scientifica

Provider Agenas N° 572  
Associazione Medici Diabetologi  
viale delle Milizie, 96  
00192 Roma  
ph. +39 067000599  
fax +39 067000499  
segreteria@aemmedi.it  
www.aemmedi.it



Delos



### Segreteria Organizzativa e Provider

Delos Communication srl  
p.co Comola Ricci, 98 - 80122, Napoli  
ph. + 39 081 7142129 - fax +39 081 7141472  
info@deloscommunication.it  
www.deloscommunication.it

## INFORMAZIONI GENERALI

### Data

13 Settembre 2018

### Sede dei Lavori

HOTEL MERCURE CATANIA EXCELSIOR  
Piazza Giovanni Verga, 39 - 95129 Catania

### Iscrizione

L'iscrizione è gratuita e viene effettuata compilando e inviando alla segreteria organizzativa la scheda di iscrizione allegata.

### Metodo di verifica e informazioni varie

La documentazione ECM (scheda anagrafica, questionario valutazione e apprendimento) dovrà essere riconsegnata al personale in loco al termine dei lavori.

L'assegnazione dei crediti formativi sarà subordinata a:

- Presenza in sala per il 90% della durata dell'evento
- Aver risposto correttamente al 75% dei quesiti del questionario di apprendimento.

### Attestato ECM

Verrà spedito ai riferimenti indicati sulla scheda anagrafica, dopo aver effettuato le dovute verifiche.

### Attestato di Partecipazione

Ai partecipanti verrà rilasciato l'attestato di partecipazione.

### Obiettivo formativo nazionale

La sicurezza del paziente. Risk Management.

### Accreditamento

Rif. Ecm: 572 - 233793 ed. 1  
Crediti attribuiti all'evento: 7,8  
Ore formative: 6  
Partecipanti previsti: 30  
Destinatari: Medico Chirurgo  
Discipline: Endocrinologia, Geriatria, Malattie metaboliche e diabetologia, Scienze dell'Alimentazione e Dietetica, Medicina Interna.

Con il contributo non  
condizionante di

AstraZeneca 



## PROGETTO RADAR: ALLA RICERCA DEI PAZIENTI!

CATANIA

**13 SETTEMBRE 2018**

**HOTEL MERCURE CATANIA EXCELSIOR**

Piazza Giovanni Verga, 39 - Catania

## RAZIONALE

Numerosi studi epidemiologici e prospettici hanno dimostrato una relazione diretta tra livelli di HbA1c e rischio di complicanze micro e macrovascolari, nei pazienti con DM2 ed è in virtù di questo dato che tutte le linee guida raccomandano di ridurre l'emoglobina glicata (HbA1c) al di sotto del 7%, per ridurre le complicanze micro vascolari del diabete. Viene inoltre ricordato che un intervento precoce è associato ad una riduzione a lungo termine della malattia macrovascolare. Nonostante tutto, malgrado sia ormai evidente la necessità di raggiungere un controllo glicemico ottimale, meno della metà dei pazienti con DM2 raggiunge i livelli di HbA1c consigliati dalle linee guida. Questo è in parte dovuto a una scarsa compliance, spesso legata agli effetti collaterali dei farmaci ipoglicemizzanti orali tradizionali, e in parte alla tendenza alla progressione, caratteristica della malattia.

In questo senso, diventa di primaria importanza una scelta appropriata dei farmaci utilizzati per la cura del diabete, anche considerando che i benefici ottenuti attraverso un migliore controllo glicemico possono essere completamente annullati dagli effetti collaterali del trattamento, come l'incremento ponderale e le ipoglicemie.

Gli attuali standard di cura delle società scientifiche AMD e SID suggeriscono un intervento terapeutico precoce, al momento della diagnosi, con la metformina in associazione a modifica dello stile di vita e l'eventuale progressiva aggiunta di altre terapie, fino al raggiungimento e al mantenimento dei livelli raccomandati di controllo glicemico. In particolare, viene raccomandato di intensificare il trattamento già dopo 3 mesi nei pazienti che non abbiano raggiunto gli obiettivi con la monoterapia farmacologica e la modifica dello stile di vita. Infatti, l'inerzia terapeutica ovvero, il mancato cambiamento di terapia quando questa non risulta in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati, costituisce uno dei fattori che maggiormente incidono sul mancato raggiungimento di un buon compenso glicemico.

La scelta della metformina come terapia di prima linea si basa sulla capacità del farmaco di ridurre i valori di glicemia, la bassa probabilità di indurre effetti collaterali (compreso l'aumento di peso) e il costo relativamente basso.

Negli ultimi anni, al patrimonio farmacologico utilizzato per il trattamento del diabete dopo la metformina (sulfaniluree, glinidi, inibitori dell'alfa-glucosidasi, glitazoni) si sono aggiunte altre classi di farmaci (DPPIV-I, SGLT2, GLP1-I) che agiscono su meccanismi fisiopatologici diversi. Individuare il principale meccanismo coinvolto della patologia aiuta a mirare la scelta farmacologica in termini di efficacia. Efficacia ed efficienza richiedono quindi una fenotipizzazione attenta del paziente, prima dell'avvio della terapia, in maniera tale da permettere di individuare gli elementi che garantiscono di fissare e raggiungere gli obiettivi glicemici più adatti alla situazione clinica, nel modo più efficace ed efficiente.

Gli elementi relativi al meccanismo fisiopatologico, al profilo glicemico, al profilo di rischio, alla comorbilità, rientrano nella valutazione.

A questo punto obiettivi e fenotipo vanno confrontati con l'offerta farmacologica disponibile di cui dobbiamo conoscere:

- potenza: quanto mi permette di raggiungere l'obiettivo;
- profilo di azione: possibile meccanismo fisiopatologico, maggiore efficacia su pre o post-prandiale;

- profilo di sicurezza: effetti collaterali/reazioni avverse da confrontare con comorbilità, terapie concomitanti;

- tollerabilità: intesa anche come sostenibilità effettiva della terapia, ovvero numero di somministrazioni, necessità di controlli da confrontare con le attitudini del paziente;

- costi: individuazione del paziente più probabilmente responder al fine di razionalizzare la spesa ottimizzando gli obiettivi.

Da 10 anni l'AMD porta avanti una iniziativa di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, basata sulla raccolta di un set standard di indicatori derivati dalle cartelle cliniche informatizzate delle strutture diabetologiche. Le informazioni raccolte, descritte annualmente sulla pubblicazione Annali AMD, consentono ai centri partecipanti una attività di benchmarking, attraverso il confronto del proprio operato con quello delle altre strutture e dei "best performers".

Nonostante l'iniziativa abbia prodotto negli anni, tangibili miglioramenti nelle misure di processo ed esito intermedio monitorate, permane una quota elevata di pazienti con DM2 (circa il 50%) che non raggiungono i target terapeutici desiderati.

L'iniziativa Annali AMD ha anche documentato un notevole ritardo nell'intensificazione terapeutica in presenza di valori elevati di HbA1c: al momento dell'aggiunta di un nuovo farmaco, i pazienti presentano valori di HbA1c largamente al di sopra dell'8%, e molti di essi mostrano tali valori già da due anni o più. Continuano inoltre ad essere utilizzati, in grande prevalenza, farmaci ipoglicemizzanti tradizionali con l'evidenza di possibili effetti collaterali che rendono la compliance del paziente più difficile. Per cercare di superare l'inerzia terapeutica AMD offre ai propri soci una query appositamente predisposta, che andrà ad operare sulla cartella clinica informatizzata MyStar, permettendo, attraverso un semplice smart reporting, la creazione di una lista di pazienti che, pur non rientrando in criteri di fragilità clinica (età < 75 anni e eGFR > 60 ml/min) non sono a target per alcuni parametri prestabiliti (HbA1C > 7%, BMI > 27 kg/m<sup>2</sup>, PAS > 140 mmHg), permettendo così al Clinico di valutare quali e quanti soggetti possano essere bisognosi di un'intensificazione o di un miglioramento di setting terapeutico.

Tutto ciò potrebbe avere un rilevante impatto sull'inerzia terapeutica e quindi, a cascata, sul paziente, riducendone le complicanze diabete-correlate. I risultati della query saranno visibili ed utilizzabili solo da parte del personale che opera nel centro diabetologico.

### Obiettivo

Attivare un sistema di ricerca automatica, applicato alla cartella clinica informatizzata, che consenta una rapida identificazione dei pazienti con insoddisfacente controllo metabolico, al fine di ridurre l'inerzia terapeutica e migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Spiegare l'uso della query, discutere dei dati della ricerca Annali 2017, individuare il PDTA più adatto per la fenotipizzazione del paziente e la prescrizione del farmaco innovativo più indicato, rivalutare dopo sei mesi e un anno l'efficacia del modello di query proposto.

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì 13 Settembre 2018

- 12.00 Registrazione partecipanti e standing lunch
- 13.00 Saluti istituzionali - **D. Mannino**
- 13.15 Presentazione del progetto - **D. Mannino**
- 13.45 Come si comportano i Diabetologi Italiani: la fotografia della prescrizione della terapia innovativa che emerge dagli Annali AMD **D. Mannino**
- 14.15 Discussione
- 14.30 Focus on:
  - A) Resistenze in diabetologia: aspettative del paziente e del diabetologo **A. Chiavetta**
  - B) L'inerzia del diabetologo verso la terapia intensiva - **R. Baratta**
- 16.00 Discussione
- 16.30 Coffee break
- 16.45 La fenotipizzazione del paziente diabetico **D. Cucinotta**
- 17.15 Il rationale per l'utilizzo della terapia innovativa: quando, come e perché iniziare ad usare i GLP-1 RA - **A. Chiavetta**
- 17.45 Il rationale per l'utilizzo della terapia innovativa: quando, come e perché iniziare ad usare gli SGLT2-I - **R. Baratta**
- 18.15 Discussione
- 18.30 Come utilizzare l'applicazione Radar **D. Mannino**
- 19.15 Discussione finale
- 19.30 Questionari ECM
- 20.00 Chiusura dei Lavori