

Il dr. Rocco Bulzomì dichiara di
NON aver ricevuto
negli ultimi due anni
compensi o finanziamenti da
Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche



IL PAZIENTE DIABETICO AL CENTRO: I MODELLI IDEALI E LA REALTA'

Nell'Ambulatorio Territoriale

Rocco Bulzoni
Responsabile Diabetologia territoriale
A.S.L. RM/B

- Piano Nazionale Diabete.
- Piano Regionale Diabete (in corso di definizione)
- Il Chronic Care Model
- Il LEA Diabetologico
- Il PDTA
- La Rete Hub & Spokes
- La Rete Integrata Reticolare

- Presa in carico (“ponte” tra Ospedale e MMG), gestione integrazione Ospedale-Territorio
- Responsabile sulla diagnosi, inquadramento e gestione della persona con Diabete
- Responsabile della Educazione Terapeutica, gestione paziente instabile o con urgenza differibile

- Popolazione A.S.L. RM/B: 780.000 circa
- Popolazione con Diabete: 42.500 circa
- IOTESI:
- Media visite/anno/paziente: 1.5
- Richiesta di 63.750 visite specialistiche/anno
- Monte ore lavoro diabetologo a tempo pieno: 1.600 ore/anno
- Fabbisogno di 20 specialisti a tempo pieno
(in organico alla A.S.L. RM/B 8.5 specialisti)
dedicati esclusivamente ai residenti

- Persone con Diabete assistite sul Territorio del 4° Distretto A.S.L. RM/B:

> 65 aa: 78 %

(di cui > 75 aa 46 %)

Terapia:

solo ipoglicemizzanti orali: 72 %

solo insulina: 14 %

insulina + ipo orali 13 %



Roma, 3 aprile 2015

Chiar. mo Prof. Luca Pani
Direttore Generale
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Via del Tritone 181 - 00187 Roma (RM)

Oggetto: Glibenclamide e Gliclazide

Gentilissimo Prof. Pani,

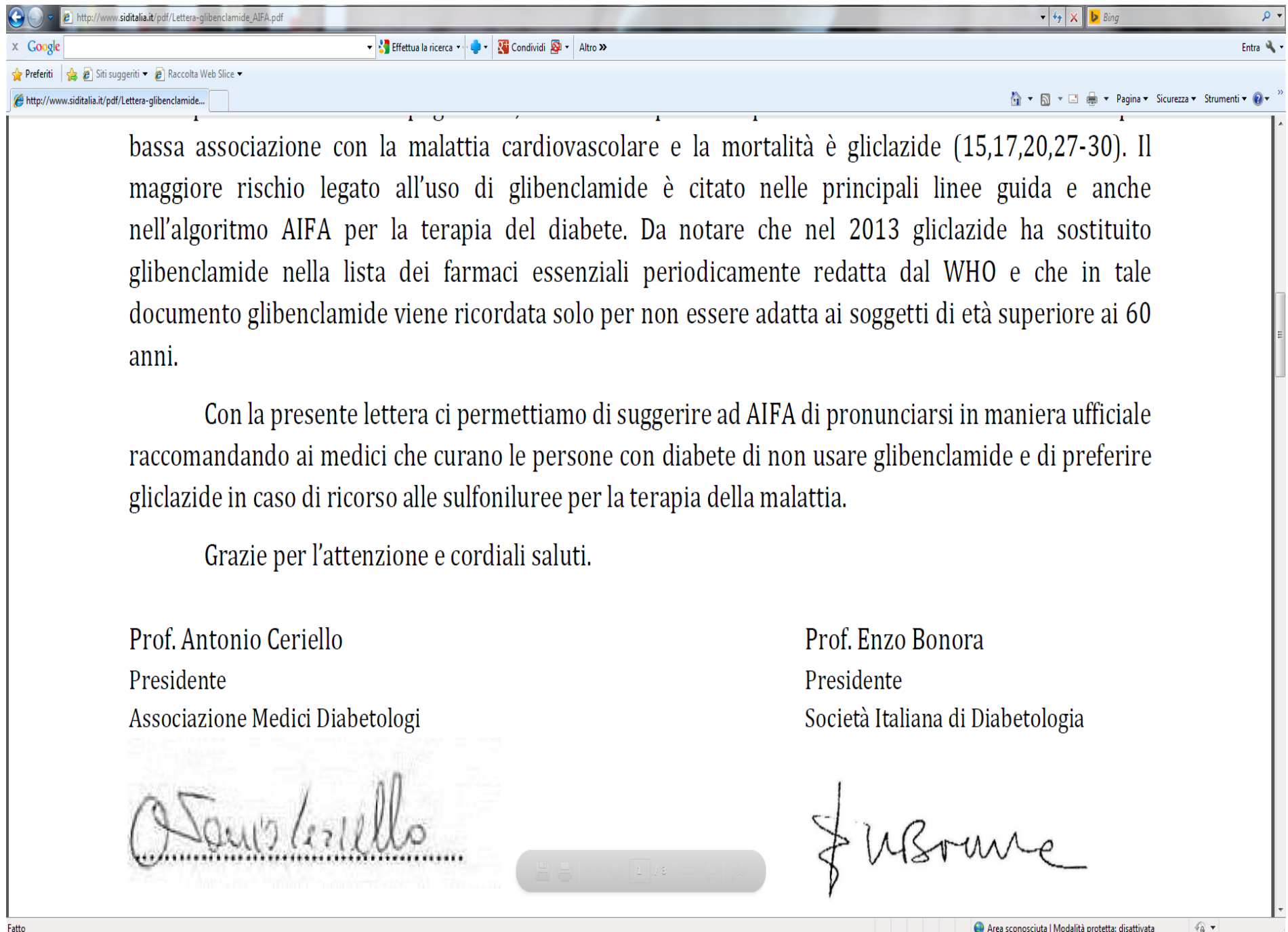
scriviamo perché riteniamo opportuno che AIFA prenda una posizione ufficiale in merito a due farmaci della categoria delle sulfoniluree che sono usati per il trattamento del diabete. Questa categoria di farmaci, nella quale potrebbe essere inserita anche repaglinide, che possiede identico meccanismo di azione (1,2), è ancora largamente utilizzata in Italia (quasi il 50% dei diabetici tipo 2)(3,4). Le sulfoniluree, che determinano un significativo e non desiderabile incremento ponderale, stimolano la secrezione di insulina con meccanismo glucosio-indipendente e per questo motivo possono causare ipoglicemia, anche severa e prolungata e talora fatale (5-10). Le sulfoniluree, soprattutto glibenclamide, legandosi ai propri recettori cardiaci e vascolari, sembrano interferire con il fenomeno del preconditionamento ischemico (11-14). In accordo con questi dati, numerosi studi osservazionali e meta-analisi degli stessi suggeriscono che le sulfoniluree aumentino il rischio di eventi cardiovascolari maggiori e di mortalità cardiovascolare e/o per tutte le cause (15-27). Tali effetti avversi sono ben più evidenti per glibenclamide che per altre molecole della classe. La molecola con il più basso rischio di ipoglicemia, il minore impatto sul preconditionamento ischemico e la più bassa associazione con la malattia cardiovascolare e la mortalità è gliclazide (15,17,20,27-30). Il maggiore rischio legato all'uso di glibenclamide è citato nelle principali linee guida e anche nell'algoritmo AIFA per la terapia del diabete. Da notare che nel 2013 gliclazide ha sostituito glibenclamide nella lista dei farmaci essenziali periodicamente redatta dal WHO e che in tale documento glibenclamide viene ricordata solo per non essere adatta ai soggetti di età superiore ai 60 anni.

Con la presente lettera ci permettiamo di suggerire ad AIFA di pronunciarsi in maniera ufficiale raccomandando ai medici che curano le persone con diabete di non usare glibenclamide e di preferire gliclazide in caso di ricorso alle sulfoniluree per la terapia della malattia.

Grazie per l'attenzione e cordiali saluti.

Prof. Antonio Ceriello
Presidente
Associazione Medici Diabetologi

Prof. Enzo Bonora
Presidente
Società Italiana di Diabetologia



- SCENARI EVOLUTIVI:
- Telemedicina
- Teleconsulto (mail, telefono)
- Migliorare l'efficienza (erogare la prestazione quando è necessaria)
- Aumentare la nostra specificità di ruolo
- “Blindare” il ruolo del Team