

Le Complicanze cardiorenali del paziente diabetico e le sue implicazioni per il SSR.

Cesare Berra (Lombardia)

Controllare la glicemia riduce il rischio di insorgenza delle complicanze microvascolari e, in minor misura, di quelle macrovascolari.

In Italia, l'ISTAT ha stimato la presenza nel 2016 di oltre 3 milioni di diabetici e di un altro milione che non sa di essere diabetico, portando così la percentuale di italiani diabetici al 7% con una forte correlazione con l'età (su 100 persone affette da diabete mellito 70 hanno più di 65 anni e 40 più di 75 anni). Una prevalenza più alta è stata dimostrata nell'ultima Italian Health Examination Survey (sponsorizzata da ISS, ANMCO e Soc. Ita. Nefrologia), che nel periodo 2008-2012 ha effettuato uno screening di laboratorio e strumentale sullo stato di salute in 7552 residenti di età 35-79 anni nelle 20 regioni di Italia: i dati hanno mostrato una prevalenza di diabete dell'11.8% (33.1% nei soggetti con CKD).

Gli effetti negativi del diabete non si limitano allo stato di salute ma anche ai costi delle cure. Come emerso dal "Focus Diabete" del Sole 24 ore (Luglio 2018), in Italia ogni paziente diabetico richiede una spesa complessiva annua per costi diretti di 2.738 euro, spesa assorbita in misura maggiore dai ricoveri ospedalieri e in ultimo dai trattamenti antidiabetici che incidono soltanto in minima parte (6,2%).

Il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica del Ministero della Salute ha identificato l'approccio multi-professionale quale strategia prioritaria. Il piano, adottato nel 2013 in seguito a una risoluzione del Parlamento europeo del 14 marzo 2012, che invitava gli Stati membri dell'Unione a dotarsi di una legge dedicata alla pandemia diabete, in realtà è stato ampiamente disatteso verosimilmente a causa delle difficoltà di natura economica dell'ultima decade. Al contrario, un team multidisciplinare da dedicare al follow up di pazienti diabetici ad alto rischio è una strategia efficace non solo per prevenire l'aggravamento della malattia diabetica ma anche per ridurre i costi ad essa associati (ospedalizzazione per eventi cardiovascolari ischemici o per scompenso cardiaco, e la terapia dialitica nei pazienti ESKD).

Sinora il follow up interdisciplinare è stato oggetto di pochi studi, mirati al grado di soddisfazione del paziente (maggiore se seguito da teams interdisciplinari). Al contrario, è necessario valutare l'efficacia di un team multiprofessionale nella gestione del diabetico ad alto rischio avendo come obiettivo primario il miglioramento della prognosi cardiorenale. Tale obiettivo, perseguibile attraverso l'ottimizzazione della terapia, è oggi di grande attualità. Dal 2005, infatti, l'introduzione di nuovi farmaci anti-iperglicemici con effetti cardio- e nefro-protettivi ha generato grandi aspettative per la cura delle complicanze micro- e macro-vascolari nel DM2. In particolare, tra i nuovi farmaci anti-iperglicemici, gli agonisti recettoriali di GLP1 (GLP1-RA) riducono il rischio di eventi cardiovascolari ischemici (-12%), mentre gli inibitori del cotrasportatore SGLT2 (SGLT2-I) hanno una azione cardioprotettiva estesa anche e soprattutto alla prevenzione delle ospedalizzazioni per HF (-40%), ed una azione nefroprotettiva più marcata con riduzione della necessità di dialisi (-30%), effetto evidente anche nelle fasi avanzate di malattia diabetica. Ad oggi, tuttavia, questi nuovi farmaci sono poco utilizzati nel mondo reale della pratica clinica. Gli Annali AMD 2018 hanno dimostrato che GLP1-RA o SGLT2-I sono prescritti in meno del 5% della popolazione diabetica afferente agli ambulatori di Diabetologia Italiani. Tale risultato inatteso è attribuibile a barriere prescrittive (piani terapeutici da compilare), all'ampia e crescente farmacopea dei farmaci disponibili per la cura del DM2, ed al timore di effetti collaterali.