



Bologna, 10-11 febbraio 2017



ITALIAN CHAPTER



III Sessione

Sessione congiunta AME - FADOI

Trattamento e follow-up dei parametri extraglicemici dopo la dimissione

Moderatori: *R. Castello, M. Grandi*

- Real practice *M. Pellegrino*
- Terapia anti-ipertensiva *S. Settembrini*
- Terapia ipolipemizzante *A. Nelva*
- Terapia anti-trombotica/anti-coagulante *M. Campanini*
- La cassetta degli attrezzi: prescrivibilità e rimborsabilità *A. Paoletta*



Bologna, 10-11 febbraio 2017

Conflitti di interesse



ITALIAN CHAPTER



- Ai sensi dell'art. 3.3 sul conflitto di interessi, pag 17 del Regolamento Applicativo Stato-Regioni del 5/11/2009, dichiaro che negli ultimi 2 anni **non** ho avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



- Diabetico di vecchia data (20 anni) in terapia orale di associazione presso il curante (glibenclamide e metformina 2.5/400 mg a pranzo e cena). Obeso.
- Vive solo in completa autonomia.
- Ha una familiarità per DM2 e malattia vascolare, 1 fratello con emorragia cerebrale a <50 anni; la madre, diabetica, deceduta in età senile per complicanze vascolari in nota arteriopatia AAll.
- Fumatore modesto fino a 15 anni fa. Assume regolarmente 1 bicchiere di vino ai pasti.
- Ipertensione arteriosa in terapia con ACEi e CA (enalapril 20 mg ½ co e amlodipina 5 mg).





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



Da un mese instabilità nella marcia, dolore al piede destro.

Sincope mentre si trovava in un bar, condotto in PS presso altro ospedale, riscontro durante la visita di flemmone del piede destro e gangrena del III dito.

Apiretico.

Esegue:

- creatinina 1.8 mg/dl (MDRD 40 ml/min)
- PCR 71.3 mg/L, GB 19000, Hb 8.9 g/dl
- glicemia 604 mg/dl, HbA1c 12.6%**
- colesterolo 139, TG 81, HDL 31, LDL 92

- PAOS 150/85, peso kg 102, BMI 33





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Impostata insulina basal-bolus (aspart e glargine) con progressivo miglioramento delle glicemie e bassi fabbisogni.

Effettuata valutazione delle complicanze microvascolari:

- RDNP iniziale** (microaneurismi e microemorragie),
- albuminuria** 88 mg% primo riscontro (urocoltura negativa).

ECG con atipie della ripolarizzazione, RS.

Ecocardiogramma nei limiti di norma, non alterazioni della cinesi segmentaria, IV sinistra.



Sottoposto a **angioplastica della tibiale anteriore** per alternarsi di steno-ostruzioni a corona di rosario allo studio angiografico, **amputato III dito**.



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Mario viene dimesso. Con:

1. warfarin, statina, ACEi e CA al dosaggio in corso
2. ASA 100, ACEi e diuretico, CA
3. doppia antiaggregazione, statina, ACEi invariato, amlodipina 10 mg





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER

Qual è il cut off ideale di LDL per il nostro paziente?

1. <100 mg/dl

2. <70

3. <50





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Dimesso in lungodegenza per prosieguo cure e successivamente domiciliato in residenza per anziani, per riduzione dell'autonomia e evidenza di decadimento cognitivo.

Terapia in dimissione:

- Insulina basal-bolus (glargine e aspart a pranzo)
- ASA 100 mg e ticlopidina 500 mg/die
- atorvastatina 10 mg
- CA dosaggio pieno (lercanidipina 20 mg; sospeso ACEi in attesa di definizione del quadro renale, la funzione renale prima del ricovero non è nota)



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Programmato controllo ambulatoriale con esami a due mesi dalla dimissione.
Ha proseguito controlli del piede amputato e medicazione fino a completa guarigione in ambulatorio vulnologico.

Al controllo a due mesi:

-Glicata 7.8%, creatinina 1.3 mg/dl (MDRD 57 ml/min), colesterolo 168, HDL 35, TG 141 mg/dl, **LDL colesterolo 104 mg/dl**, microalbuminuria stabile, ALT e CPK nella norma

-PAOS 150/90



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Aumenta atorvastatina 20 mg.

PAOS non a target, **introdotto sartano (telmisartan 80 mg).**

Sospende ticlopidina e prosegue con la sola ASA.

Restante terapia invariata con aggiustamento delle dosi insuliniche.



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Dopo quanto tempo dalla PTA va sospesa la doppia antiaggregazione?

1. 1 mese

2. 3 mesi

3. 1 anno





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



- atorvastatina 20 mg





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Qual è il cut off di PAO per il nostro paziente?

1. 120/80

2. 130/80

3. 140/85





Bologna, 10-11 febbraio 2017



ITALIAN CHAPTER



- **Terapia anti-ipertensiva *S. Settembrini***
 - **Terapia ipolipemizzante *A. Nelva***
 - **Terapia anti-trombotica/anti-coagulante *M. Campanini***
- **La cassetta degli attrezzi: prescrivibilità e rimborsabilità**
A. Paoletta



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Programmato controllo **a quattro mesi**.

Nel frattempo **ricovero in Neurologia per TIA in fibrillazione atriale** non databile a elevata penetranza ventricolare, controllata con digitale e successivamente rientrata in ritmo. Effettuato ecocardiogramma che non evidenzia alterazione della cinesi segmentaria; ipertrofia ventricolare sinistra. Doppler TSA con ateromasia diffusa non emodinamica.

Mantiene atorvastatina 20 mg per LDL < 70 mg/dl.

Prosegue con la terapia insulinica, all'atto del ricovero glicata 7.2%. Creatinina stabile.



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER

Quale terapia in dimissione?

1. ASA

2. TAO

3. NAO





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Aggiunge TAO (warfarin), sospende ASA. Introdotta betabloccante (bisoprololo dosi crescenti fino a 5 mg/die).

■ CHA₂DS-VASc

HOME	PERIOD	GUEST
7	2	3

■ Bleeding score





Bologna, 10-11 febbraio 2017



ITALIAN CHAPTER



- **Terapia anti-ipertensiva** *S. Settembrini*
- **Terapia ipolipemizzante** *A. Nelva*
- **Terapia anti-trombotica/anti-coagulante**
M. Campanini
- **La cassetta degli attrezzi: prescrivibilità e rimborsabilità**
A. Paoletta



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Rivalutazione a **6 mesi**.

RS all'ECG, fc 72. PAOS 130/80.

Doppler arterioso AaI: flussi diretti validi bilateralmente.

Rialzo CPK, mialgie. LDL a target <70.

Riduce atorvastatina a 10 mg, introduce ezetimibe 10 mg.

Controllo FUNDUS OCULI (rischio emorragico): stabile



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



- **Valutazione rischio emorragico**
in corso di terapia antiaggregante/anticoagulante





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Siete d'accordo con la scelta di inserire ezetimibe e ridurre atorvastatina?

1. Sì

2. No, avrei inserito rosuvastatina 10 mg

3. No, meglio l'associazione preconstituita simva/eze 20/10





Bologna, 10-11 febbraio 2017



ITALIAN CHAPTER



- **Terapia anti-ipertensiva** *S. Settembrini*

- **Terapia ipolipemizzante** *A. Nelva*

- **Terapia anti-trombotica/anti-coagulante**

M. Campanini

- **La cassetta degli attrezzi: prescrittibilità e rimborsabilità** *A.*

Paoletta





Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



ITALIAN CHAPTER



Successivamente prosegue **controlli annuali**.

HbA1c 7-7.5%, LDL colesterolo 70 mg/dl, condizioni cliniche stabili, non ulteriore progressione delle complicanze.

Sospende TAO dopo un anno e reintroduce ASA. Controlli ECG con RS.

Prosegue con ASA 100, sartano e CA, BB, atorva/ezetimibe, insulina quadriiniettiva.



Bologna, 10-11 febbraio 2017

CASO CLINICO: Mario, 75 anni



Esiste un limite di età per la rimborsabilità della terapia ipolipemizzante nel nostro paziente?

• Sì

• No





Bologna, 10-11 febbraio 2017



ITALIAN CHAPTER



- **Terapia anti-ipertensiva** *S. Settembrini*
 - **Terapia ipolipemizzante** *A. Nelva*
- **Terapia anti-trombotica/anti-coagulante**
M. Campanini
- **La cassetta degli attrezzi: prescrivibilità e rimborsabilità**
A. Paoletta



Bologna, 10-11 febbraio 2017



ITALIAN CHAPTER



- **Terapia anti-ipertensiva** *S. Settembrini*
 - **Terapia ipolipemizzante** *A. Nelva*
- **Terapia anti-trombotica/anti-coagulante**
M. Campanini
- **La cassetta degli attrezzi: prescrivibilità e rimborsabilità**
A. Paoletta
- **THM** *R. Castello*



Tabella 17. Approcci utili per aumentare l'aderenza del paziente alle strategie terapeutiche

Paziente

Informazioni associate a strategie motivazionali (vedi paragrafo 5.1.6 sulla cessazione del fumo)

Gestione di gruppo

Automisurazione della BP

Autogestione con semplici sistemi di guida dei pazienti

Interventi complessi^a

Trattamento farmacologico

Semplificazione del trattamento

Segnalazione di promemoria al paziente

Sistema sanitario

Intensificare le cure (monitoraggio, follow-up telefonico, promemoria, visite domiciliari, telemonitoraggio della BP domiciliare, supporto sociale, consulenza computerizzata)

Interventi che coinvolgono direttamente i farmacisti

Strategie di rimborso per migliorare il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella valutazione e nel trattamento dell'ipertensione





THM



ITALIAN CHAPTER



L'inizio della terapia antipertensiva nei pazienti diabetici con SBP ≥ 160 mmHg è obbligatorio, mentre è fortemente raccomandato iniziare la terapia quando la SBP è ≥ 140 mmHg.

Il target di SBP < 140 mmHg è raccomandato in pazienti diabetici.

Il target di DBP < 85 mmHg è raccomandato in pazienti diabetici.

Tutte le classi di antipertensivi sono raccomandati e possono essere usati nei pazienti diabetici. I bloccanti del RAS possono essere preferiti specialmente in presenza di proteinuria o microalbuminuria.



THM

Diuretici (tiazidici, clortalidone e indapamide), betabloccanti, calcioantagonisti, ACE-inibitori, ARB sono tutti impiegabili e raccomandati per l'inizio e il mantenimento della terapia antipertensiva sia in monoterapia che in associazione.

Alcuni farmaci devono essere considerati di prima scelta in specifiche condizioni in quanto utilizzati in trial che hanno valutato quelle specifiche condizioni o perché maggiormente efficaci in determinati tipi di OD.

L'inizio della terapia antipertensiva con un'associazione di due farmaci può essere considerato in pazienti con valori di BP marcatamente elevati o ad alto rischio CV.

L'associazione di due antagonisti del RAS non è raccomandata e dovrebbe essere sconsigliata.

Si devono considerare anche le altre associazioni che presentano conferma di efficacia antipertensiva. Sono da preferire le associazioni impiegate nei trial clinici.

Sono da raccomandare le associazioni di due farmaci antipertensivi a dose fissa in una singola compressa in quanto riducono il numero di compresse utilizzate migliorando la compliance terapeutica.



ITALIAN CHAPTER





Bologna, 10-11 febbraio 2017

TAKE HOME MESSAGES



ITALIAN CHAPTER



Pazienti diabetici con arteriopatia periferica (AOP) devono fare terapia anti- aggregante con aspirina o con clopidogrel

A seconda della procedura terapeutica nella AOP (PTCA o by pass) varia la durata della doppia antiaggregazione.

Nei pazienti con fibrillazione atriale deve essere valutato sia il CHADSVASC score che il bleeding score

Efficacia e sicurezza degli inibitori diretti della coagulazione (NOACs)

Il dosaggio dei NOACs e la scelta delle singole molecole deve essere personalizzata secondo le caratteristiche cliniche del paziente.





Bologna, 10-11 febbraio 2017

TAKE HOME MESSAGES



ITALIAN CHAPTER

- Diabete + patologia cardiovascolare documentata: rischio molto alto
- Target colesterolo LDL per i pz a rischio molto alto: < 70 mg/dl, o una riduzione di almeno il 50% se il valore basale è fra 70 e 135 mg/dl
- Target secondari: colesterolo non HDL < 100 mg/dl e apoB < 80 mg/dl
- Desiderabili livelli di trigliceridi < 150 mg/dl, ma l'evidenza di benefici in prevenzione cardiovascolare con l'intervento farmacologico è ancora modesta
- Livelli di HDL-C < 40 mg/dl per gli uomini e < 48 mg/dl per le donne sono associati con maggior rischio, ma non c'è chiara evidenza diretta che l'intervento farmacologico risulti in prevenzione cardiovascolare





Bologna, 10-11 febbraio 2017

Take Home Messages



ITALIAN CHAPTER



- I farmaci antiipertensivi utilizzati per il **paziente diabetico** iperteso sono rimborsabili in classe A (attenzione all'appropriatezza prescrittiva ed alle eventuali combinazioni tra ACE inibitori e sartani come da segnalazione EMA)
- I nuovi anticoagulanti NAO possono essere prescritti nei **pazienti diabetici** anziani con FANV in prevenzione di ictus ed embolia sistemica e sono concedibili dal SSN con piano terapeutico e RRL
- I farmaci ipolipemizzanti possono essere prescritti nei pazienti con **diabete mellito a qualsiasi età** e rimborsabili **a carico del SSN con la nota 13** in prevenzione primaria e secondaria