



www.associazionemediciendocrinologi.it

12° Congresso Nazionale AME

Associazione Medici Endocrinologi



www.aace.com

6th Joint Meeting with AACE
American Association of Clinical Endocrinologists

Minicorso 4

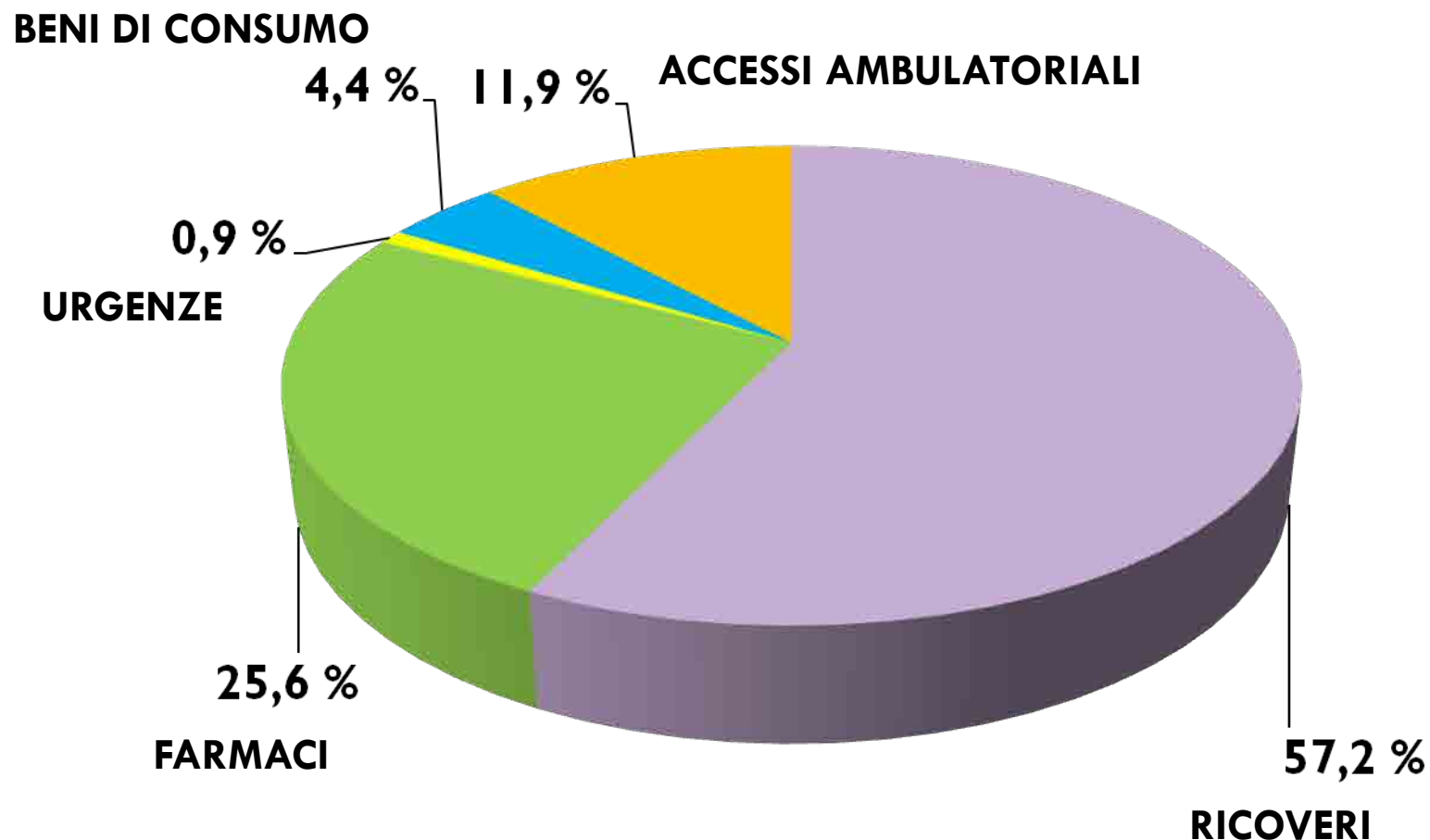
**Terapia del diabete tipo 2:
un algoritmo basato su efficacia e
farmacoeconomia**

Take home message

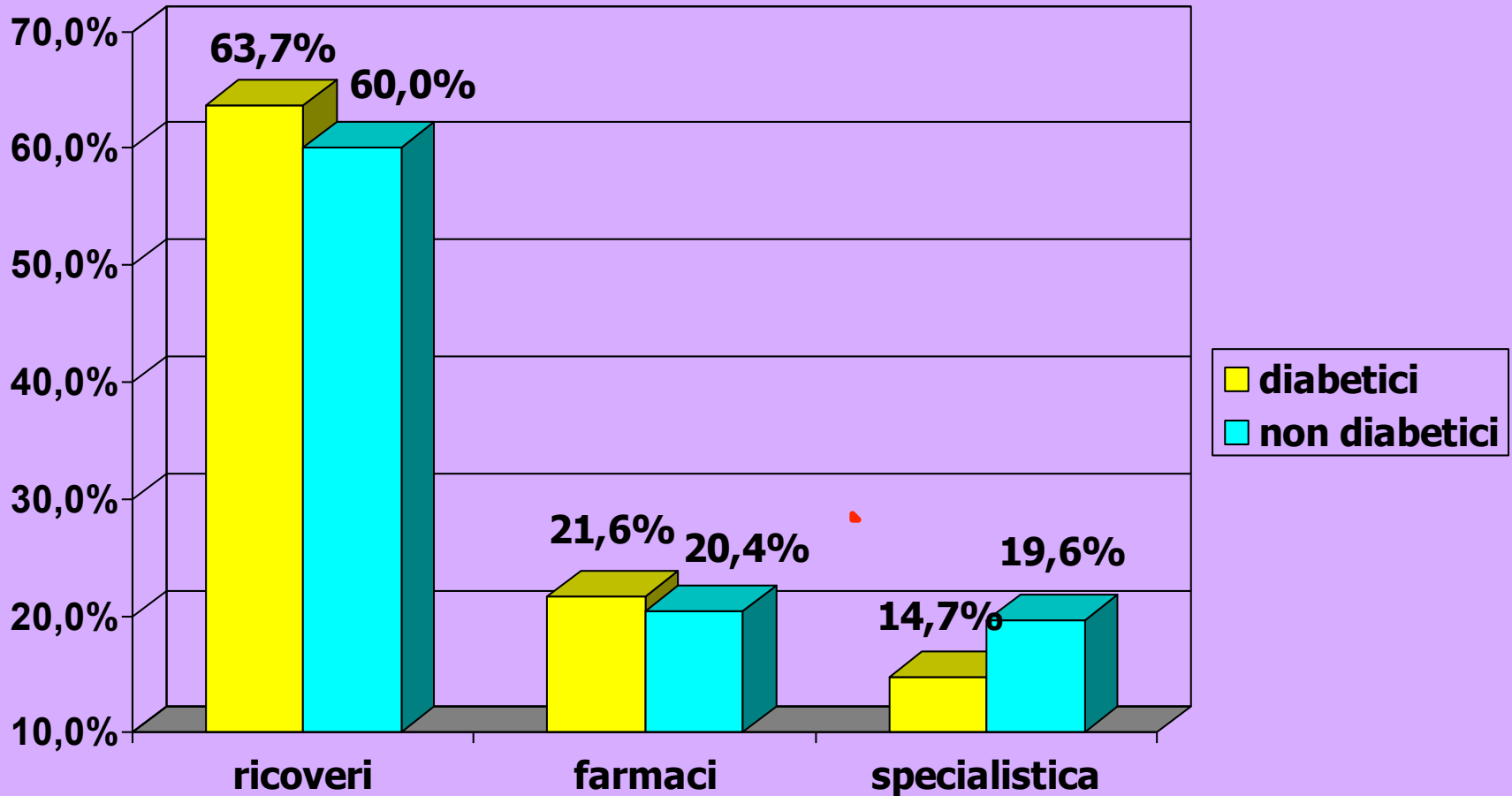
7-8 novembre 2013

Dott.ssa Alessandra Sforza

Distribuzione dei costi del Diabete in Italia

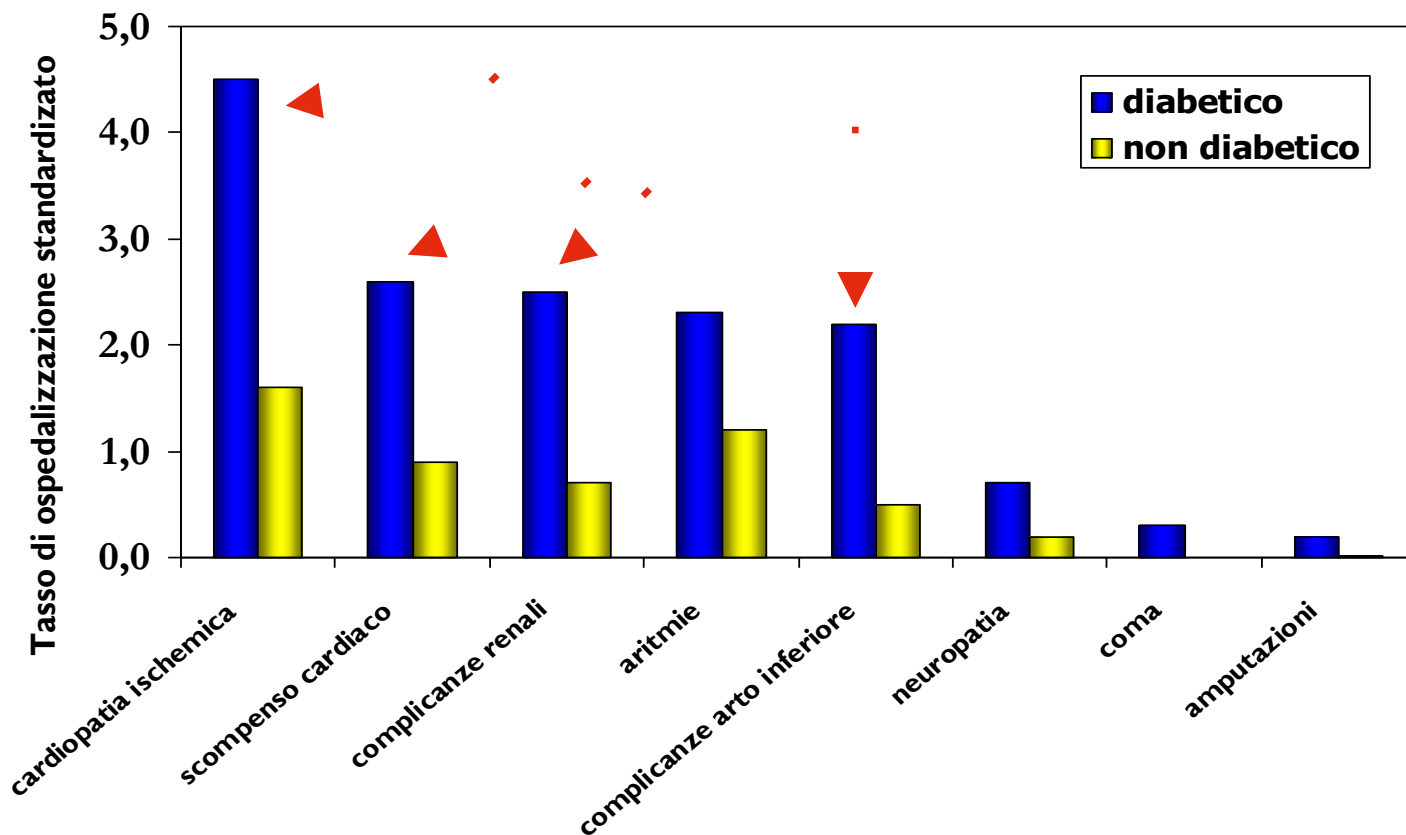


Spesa per Diabete : 18% della Spesa Sanitaria Regionale

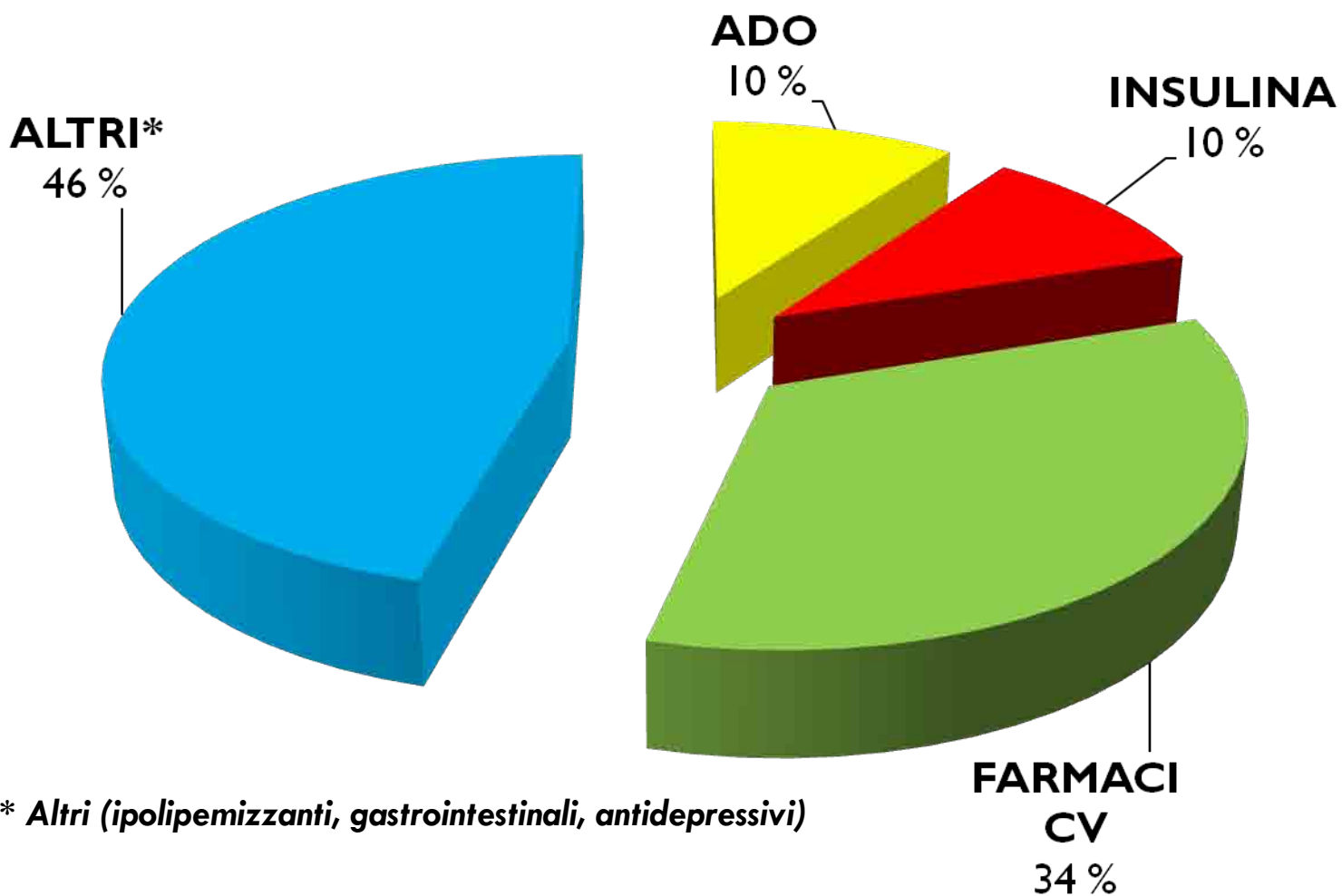


Costi Diretti: Ricoveri e complicanze in RER

Spesa per Diabete : 18% della spesa sanitaria Regionale di cui
il' 64% per i ricoveri ospedalieri



Spesa farmaceutica per la cura del diabete in Italia



Nuovi farmaci incretino-mimetici per la cura del diabete

A cura del Gruppo Multidisciplinare
sui Farmaci per il Diabete
Regione Emilia-Romagna

Terapia add on dopo metformina

Raccomandazione 1 - Sulfaniluree (compresa la repaglinide)

**Positiva
debole**

Nelle persone adulte con diabete mellito tipo 2 in terapia con metformina che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, le sulfaniluree dovrebbero essere utilizzate nella maggior parte dei casi.

Raccomandazione formulata sulla base di:



evidenze considerate di qualità bassa



bilancio benefici/rischi favorevole

Indicatore di uso atteso

Sulla base della raccomandazione formulata il tasso di utilizzo atteso per le sulfaniluree è **almeno il 60%** delle persone con DM2 che a un trattamento in monoterapia con metformina aggiungono un secondo farmaco orale (in quanto la monoterapia con metformina non è più sufficiente a controllare adeguatamente la malattia).

Raccomandazione 2 - Incretino-mimetici

**Positiva
debole**

Quando la terapia con metformina necessita di un secondo ipoglicemizzante, sia gli inibitori delle dipeptidil-peptidasi-4 (DPP-4) sia gli analoghi del glucagon-like peptide-1 (GLP-1 a) possono essere utilizzati in alcuni sottogruppi di persone adulte con diabete mellito tipo 2.

Raccomandazione formulata sulla base di:



evidenze considerate di qualità bassa



bilancio benefici/rischi favorevole

Indicatore di uso atteso

Sulla base della raccomandazione formulata il tasso di utilizzo atteso per gli incretino-mimetici è **fino al 30%** delle persone con DM2 che a un trattamento in monoterapia con metformina aggiungono un secondo farmaco orale (in quanto la monoterapia con metformina non è più sufficiente a controllare adeguatamente la malattia).

Raccomandazione 3 - DPP-4i e GLP-1a in specifici sottogruppi

**Prediligere soggetti
con età < 65 aa.**

3A - Incretino-mimetici (in aggiunta alla monoterapia con metformina)

**Positiva
debole**

Sia DPP-4i, sia GLP-1a possono essere utilizzati nelle persone adulte con diabete mellito tipo 2 di **età inferiore o uguale a 65 anni** quando la terapia con metformina necessita di un secondo ipoglicemizzante e l'associazione con una sulfanilurea presenta un bilancio benefici/rischi dubbio (vedi commenti alla raccomandazione 1).

Raccomandazione formulata sulla base di:

☆☆☆☆ **evidenze considerate di qualità bassa**



bilancio benefici/rischi favorevole

Indicatore di uso atteso

Sulla base della raccomandazione formulata, ci si attende che **almeno il 60%** delle persone con DM2 che aggiungono alla metformina DPP4i o GLP-1a (in quanto la monoterapia con metformina non è più sufficiente a controllare adeguatamente la malattia) abbia una **età < =65 anni**.

3B - Incretino-mimetico (in aggiunta alla monoterapia con metformina)

**Positiva
debole**

Sia DPP4i, sia GLP-1a possono essere utilizzati nelle persone adulte con diabete mellito tipo 2 di **età superiore a 65 anni** quando la terapia con metformina necessita di un secondo ipoglicemizzante e l'associazione con una sulfanilurea presenta un bilancio benefici/rischi dubbio (vedi commenti alla raccomandazione 1).

Raccomandazione formulata sulla base di:

☆☆☆☆ **evidenze considerate di qualità molto bassa**



bilancio benefici/rischi favorevole

Indicatore di uso atteso

Sulla base della raccomandazione formulata, ci si attende che **non oltre il 40%** delle persone con DM2 che aggiungono alla metformina un DPP4i o GLP-1a (in quanto la monoterapia con metformina non è più sufficiente a controllare adeguatamente la malattia) abbia una **età >65 anni**.

Raccomandazione 3 - DPP-4i e GLP-1a in specifici sottogruppi

3C - Incretino-mimetici (in sostituzione della sulfanilurea in duplice terapia con metformina)

**Positive
deboli**

Nel pazienti in trattamento con associazione di metformina e sulfaniluree che presentano un bilancio benefici/rischi dubbio o che hanno presentato eventi avversi alle sulfaniluree (vedi commenti alla raccomandazione 1) sia DPP-4i, sia GLP-1a possono essere utilizzati in sostituzione alle sulfaniluree.

Raccomandazione formulata sulla base di:

☆☆☆☆ *evidenze considerate di qualità molto bassa*



bilancio benefici/rischi favorevole

Indicatori di uso atteso

sulla base della raccomandazione formulata, ci si attende un tasso di utilizzo di DPP-4i e GLP-1a in associazione a metformina e/o a sulfaniluree **non superiore al 5%** delle persone con DM2 che nell'anno precedente erano in trattamento in bi-terapia con metformina + sulfaniluree.

in sostituzione a sulfanilurea se rischio ipoglicemico

Take home message (1)

- **tipizzare terapia ipoglicemizzante e target metabolici nel singolo paziente** → massima efficacia con il minimo rischio
- **gli ipoglicemizzanti orali e gli analoghi del GLP-1 iniettivi sono tutti ugualmente efficaci in termini di riduzione di HbA1c (-11 mmol/mol)**
- **solo la metformina si è dimostrata in grado di ridurre la mortalità CV**
- **uno dei principali rischi del trattamento farmacologico del diabete è l'induzione di ipoglicemie sia in termini di aumentata mortalità che di aumentata ospedalizzazione**

Take home message (2)

- **L' aumento della spesa sanitaria dovuto al diabete dipende principalmente dai ricoveri; la spesa farmaceutica incide per un 25%**
- **Sulla spesa farmaceutica legata al diabete AO e insulina incidono complessivamente per un 20%**
- **i farmaci innovativi, soprattutto incretine, a parità di efficacia, si associano ad un significativo minor rischio di ipoglicemie rispetto a secretagoghi e insulina, ma hanno costi maggiori**
- **un uso oculato, evidence-based, di tali farmaci, potrà equamente garantire alla popolazione diabetica italiana i vantaggi ad essi legati**