



7° CONGRESSO CONGIUNTO SID - AMD SICILIA 2022
FOCUS SUL DIABETE IN SICILIA:
INNOVAZIONE, APPROPRIATEZZA E CONDIVISIONE

**Le più recenti Linee guida
nazionali ed internazionali**

Basilio Pintaudi

HOTEL VILLA DIODORO - TAORMINA
VIA BAGNOLI CROCI, 75, 98039 (ME)

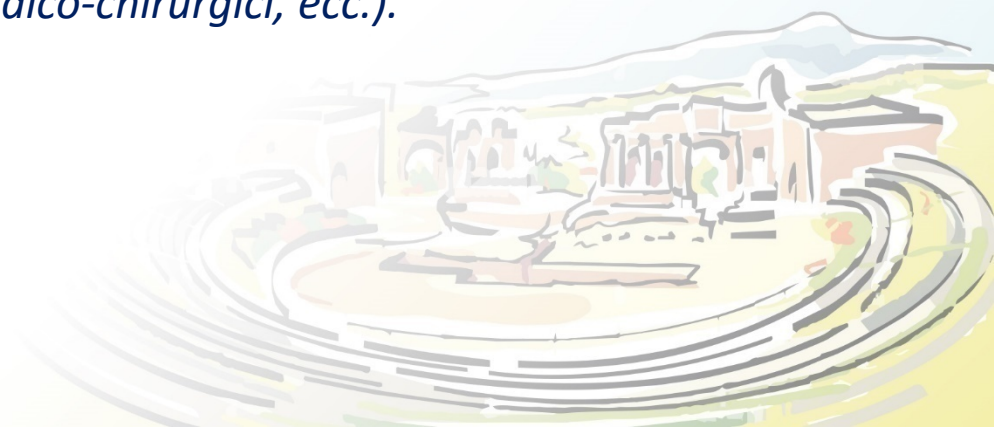
11 - 12 NOVEMBRE 2022



Il dr. Pintaudi Basilio dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- Novo Nordisk
- Eli Lilly
- MSD

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).

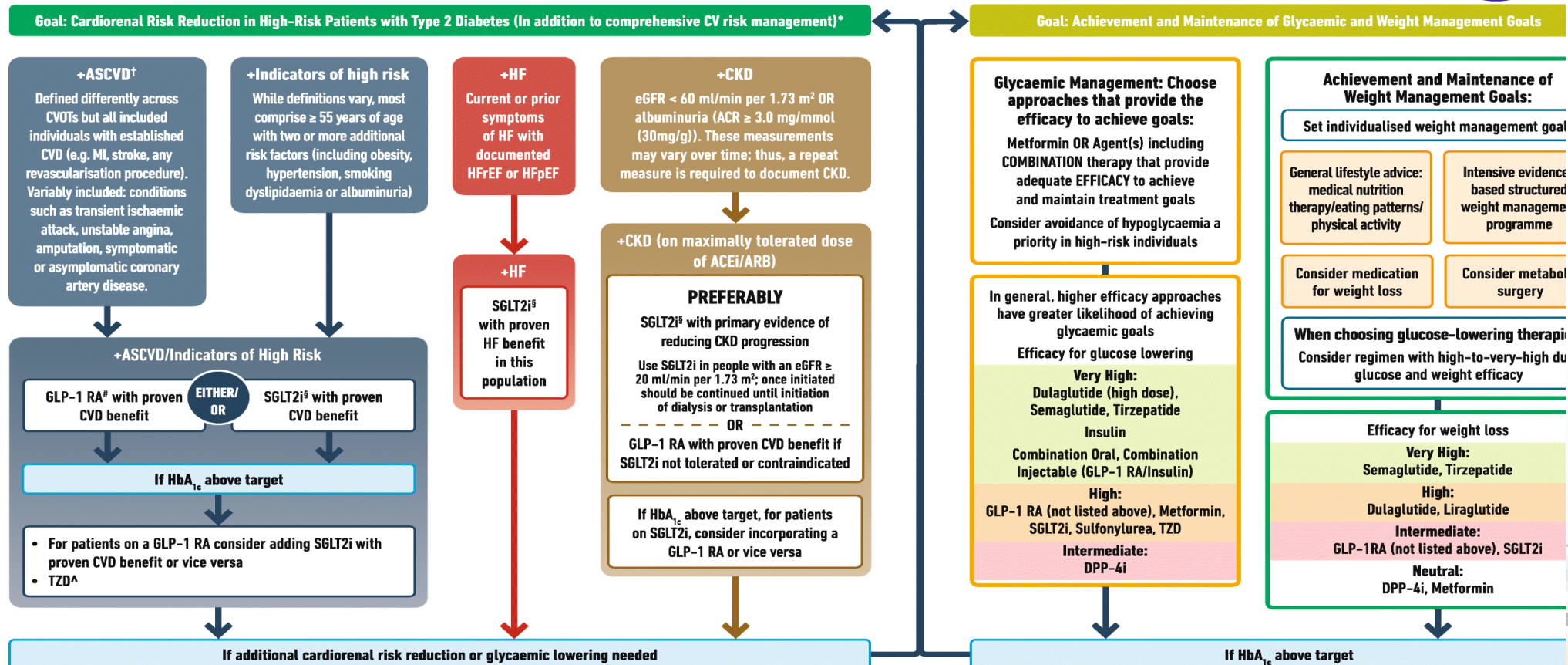




Consensus ADA/EASD
2022

USE OF GLUCOSE-LOWERING MEDICATIONS IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS; DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSMES); SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (SDOH)



ACEi, Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor; ACR, Albumin/Creatinine Ratio; ARB, Angiotensin Receptor Blocker; ASCVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease; CGM, Continuous Glucose Monitoring; CKD, Chronic Kidney Disease; CV, Cardiovascular; CVD, Cardiovascular Disease; CVOT, Cardiovascular Outcomes Trial; DPP-4i, Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor; eGFR, Estimated Glomerular Filtration Rate; GLP-1 RA, Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist; HF, Heart Failure; HFpEF, Heart Failure with preserved Ejection Fraction; HFrEF, Heart Failure with reduced Ejection Fraction; HHF, Hospitalisation for Heart Failure; MACE, Major Adverse Cardiovascular Events; MI, Myocardial Infarction; SDOH, Social Determinants of Health; SGLT2i, Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor; TZD, Type 2 Diabetes; TZD, Thiazolidinedione.

* In people with HF, CKD, established CVD or multiple risk factors for CVD, the decision to use a GLP-1 RA or SGLT2i with proven benefit should be independent of background use of metformin; † A strong recommendation is warranted for people with CVD and a weaker recommendation for those with indicators of high CV risk. Moreover, a higher absolute risk reduction and thus lower numbers needed to treat are seen at higher levels of baseline risk and should be factored into the shared decision-making process. See text for details; ^Δ Low-dose TZD may be better tolerated and similarly effective; § For SGLT2i, CV/renal outcomes trials demonstrate their efficacy in reducing the risk of composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, HHF and renal outcomes in individuals with T2D with established/high risk of CVD; # For GLP-1 RA, CVOTs demonstrate their efficacy in reducing composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, stroke and renal endpoints in individuals with T2D with established/high risk of CVD.

Identify barriers to goals:

- Consider DSMES referral to support self-efficacy in achievement of goals
- Consider technology (e.g. diagnostic CGM) to identify therapeutic gaps and tailor the
- Identify and address SDOH that impact on achievement of goals

KDIGO 2022 guideline on diabetes in CKD

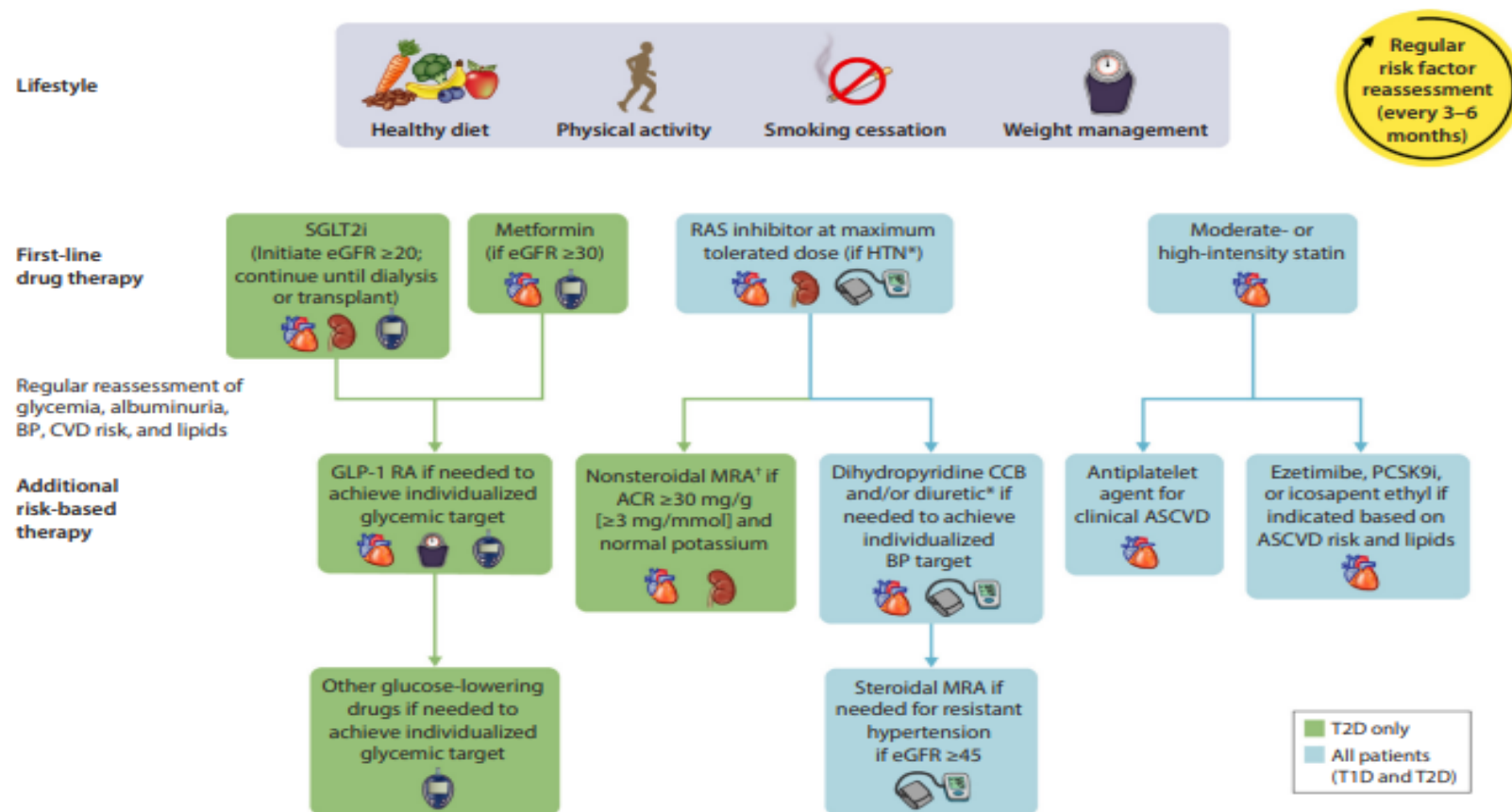
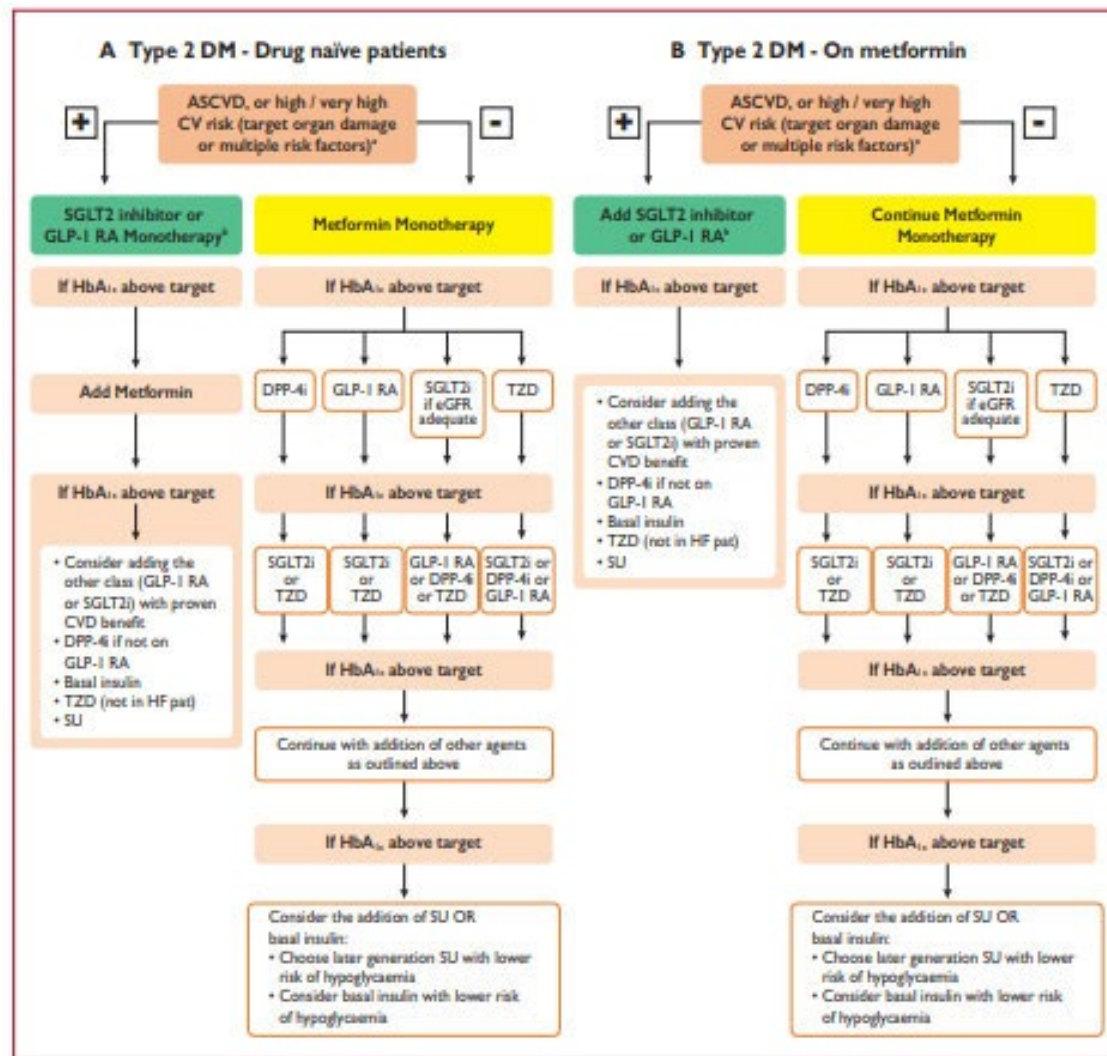
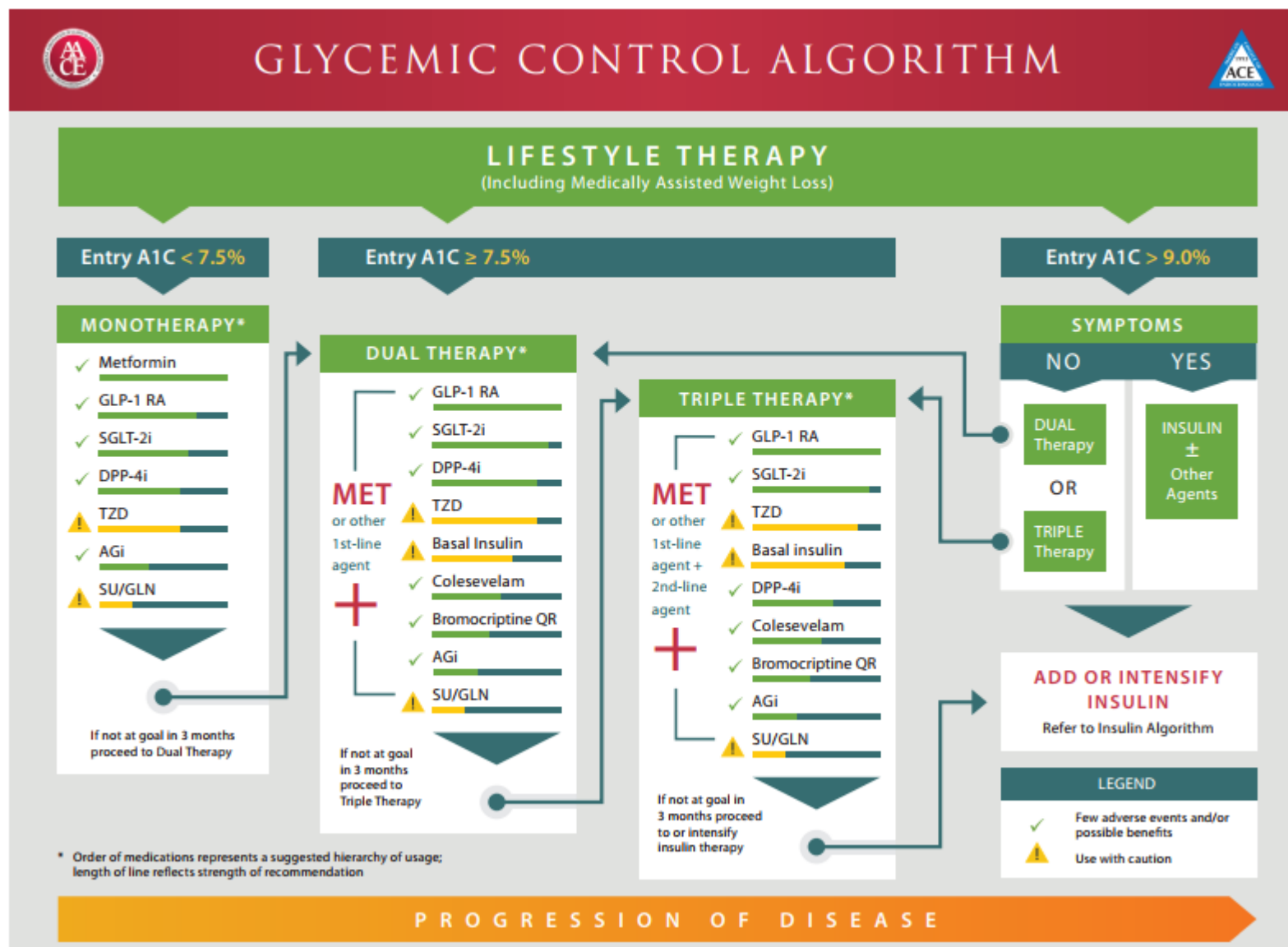
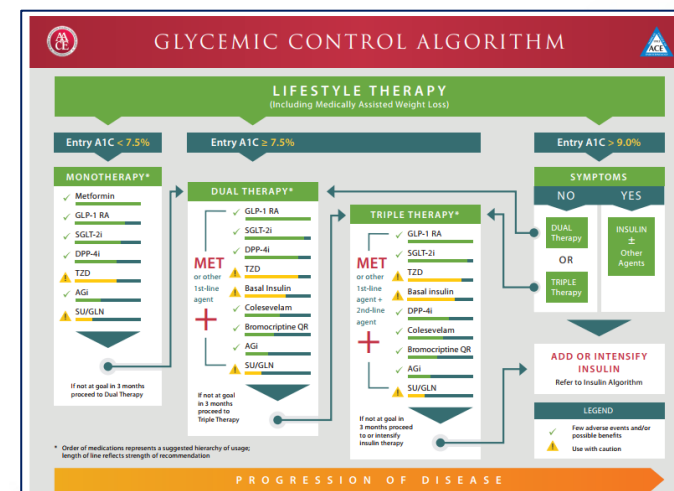
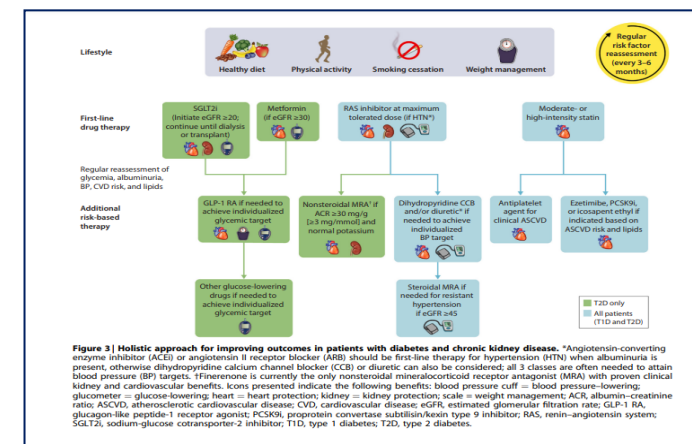


Figure 3 | Holistic approach for improving outcomes in patients with diabetes and chronic kidney disease. *Angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEi) or angiotensin II receptor blocker (ARB) should be first-line therapy for hypertension (HTN) when albuminuria is present, otherwise dihydropyridine calcium channel blocker (CCB) or diuretic can also be considered; all 3 classes are often needed to attain blood pressure (BP) targets. †Finerenone is currently the only nonsteroidal mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) with proven clinical kidney and cardiovascular benefits. Icons presented indicate the following benefits: blood pressure cuff = blood pressure-lowering; glucometer = glucose-lowering; heart = heart protection; kidney = kidney protection; scale = weight management; ACR, albumin-creatinine ratio; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CVD, cardiovascular disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GLP-1 RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; PCSK9i, proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitor; RAS, renin-angiotensin system; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor; T1D, type 1 diabetes; T2D, type 2 diabetes.











SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

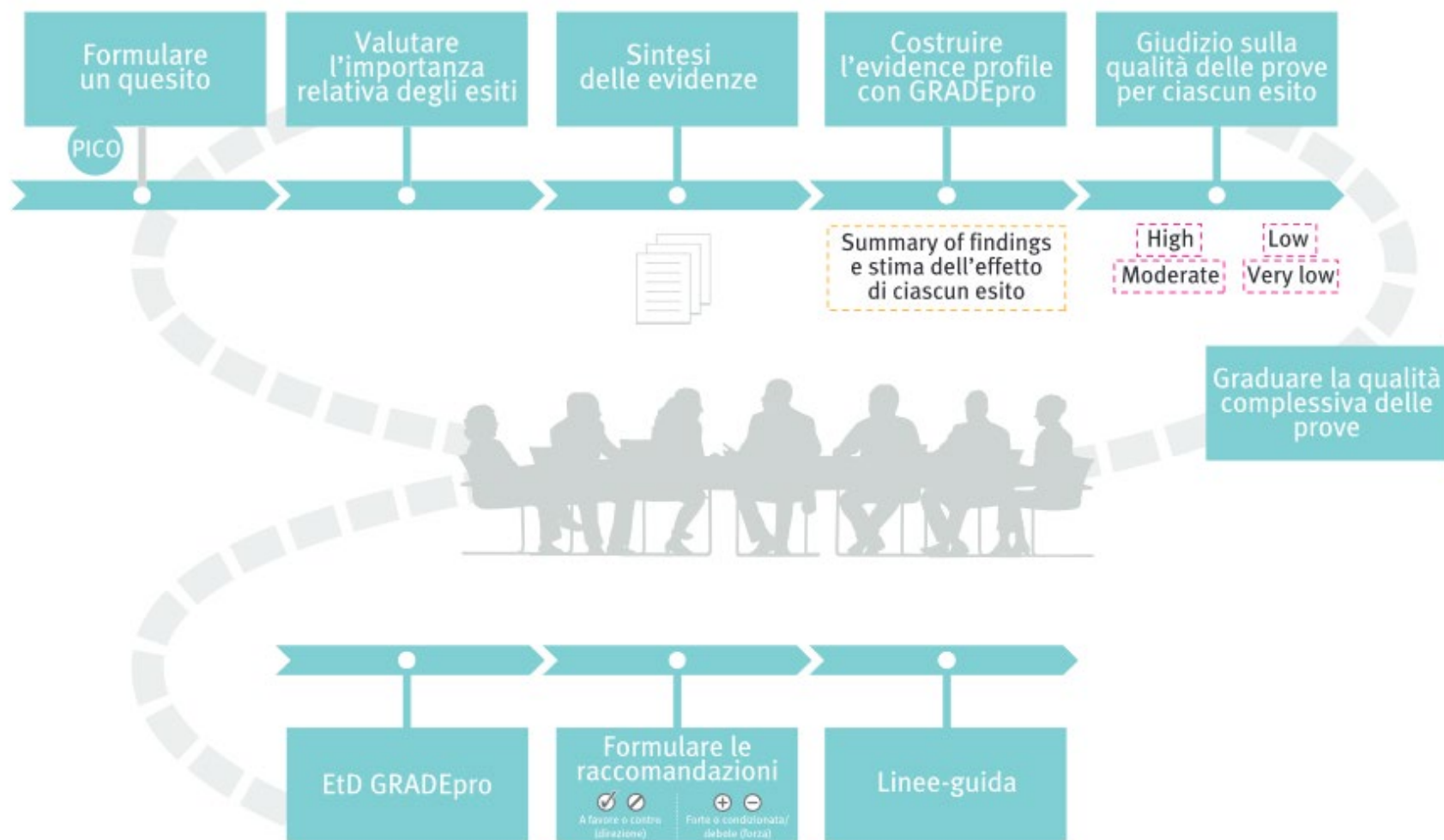


Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Roma, 26 luglio 2021



Il metodo GRADE



Le nuove Linee Guida SID-AMD 2021
sulla terapia del DM2: punti chiave

Raccomandazioni su:



✓ Obiettivi terapeutici



Le nuove Linee Guida SID-AMD 2021
sulla terapia del DM2: punti chiave

Raccomandazioni su:



✓ Obiettivi terapeutici

✓ Terapia nutrizionale



Le nuove Linee Guida SID-AMD 2021
sulla terapia del DM2: punti chiave

Raccomandazioni su:



✓ Obiettivi terapeutici

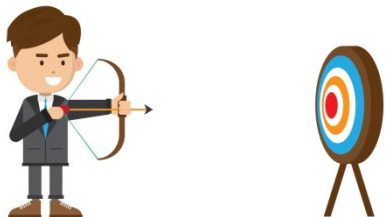
✓ Terapia nutrizionale

✓ Esercizio fisico



Le nuove Linee Guida SID-AMD 2021
sulla terapia del DM2: punti chiave

Raccomandazioni su:



✓ Obiettivi terapeutici

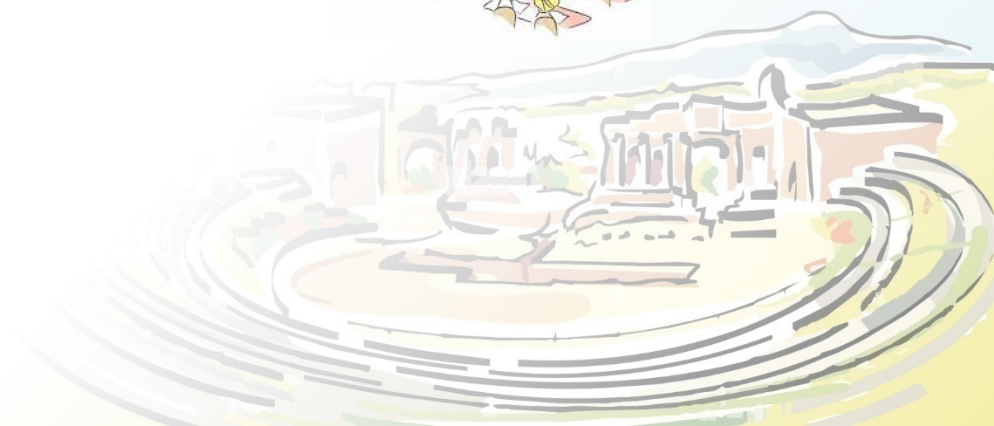
✓ Terapia nutrizionale



✓ Esercizio fisico

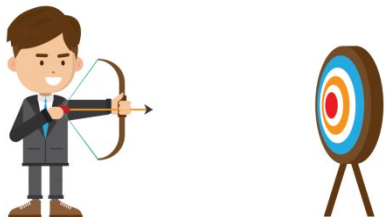


✓ Terapia educativa



Le nuove Linee Guida SID-AMD 2021
sulla terapia del DM2: punti chiave

Raccomandazioni su:



✓ Obiettivi terapeutici

✓ Terapia nutrizionale



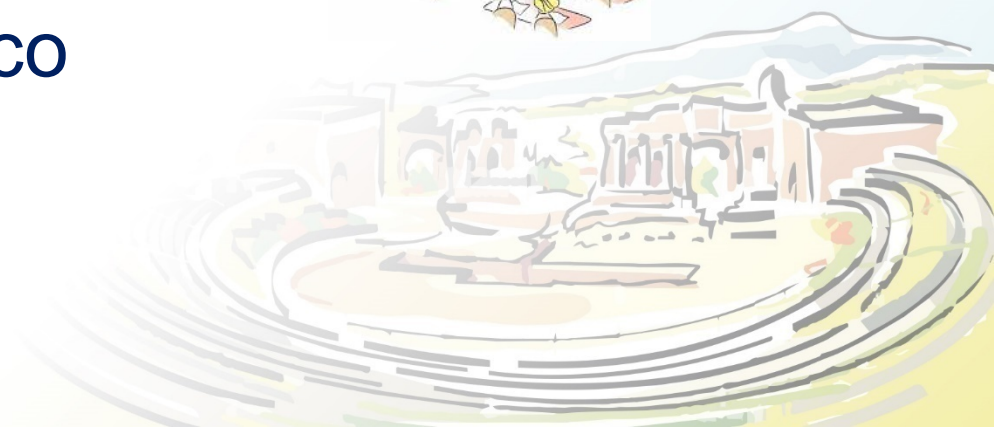
✓ Esercizio fisico



✓ Terapia educativa

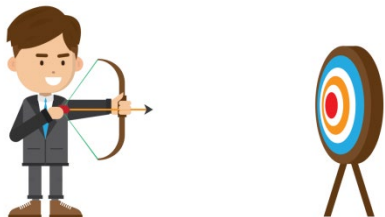


✓ Monitoraggio glicemico



Le nuove Linee Guida SID-AMD 2021
sulla terapia del DM2: punti chiave

Raccomandazioni su:



✓ Obiettivi terapeutici

✓ Terapia nutrizionale



✓ Esercizio fisico



✓ Terapia educativa



✓ Monitoraggio glicemico



✓ Terapia farmacologica





Monitoraggio glicemico

Linee Guida SID-AMD 2021 sulla
terapia del DM2

6.1 Si suggerisce un monitoraggio glicemico strutturato (con uno schema predefinito di glicemie capillari da eseguire) per i soggetti con diabete mellito di tipo 2.

Forza della raccomandazione: debole. Qualità delle prove: molto bassa.

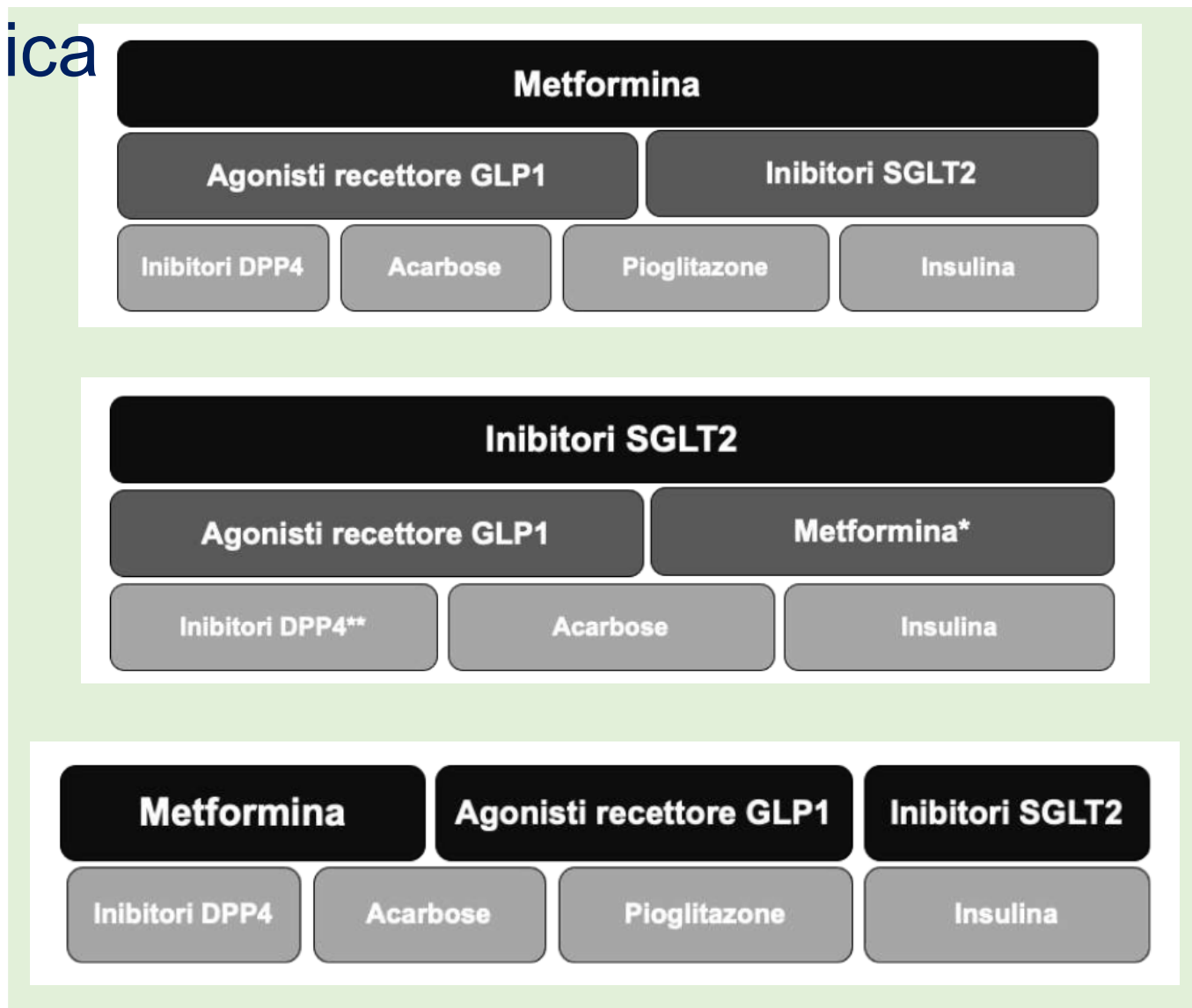
6.2. Non si suggerisce un monitoraggio glicemico in continuo (monitoraggio continuo o a scansione), al posto del controllo glicemico capillare, per la misurazione della glicemia nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 in trattamento insulinico basal-bolus.

Forza della raccomandazione: debole. Qualità delle prove: molto bassa.



Terapia farmacologica

Linee Guida SID-AMD 2021 sulla terapia del DM2





Terapia farmacologica

Linee Guida SID-AMD 2021 sulla
terapia del DM2

5.1 Si raccomanda l'uso di metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari: SGLT-2i e i GLP-1 RA sono raccomandati come farmaci di seconda scelta. Pioglitazone, DPP-4i, acarbose ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di terza scelta.

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.



Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche.



Figura 1 – Effetti del trattamento con farmaci antidiabetici sulla HbA1c rispetto alla metformina (metanalisi network: pannello A 52 settimane; pannello B ≥ 104 settimane).

Pannello A

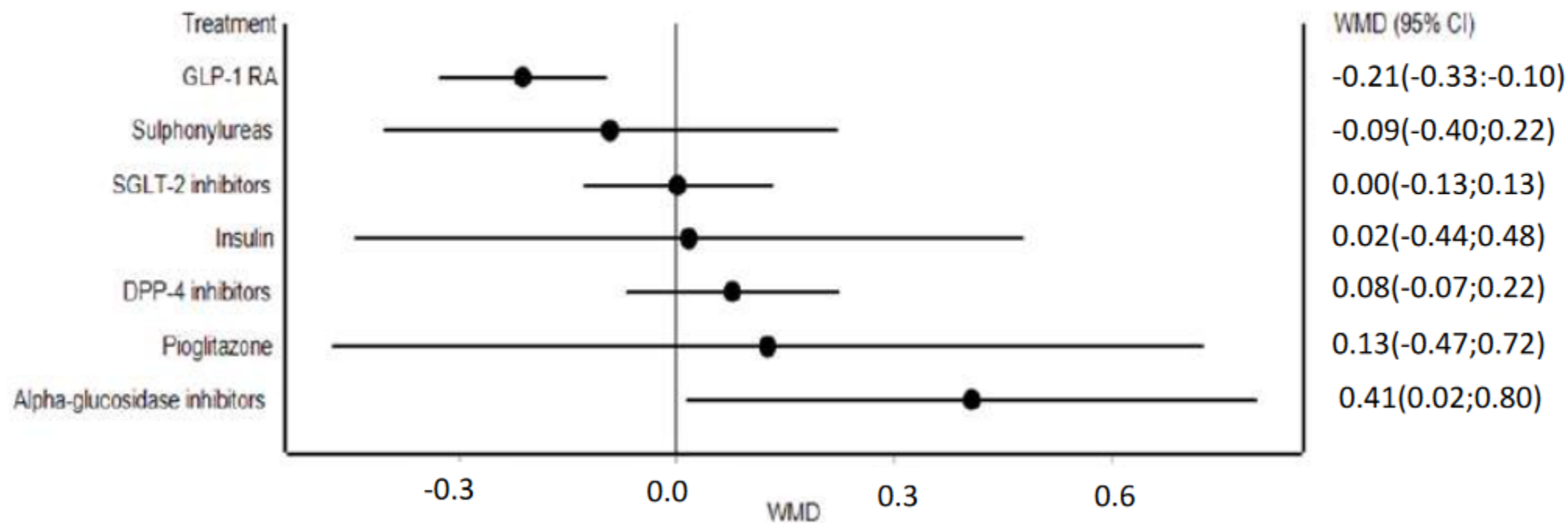
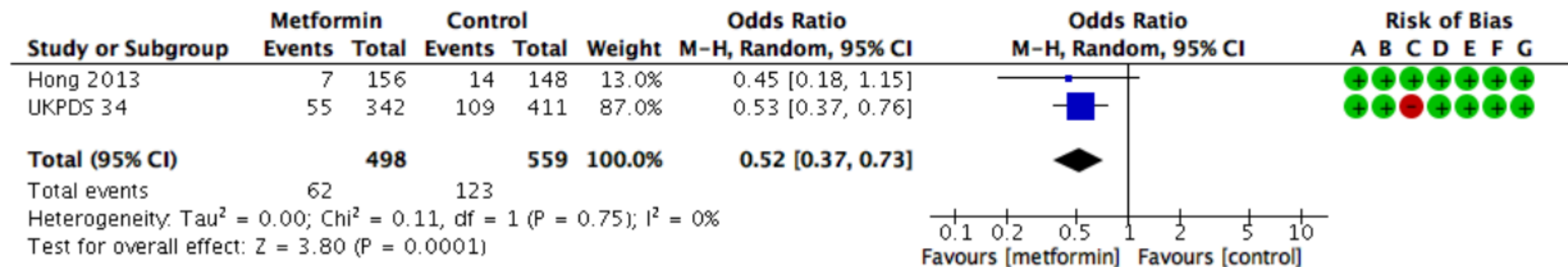


Figura 1 – Effetti del trattamento con metformina rispetto a placebo/nessun trattamento o altri farmaci attivi sul rischio di MACE (Pannello A: forest plot; pannello B: analisi suddividendo i trial tra prevenzione primaria e secondaria; pannello C: funnel plot).

Pannello A





Terapia farmacologica

Linee Guida SID-AMD 2021 sulla
terapia del DM2

5.2.1. Si raccomanda l'uso di metformina, SGLT-2i e GLP-1 RA come farmaci di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 con pregressi eventi cardiovascolari e senza scompenso cardiaco. Pioglitazone, DPP-4i, acarbiosio ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di seconda scelta.

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.



Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche.



Figura 1 – Effetti del trattamento con inibitori della GLP-1 RA rispetto a placebo/nessun trattamento o altri farmaci attivi sul rischio di MACE

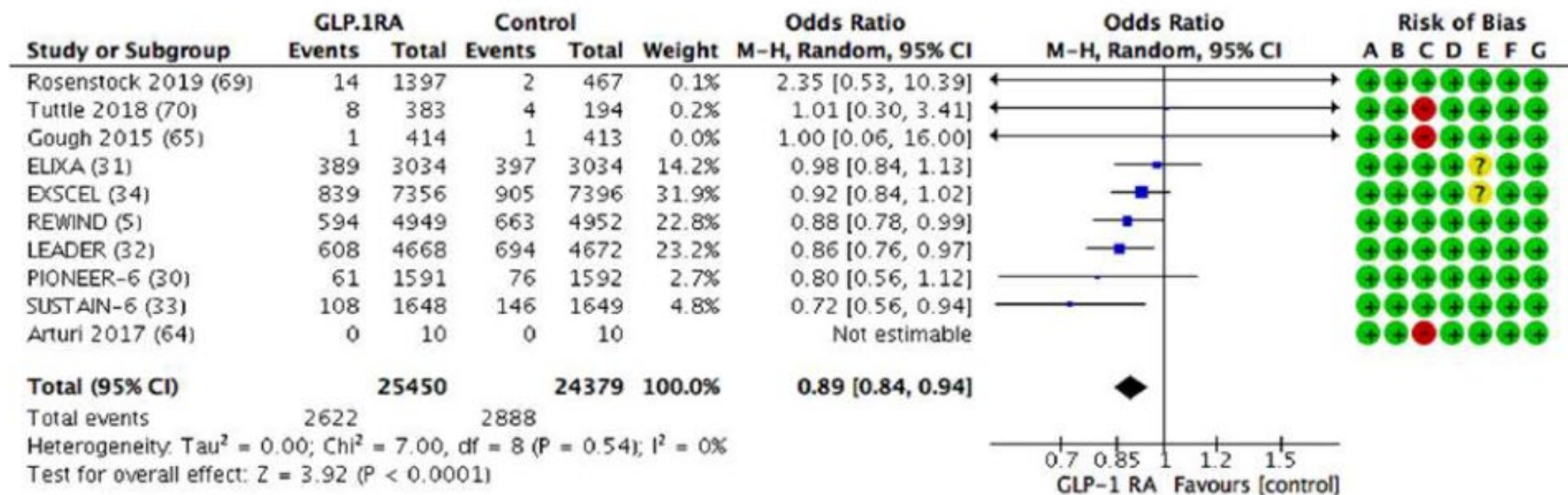
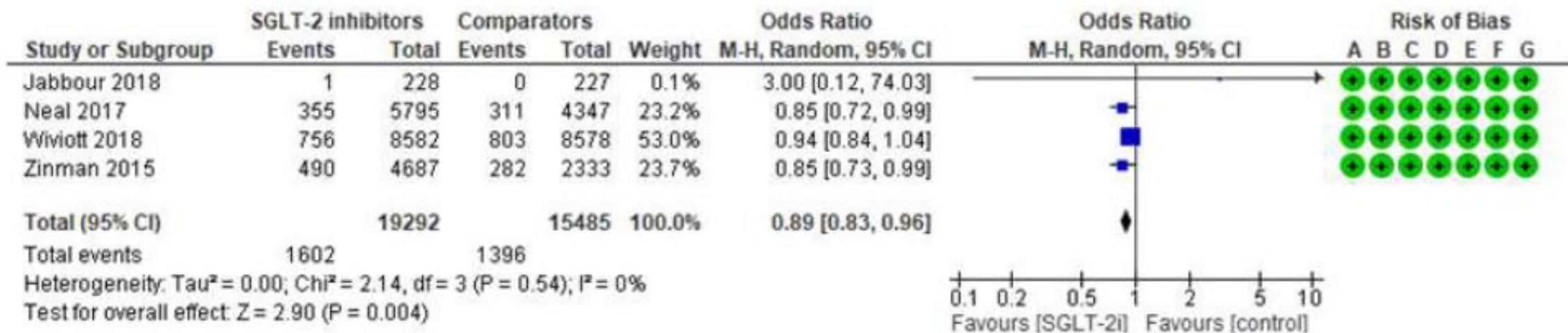
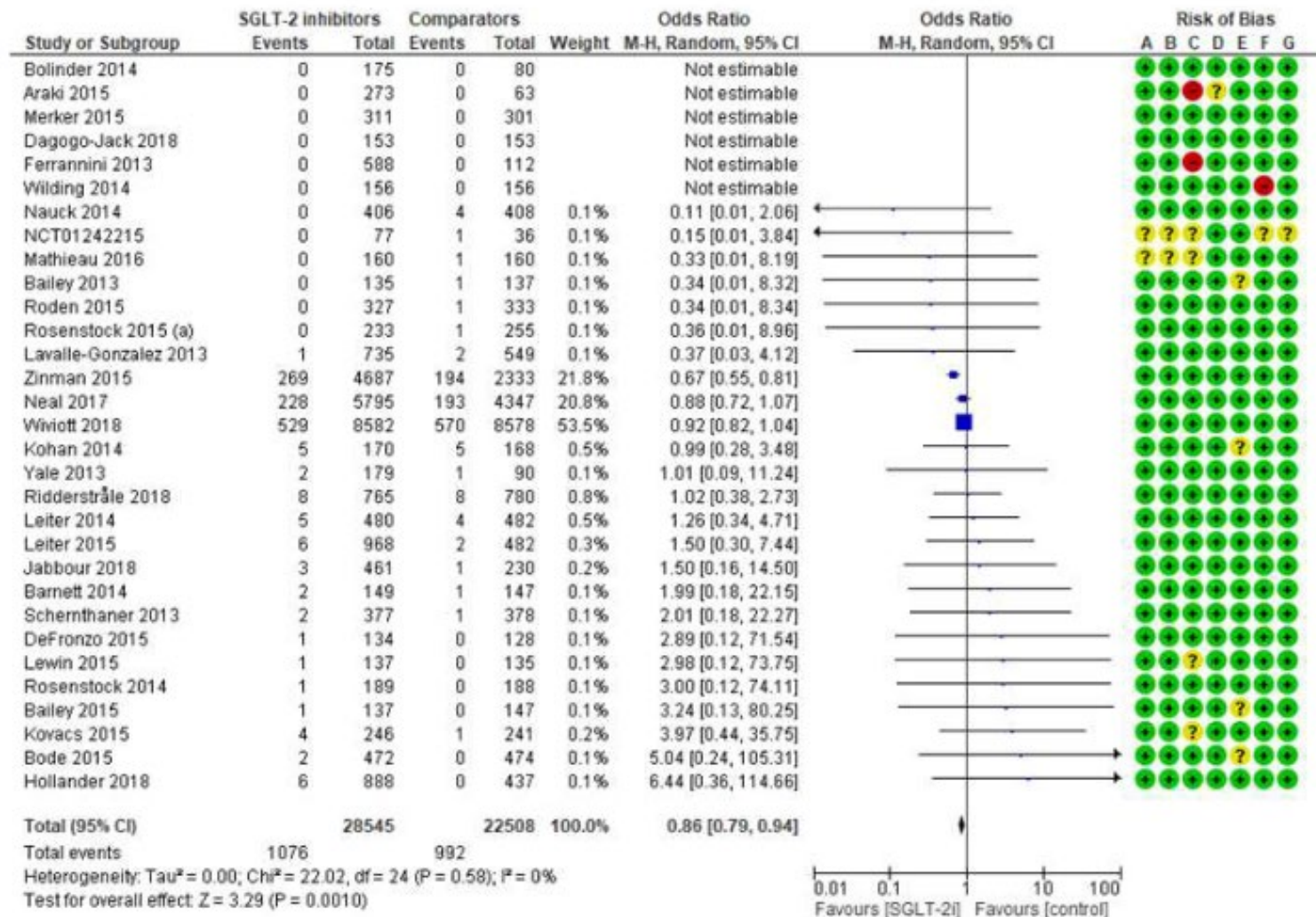


Figura 1 – Effetti del trattamento con SGLT-2i rispetto a placebo/nessun trattamento o altri farmaci attivi sul rischio di MACE

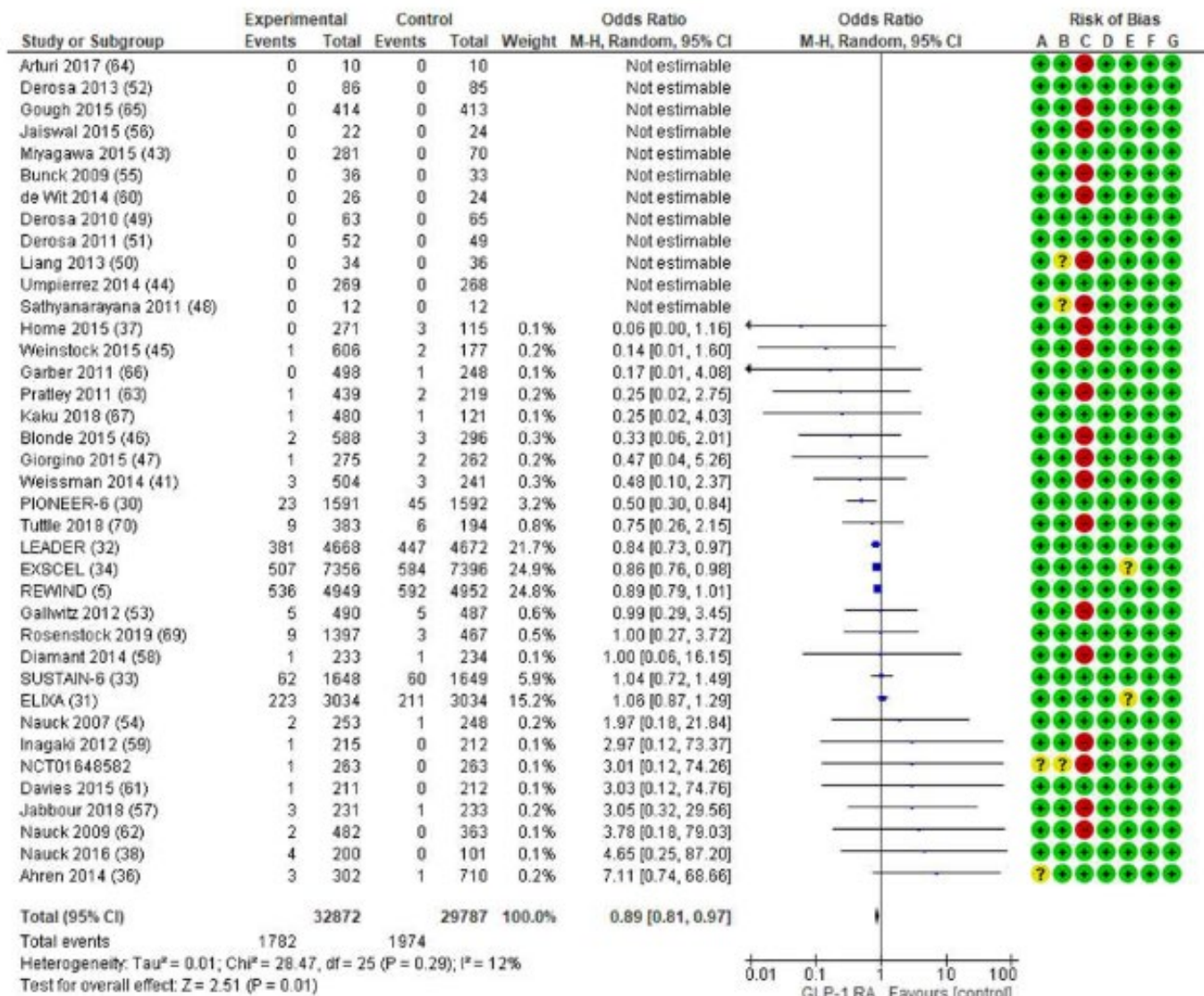




Effetti del trattamento con
inibitori di SGLT-2 rispetto a
placebo/nessun trattamento
sul rischio di **morte da tutte
le cause**

OR 0.86 (0.79-0.94)





Effetti del trattamento con
GLP1-RA rispetto a
placebo/nessun trattamento
sul rischio di **morte da tutte**
le cause

OR 0.89 (0.81-0.97)





Terapia farmacologica

Linee Guida SID-AMD 2021 sulla
terapia del DM2

5.2.2. Si raccomanda l'uso di SGLT-2i come farmaci di prima scelta per il trattamento a lungo termine di pazienti con diabete di tipo 2 con scompenso cardiaco. I GLP-1 RA e metformina dovrebbero essere considerati come farmaci di seconda scelta, mentre DPP-4i, acarbiosio ed insulina come farmaci di terza scelta.

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.

Inibitori SGLT2

Agonisti recettore GLP1

Metformina*

Inibitori DPP4**

Acarbose

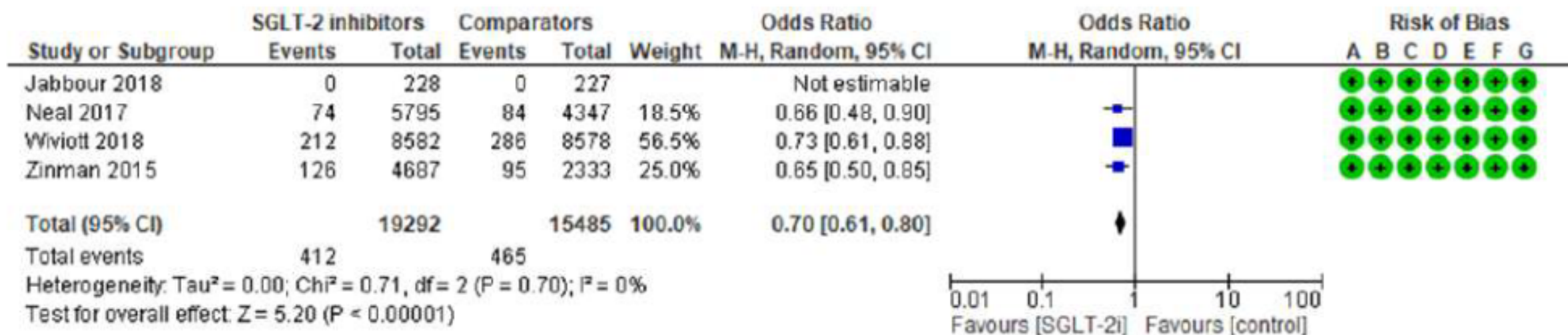
Insulina

Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche.

** La metformina è controindicata in classe III e IV NYHA; ** Saxagliptin è associato ad un aumento di ricoveri per scompenso cardiaco*



Figura 3 – Effetti del trattamento con inibitori di SGLT-2 rispetto a placebo/nessun trattamento sul rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco



DIABETES, OBESITY AND METABOLISM
A JOURNAL OF PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS

ORIGINAL ARTICLE

Effects of glucose-lowering agents on cardiovascular and renal outcomes in subjects with type 2 diabetes: An updated meta-analysis of randomized controlled trials with external adjudication of events

Edoardo Mannucci MD, Marco Gallo MD, Andrea Giaccari MD, Riccardo Candido MD, Basilio Pintaudi MD, Giovanni Targher MD, Matteo Monami MD ✉ on behalf of ... [See all authors](#) ✓

First published: 07 October 2022 | <https://doi.org/10.1111/dom.14888>



Sulfaniluree....

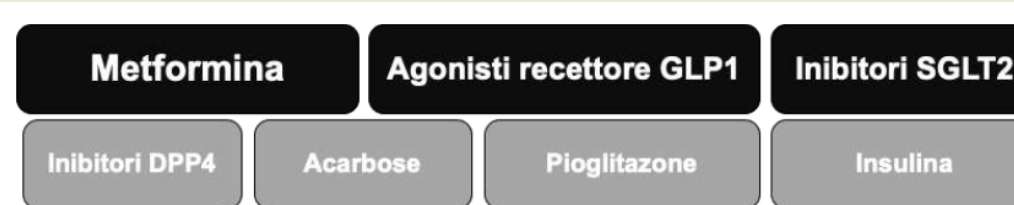
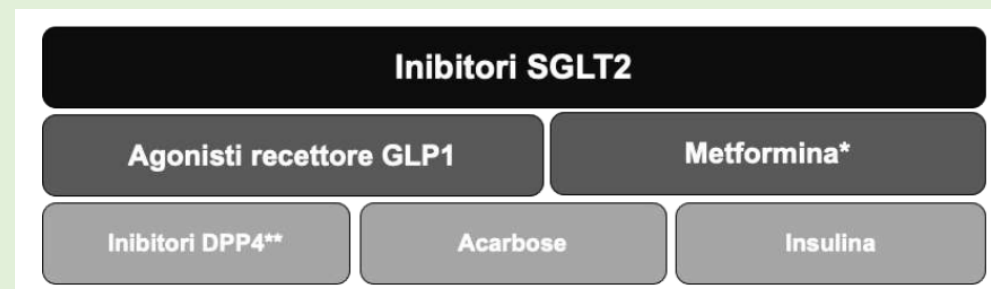
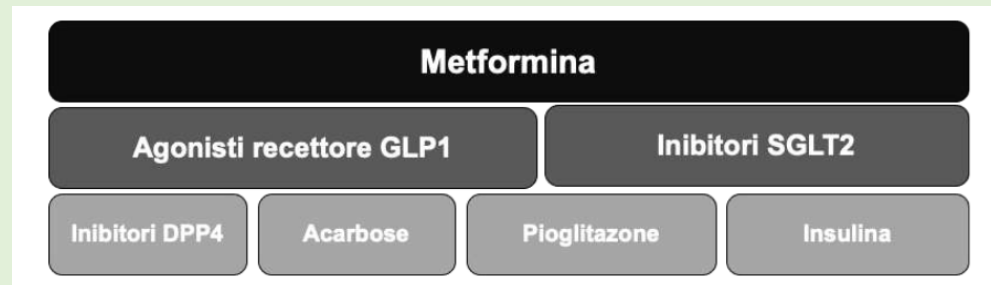
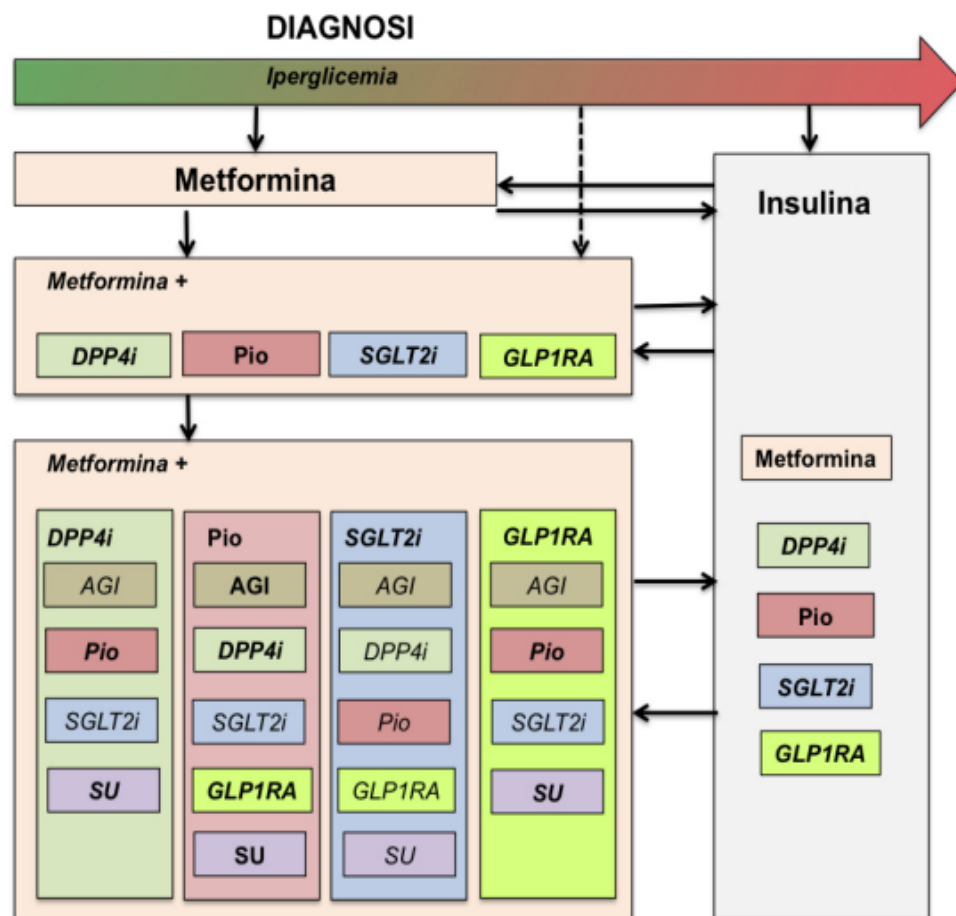
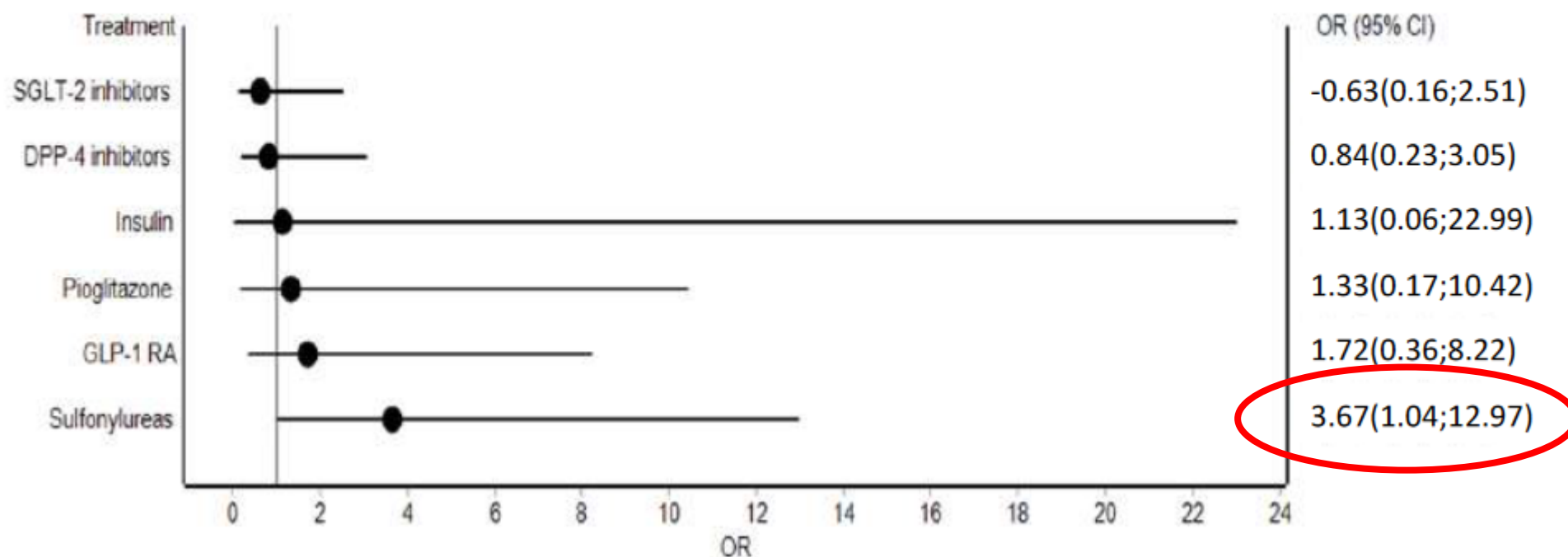
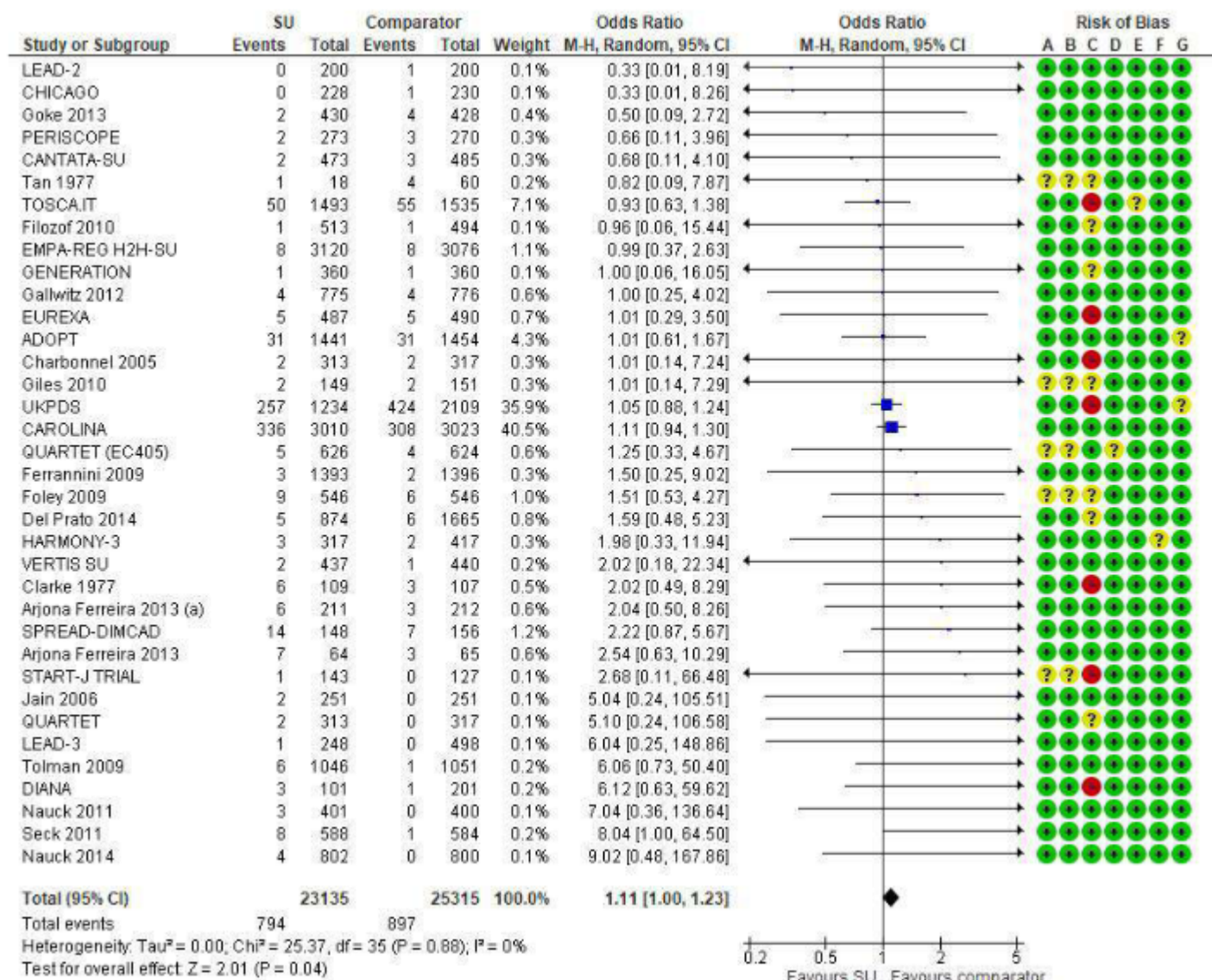


Figura 2 – Effetti del trattamento con farmaci antidiabetici sul rischio di ipoglicemia severa rispetto alla metformina (metanalisi network).



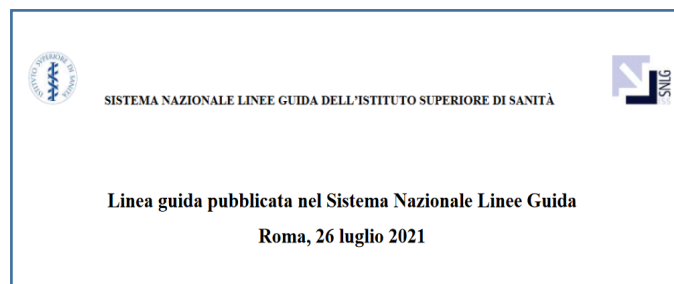


Effetti del trattamento con
insulino secretagoghi
rispetto a placebo/nessun
trattamento o altri farmaci
attivi sul rischio di **morte da
tutte le cause**

OR 1.11 (1.00-1.23)



“ Le sulfaniluree non dovrebbero essere aggiunte a una terapia esistente e progressivamente deprescritte o sostituite con altri farmaci indipendentemente dal controllo glicemico “.



Articolo 6, Legge Gelli-Bianco "Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria"

«qualora l'evento avverso si sia verificato a causa di *imperizia*, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle *linee guida* come definite e pubblicate ai sensi di legge

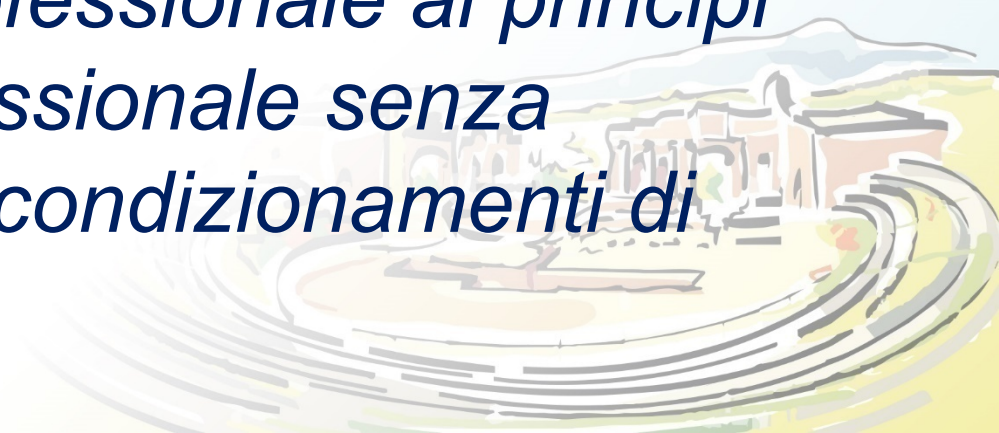


Codice Deontologico della categoria medica

Edizione 2014, articolo 4

“l’esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità.

Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura”.



Grazie per l'attenzione !

