

ARNO diabete 2015: spunti di riflessione sulle terapie farmacologiche

A colloquio con **Enzo Bonora**

Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo, Università
e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona
Presidente della Società Italiana di Diabetologia

Dal quadro descritto nel rapporto emerge che oltre il 40% dei soggetti è trattato con sulfoniluree o repaglinide, mentre è ancora molto limitato — circa il 12% — l'uso delle incretine. Come si spiega questo dato?

I vecchi farmaci stanno solo lentamente calando a favore dei nuovi perché i medici di medicina generale non possono prescriberli e circa il 60% dei pazienti non è assistito dai diabetologi. Se consideriamo che gli assistiti nei Centri sono circa 1,5 milioni e che coloro che prendono incretine sono circa 300.000 significa che 1 su 5 prende questi farmaci. Non è un dato del tutto negativo. Nei Centri diabetologici le sulfoniluree e le glinidi restano utilizzate per un uso combinato, soprattutto in triplice terapia. Quando sono usate in monoterapia o in duplice, il motivo è talora da ricondurre ad inerzia nel cambiare per mancanza di tempo nel compilare il piano terapeutico. Non c'è alcuna preclusione ideologica ma una sorte di resa di fronte all'incalzante ritmo di lavoro (visite ogni 15-20 minuti per molte ore).

Grande uso di insulina nel diabete di tipo 2: appropriato e, soprattutto, sostenibile?

Esiste anche una certa resistenza in alcuni diabetologi nel prescrivere farmaci più costosi per il timore di essere accusati di gravare sulla spesa. Alcuni decisori sono ancora convinti che i nuovi farmaci antidiabetici siano più costosi dei vecchi. In realtà non c'è alcun costo in eccesso se si considera il costo complessivo del farmaco (in certi casi quasi dimezzato dal payback), quello dei presidi per l'autocontrollo e quello della spesa per le ipoglicemie (chiamate al 118, accessi al PS, ricoveri) pari a circa 41 milioni di euro all'anno per gli episodi da riferire a sulfoniluree e glinidi. Questa considerazione, particolarmente appropriata per glibenclamide, responsabile di circa 2 ipoglicemie gravi su 3 di quelle nei trattati con farmaci orali, dovrebbe sgombrare il campo da ogni perplessità in chi deve decidere cosa prescrivere e in chi governa la sanità a livello nazionale, regionale e locale.

Quali possono essere le conseguenze sia per la salute del paziente che per il Sistema Sanitario Nazionale di questa 'resistenza'?

L'uso dell'insulina è spesso indicato nel diabete tipo 2, soprattutto nei soggetti con malattia di più lunga durata o con importante compromissione della funzione betacellulare. I diabetologi sanno che l'insulina non tradisce mai e che non è mai sbagliato usarla. Tuttavia oggi sono disponibili molte valide alternative e probabilmente in non pochi casi potrebbero essere usate associazioni fra farmaci orali o fra farmaci orali e iniettabili non insulinici con pari efficacia, minore o assente rischio di ipoglicemia, automonitoraggio meno frequente e minore spesa. Si tratterebbe di sfruttare al meglio il ricco armamentario disponibile e di non perdere le opportunità offerte dall'innovazione.

Per le insuline sono sempre più usati gli analoghi e sempre meno le vecchie insuline umane DNA-ricombinanti. Come mai in questo caso non esiste resistenza al nuovo?

Il successo degli analoghi alla fine degli anni Novanta non è stato sorprendente perché la loro farmacocinetica è certamente più vicina a quella desiderabile. Perché abbiano avuto una più immediata applicazione nella pratica clinica non è di facilissima comprensione. Forse il fatto che la terapia insulinica sia appannaggio dei diabetologi ha favorito questo fenomeno. C'è stata minore dispersione dei pazienti candidati all'uso delle nuove insuline fra diabetologi e colleghi che non prescrivono molta insulina. Forse la maggiore facilità (nessun piano terapeutico per gli analoghi rapidi, rapida rimozione del piano terapeutico per gli analoghi basali) e le assenti restrizioni alla prescrizione (tutti i pazienti sono candidati) sono un'altra spiegazione. Anche l'uscita dal mercato di alcune insuline tradizionali ha probabilmente contribuito alla diffusione degli analoghi dell'insulina. ■ ML

