

**Raggiungere target glicemici  
individualizzati nei pazienti affetti  
da T2D - Considerazioni chiave**

# Esclusione di responsabilità

- *I prodotti non approvati o gli utilizzi non approvati dei prodotti approvati possono essere discussi dalla facoltà; queste situazioni possono riflettere lo stato di approvazione in una o più giurisdizioni*
- *La facoltà che si occupa della presentazione è stata assistita da USF Health e touchIME al fine di garantire che vengano divulgati eventuali riferimenti fatti a usi non indicati in etichetta o non approvati.*
- *Nessuna approvazione da parte di USF Health e touchIME di prodotti non approvati o utilizzi non approvati è espressa o implicita qualora tali prodotti o utilizzi siano citati nelle attività di touchIME o USF Health.*
- *USF Health e touchIME declinano qualsiasi responsabilità per errori e omissioni*



## Conversazione tra:



**Dott.ssa Joanna Van**  
Diabetes Research Center  
Tustin, California, Stati Uniti



**Dott. Vincent Woo**  
University of Manitoba  
Winnipeg, Manitoba, Canada

*Quali sono le sfide correlate al raggiungimento del controllo glicemico nei pazienti affetti da T2D e come possono essere superate?*

Dott.ssa Joanna Van



# Quali sono le principali conseguenze di uno scarso controllo glicemico?

Scarso controllo glicemico

## Complicazioni microvascolari<sup>1</sup>



Neuropatia



Retinopatia



Nefropatia

## Complicazioni macrovascolari<sup>1</sup>



Patologia  
cardiovascolare



Patologia  
cerebrovascolare

Lo scarso controllo glicemico è la causa principale delle complicazioni correlate al diabete e alla morte, ed è direttamente collegato a maggiori costi totali per cure sanitarie, ospedalizzazione e farmaci.<sup>2,3</sup>

# Quali sono gli ostacoli al raggiungimento dei target glicemici?

## Correlati al paziente

- Negazione della malattia
- Assenza di consapevolezza sulla natura progressiva della malattia
- Mancanza di preparazione sul controllo glicemico
- Timore degli effetti collaterali della cura
- Costi del trattamento
- Aderenza al trattamento
- Paura degli aghi



## Inerzia clinica



## Correlati al medico curante

- Limiti di tempo
- Preoccupazioni sul costo della terapia/dei test
- Cura reattiva invece che proattiva
- Mancanza di comprensione delle nuove terapie
- Mancanza di indicazioni sulla terapia individualizzata



## Correlati al sistema sanitario

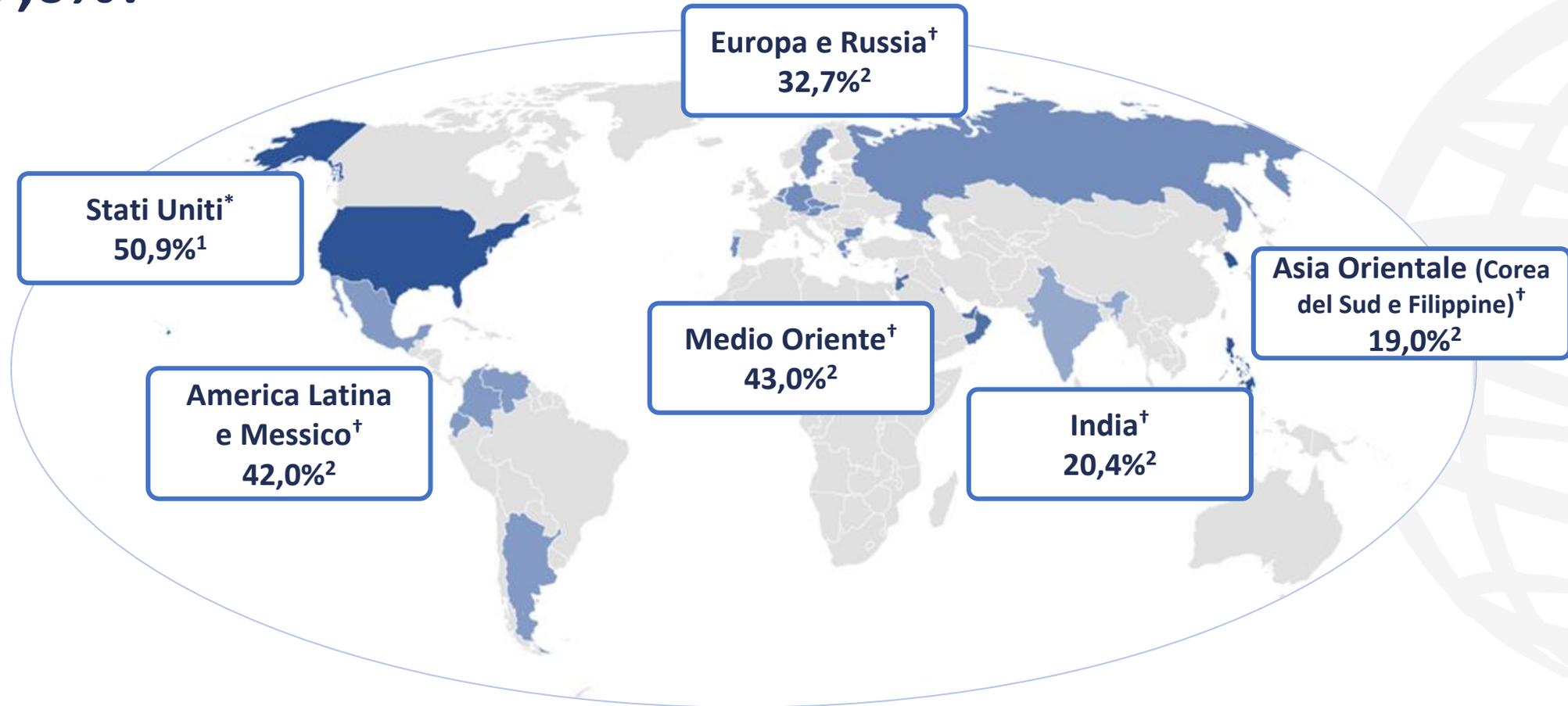
- Nessuna linea guida clinica
- Nessuna pianificazione di visite
- Nessun contatto attivo con i pazienti
- Nessun approccio a livello di team alla cura
- Scarsa comunicazione tra medico e personale sanitario

*In che modo i target glicemici individualizzati per i pazienti affetti da T2D possono essere definiti e implementati nella prassi clinica?*

Dott.ssa Joanna Van



# Quanti pazienti hanno raggiunto a livello globale i target A1c di <7,0%?



\*Media su 3 anni; †media su 1 anno.

A1c, emoglobina glicata.

1. Carls G, et al. *Diabetes Ther.* 2017;8:863–73; 2. Brath H, et al. *Nutr Diabetes.* 2016;6:e217.

# Quali fattori influenzano la scelta di un target A1c ottimale?



# Quali sono i target A1c ottimali per i diversi gruppi di pazienti?

## Target A1c individualizzato

Più stringente

7%

Meno stringente

<7%

Target generale per pazienti adulte non incinte senza ipoglicemia significativa<sup>1</sup>

<6,5%

1. Breve durata del diabete<sup>2</sup>
2. Minore livello di disfunzione delle cellule  $\beta^2$
3. Pazienti trattati solo con intervento sullo stile di vita o metformina che ottengono una sostanziale riduzione di peso <sup>2</sup>

<7,5%

1. Pazienti con maggiore rischio di ipoglicemia<sup>2</sup>
2. Adulti  $\geq 65$  anni<sup>3</sup>

<8–8,5%

Adulti  $\geq 65$  anni con malattia cronica coesistente, deficit cognitivo o dipendenza funzionale<sup>3</sup>

A1c, emoglobina glicata.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S73–84; 2. American Diabetes Association. *Clin Diabetes*. 2020;38:10–38;

3. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S168–79.

*Quali opzioni di trattamento sono disponibili per raggiungere in sicurezza i target glicemici nei pazienti affetti da T2D?*

Dott.ssa Joanna Van



# Quali sono i trattamenti disponibili?

Se il target A1c non è raggiunto con la metformina dopo 3 mesi<sup>1</sup>



ASCVD o rischio elevato di ASCVD



HF o CKD predominante



Necessità di ridurre l'ipoglicemia



Necessità di ridurre al minimo l'aumento di peso o promuovere la perdita di peso



Considerazioni sui costi

**GLP-1 RA o SGLT2i**

**SGLT2i**  
Se non tollerato, selezionare GLP-1 RA con beneficio per la CVD

**GLP-1 RA, SGLT2i, DPP-4i o TZD**

**GLP-1 RA o SGLT2i**  
Se non tollerato, selezionare DPP-4i, in base alla neutralità ponderale

**TZD o SU**

**Se A1c è superiore al target, prendere in considerazione altre terapie compresa l'insulina basale**

A1c, emoglobina glicata; ASCVD, malattia cardiovascolare aterosclerotica; CKD, malattia renale cronica; CVD, malattia cardiovascolare; DPP-4i, inibitore della dipeptidil-peptidasi IV; GLP-1, peptide 1 simile al glucagone; HF, insufficienza cardiaca; RA, antagonista del recettore; SGLT2i, inibitore del cotransportatore sodio-glucosio di tipo 2; SU, sulfonilurea; TZD, tiazolidinedione.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S111–24.