

MALATTIA RENALE E DIABETE

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE CHE SPINGONO
VERSO L'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA

Focus on **SGLT2i**

TRIVENETO



18 Giugno 2024
dalle 15.30 alle 17.30



Iscriviti su www.motoresanita.it

**MOTORE
SANITA'**
WEBINAR



MALATTIA RENALE E DIABETE



Con il patrocinio di



AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA





RAZIONALE SCIENTIFICO

La malattia renale cronica (MRC) è una condizione patologica dovuta alla perdita di capacità da parte del rene di filtrare le scorie metaboliche nocive prodotte dall'organismo. La perdita della funzione di questo organo, attraverso un processo in genere lento, progressivo quindi subdolo che rende la patologia quasi asintomatica per mesi o anni, ha come conseguenza nel tempo l'instaurarsi di una condizione di insufficienza renale cronica (IRC). La MRC rappresenta una tra le patologie cronic-degenerative più diffuse nel mondo e in progressiva espansione con una prevalenza del **10%** e oltre nei Paesi economicamente più sviluppati e/o con età della popolazione più avanzata. In Italia i dati per la MRC si attestano intorno al **6-7%** nella popolazione adulta (negli anziani può superare **30%**, specie negli individui con più malattie croniche) mentre per la IRC (VFG < 60 ml/min) si attestano intorno al **3%**. Negli ultimi 25 anni inoltre la mortalità da MRC è aumentata di **oltre il 40%**.

La MRC è un fattore indipendente di rischio cardiovascolare, le cui cause principali sono l'ipertensione arteriosa e la malattia diabetica. In particolare quest'ultima può provocare sia un danno renale diretto danneggiando i piccoli vasi sanguigni dei reni (nefropatia diabetica), che essere cofattore di danno vascolare arteriosclerotico (con ipertensione e dislipidemia). Per le persone diabetiche, è quindi molto importante un controllo costante dello stato di funzionalità renale per la prevenzione del danno poiché vi è una buona correlazione tra controllo glicemico e progressione del danno renale. La MRC viene classificata a seconda della gravità in **5 stadi** di cui i primi 2 si manifestano con lievi alterazioni urinarie, una fase intermedia in cui compaiono diverse alterazioni del metabolismo e le ultime 2 dove si manifestano importanti danni d'organo con aumentato rischio di morte principalmente per cause cardiovascolari. La dialisi o il trapianto rappresentano la fase degenerativa finale del percorso di malattia.

In questa ultima condizione oltre alle problematiche di salute ed all'aumentato rischio per la vita dei pazienti, l'impatto sui costi per il sistema è davvero pesante: al costo diretto annuo per un paziente dializzato tra **30.000€** (dialisi peritoneale) e **50.000€** (emodialisi) vanno infatti aggiunti almeno altrettanti onerosi costi indiretti. Nel nostro paese vi sono oltre **4 Mln** di pazienti con MRC e circa **100.000** di questi hanno raggiunto un livello di gravità tale da richiedere il ricorso a terapie salvavita, **50.000** sono in dialisi e altrettanti portatori di trapianto di rene. Sulla base di questi dati è stato calcolato che attraverso una attività di prevenzione e diagnosi precoce, la possibilità di ritardare di almeno **5 anni l'inizio della dialisi anche solo nel 10%** dei pazienti, permetterebbe al SSN di risparmiare centinaia di Mln/anno.

Ma nonostante questi numeri a causa del suo esordio silenzioso la consapevolezza di malattia e l'importanza di una prevenzione efficace e rapida sono purtroppo poco attenzionate da pazienti e referenti della filiera assistenziale.

In una fase in cui l'innovazione prodotta dalla ricerca scientifica sta fornendo evidenze sulla efficacia di molte terapie disponibili è facile comprendere come un approccio multidisciplinare in grado di diagnosticare precocemente l'esordio di malattia e prevenire la sua progressione sia fondamentale nella revisione dei percorsi assistenziali. Sulla base di queste evidenze Motore Sanità intende organizzare dei tavoli multiregionali e multiprofessionali per favorire una condivisione di idee sulla revisione del *disease management* per questa importante cronicità, che interessa una ampia fetta di cittadini.



PROGRAMMA

15.30

Saluti delle autorità

Manuela Celotti, Membro III Commissione Permanente, Consiglio Regionale Friuli Venezia Giulia

Carlo Grilli, Consigliere Regionale Friulia Venezia Giulia

Anna Maria Bigon, Consigliere Regione Veneto

Introduzione di scenario

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica di Motore Sanità

L'esempio di innovazione che cambia la Cronicità: focus on SGLT2i

Tavola Rotonda

Come l'innovazione cambia i percorsi di cura nella cronicità: FOCUS ON MRC

Moderano: **Carlo Tomassini**, Direzione Scientifica di Motore Sanità, **Francesca Romanin**, Motore Sanità

- *Accesso all'innovazione di valore e importanza della multidisciplinarietà: dallo specialista nefrologo a quale nuovo ruolo del territorio*
- *MRC: innovazione terapeutica che spinge ad una nuova integrazione multiprofessionale*
- *MRC investire in diagnosi e cura per prevenire la progressione di malattia = sostenibilità dei SSR □ dal DRG a prestazione al DRG per percorso di cura?*
- *Innovazione terapeutica ed impatto socio-assistenziale: quale accesso e quale distribuzione delle terapie in ottica di prossimità*
- *PNRR, MRC, diabete: digitalizzazione, condivisione dati, telemedicina*



Call to action per le istituzioni regionali

Discussant

Luciano Babuin, Direttore Cardiologia Piove di Sacco, ULSS 6 Euganea, Regione del Veneto

Andrea Bellon, Presidente Federfarma Veneto

Silvia Burlina, Dirigente Medico UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale ULSS8 Berica, regione del Veneto

Maurizio Cancian, Medico di Medicina Generale, Conegliano (TV) Giunta Esecutiva Nazionale Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (S.I.M.G.)

Riccardo Candido, Presidente AMD Nazionale, Professore Associato di Endocrinologia Università degli Studi di Trieste e Responsabile S.S. Diabetologia Dipartimento Specialistico Territoriale Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Andrea Di Lenarda, Direttore Cardiologia Ambulatoriale ASUGI, Friuli-Venezia Giulia

Vittorio Di Maso, Direttore Nefrologia ASUGI, Friuli-Venezia Giulia

Giovanni Gambaro, Direttore Nefrologia AOUI Verona

Alberto Mazza, Direttore Medicina interna Aulss 5 Polesana, Regione del Veneto

Marco Merlo, Responsabile ambulatorio cardiologia, ASUGI, Friuli-Venezia Giulia

Maurizio Nordio, Responsabile Registro Veneto Dialisi e Trapianti e Direttore UOC Nefrologia Ospedale di Treviso

Stefano Palcic, Responsabile Farmaceutica convenzionata e per conto, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Giuliano-Isontina ASUGI, Friuli-Venezia Giulia

Giampaolo Paschetto, Presidente ANMCO Veneto

Roberto Valle, Direttore Cardiologia Chioggia, Ulss 3 Serenissima, Regione del Veneto

Susanna Zardo, Direttore Unità Operativa Complessa Assistenza Farmaceutica Territoriale, ULSS 3 Serenissima, Regione del Veneto

17.30

Conclusioni

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica di Motore Sanità

MALATTIA RENALE E DIABETE



Con il contributo incondizionato di



Boehringer
Ingelheim

Lilly





ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Francesca Romanin

328 825 7693

Anna Maria Malpezzi

329 974 4772

segreteria@panaceascs.com



www.motoresanita.it



Comunicazione e redazione stampa a cura di www.mondosanita.it

Registrati e ottieni le nostre **rassegne stampa** in esclusiva

