



### XV CONGRESSO REGIONALE AMD MOLISE

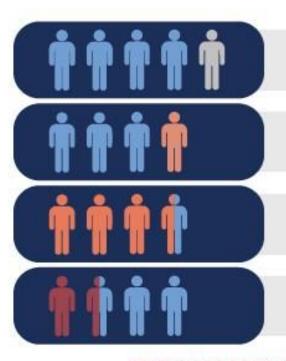
22 OTTOBRE 2022 HOTEL CENTRUM PALACE CAMPOBASSO

## L'assistenza dopo la NOTA 100

...Il parere del MMG

Dott.ssa Donatella Miranda, Campobasso





Casi totali
4 milioni

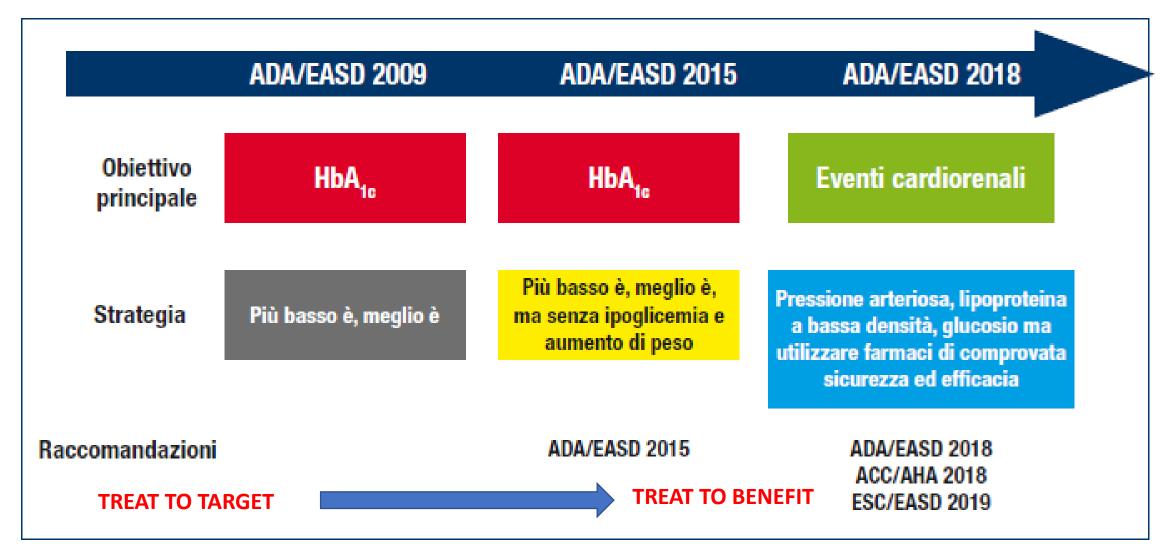
Casi non diagnosticati
1 milione

Casi con malattia cardiovascolare già manifesta 1 milione

Casi con altissimo o alto rischio cardiovascolare 3,6 milioni

Casi con malattia renale 1,2 milioni Nuovi dializzati ogni anno 2 mila

DECESSI ANNUI A CAUSA O ANCHE A CAUSA DEL DIABETE 125 MILA



### L'evoluzione del trattamento del DM2: aggiornamento delle LLGG

Jacob S, Krentz AJ, Deanfield J, et al. Evolution of type2 diabetes management from a glucocentric approach to cardio-renal risk reduction: the new paradigm of care. Drugs 2021;81:1373-1379 https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40265-021-01554-6

### I compiti del MMG

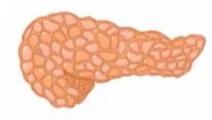
- Prevenzione primaria
- Diagnosi precoce
- Stratificazione del rischio cardiovascolare e del livello di complessità del paziente
- Follow up della malattia
- Monitoraggio della terapia farmacologica e non (modulazione dei dosaggi, interazioni farmacologiche, controindicazioni)

### Opzioni per la cura del diabete

### Insulino Resistenza



### Insulino Secretori



Metformina Pioglitazone Glucosio independenti

Sulfonilurea

Glinidi

Insulina

### Glucosio dependenti

DPP-4 Inhibitori
Sitagliptin, Vildagliptin,
Saxagliptin, Linagliptin, Alogliptin

GLP-1 Mimetici

Exenatide, Liraglutide, Lixisenatide Exenatide LAR, Dulaglutide, Semaglutide, Albiglutide

### Inibizione Riassorbimento Intestinale Glucosio



α-Glucosidasi Inibitori

Acarbosio

### Inibizione Riassorbimento Renale Glucosio



SGLT2-Inibitori

Dapagliflozin, Canagliflozin, Empagliflozin, Ertugliflozin



### Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota AIFA

### **INIBITORI DPP4**

- alogliptin
- linagliptin
- saxagliptin
- sitagliptin
- vildagliptin

### **ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE**

- alogliptin/metformina
- alogliptin/pioglitazone
- linagliptin/metformina
- saxagliptin/metformina
- sitagliptin/metformina
- vildagliptin/metformina

Sitagliptin	100 mg in mono-somministrazione giornaliera
Vildagliptin	50 mg in monosomministrazione o bis in die
Saxagliptin	5 mg in monosomministrazione
Linagliptin	5 mg in monosomministrazione
Alogliptin	25 mg in monosomministrazione
Sitagliptin/Metformina	50/850 mg o 50/1000 mg: 1c a colazione + 1c a cena
Vildagliptin/Metformina	50/850 mg o 50/1000 mg: 1c a colazione + 1c a cena
Saxagliptin/Metformina	2,5/850 mg o 2,5/1000 mg: 1c a colazione + 1c a cena
Linagliptin/Metformina	2,5/850 mg o 2,5/1000 mg: 1c a colazione + 1c a cena
Alogliptin/Metformina	12,5/850 mg o 12,5/1000 mg: 1c a colazione + 1c a cena
Alogliptin/Pioglitazone	12,5/30 mg o 25/30 mg: 1c al dì



















6 NOVARTIS

60 film-coated tablets







Galvus<sup>®</sup> 50 mg

( NOVARTIS

S6 COMPRIMIDOS

### Effetti degli DPP-4 inibitori

- ✓ Calo Hb glicata (in monoterapia): 0,5 0,6%
- √ NO ipoglicemia [secrezione insulinica glucosio dipendente]
- ✓ Neutri sul peso corporeo
- ✓ Risparmiano la beta cellula
- ✓ Possono essere usati in corso di insufficienza renale cronica (senza indurre ipoglicemia)
- ✓ Non controindicati nei pazienti a elevato rischio o con malattia CV (neutri dal punti di vista degli effetti CV ad eccezione di saxagliptin)



### Effetti collaterali e rischi dei DPP-4 inibitori

	Metformina	Acarbose	GLP1RA	Gliflozine	Gliptine	Pioglitazone	SU/glinidi	Insulina ba- sale	Insulina ba- sal-bolus
Interazioni con altri farmaci	-	-	-	-	-	+	++	_	-
Ipoglicemia	-	-	-	-	-	-	++	+++	+++
Aumento di peso	-	-		=	4	++	+	+++	+++
Pancreatiti	-	-	+/-	-	+	-	-	**	-
Fratture ossee	-	-		+/-0	-	+++	-	-	-
Scompenso cardiaco	-	-	-	-	+/-b	++	+	**	-
Disturbi gastrointestinali	++	+++	++	+/-	-	-	-	-	-
Infezioni genitali	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Acidosi lattica	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Chetoacidosi	-	-		+	-	-	-	-	-
Amputazioni minori	-	-	-	+/-0	_	-	-	5	-

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Segnalato per canagliflozin. <sup>b</sup> Segnalato per saxagliptin e alogliptin.

### Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota AIFA

### AGONISTI RECETTORIALI GLP1

- dulaglutide
- exenatide
- exenatide LAR
- liraglutide
- lixisenatide
- semaglutide

### **ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE**

- degludec/liraglutide
- glargine/lixisenatide

i	Dulaglutide	0,75 e 1,5 mg: 1 iniez. s.c. alla settimana
	Semaglutide iniettiva	0,25 - 0,5 - 1,5 mg: 1 iniez. s.c. alla settimana
	Semaglutide orale	3 – 7 – 14 mg: 1c al dì (30 minuti prima di colazione)
	Exenatide a lento rilascio	1 iniez. s.c. alla settimana
	Liraglutide	0,6 -1,2 - 1,8 mg: 1 iniez. s.c. al dì (partire da 0,6 mg per la prima settimana e poi titolare ad 1,2 mg e 1,8 mg in base alla risposta clinica)
	Lixisenatide	10 e 20 mcg: 1 iniez. s.c. al dì
	Exenatide	5 o 15 mg: 1 iniez. s.c. due volte al dì (prima dei pasti principali)
	Degludec/ liragutide	1 iniez. s.c. al dì (partendo da 10 dosi se trasferimento da terapia orale o 16 dose se trasferimento da GLP-1 AR o basale e poi titolando)
	Glargine/ lixisenatide	100U + 33 mcg o 100 U + 50 mcg: 1 iniez. s.c. prima del pasto principalle (partendo da 10 dosi se trasferimento da terapia orale

### GLP-1 AR: SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO, DISPOSITIVI



**Exenatide BID** 

Due penne preriempite (5 µg e 10 µg) L'ago (29-31 gauge) necessita di attacco prima dell'uso



**Exenatide LAR** 

Polvere e siringa; necessita di ricostituzione Un ago di 23 gauge necessita di attacco prima dell'uso



### Lixisenatide)

Due penne preriempite; ciascuna dose contiene 10 μg (penna verde) o 20 μg (penna viola) L'ago (29-32 gauge) necessita di attacco prima dell'uso



### Liraglutide

Una penna preriempita; ogni penna rilascia 0,6, 1,2 e 1,8

Un ago di 29-32 gauge necessita di attacco prima dell'uso



Dulaglutide)

Nessuna ricostituzione o priming richiesto Ago nascosto, preinserito



### Semaglutiide iniettiva e orale

Nessuna ricostituzione o priming richiesto Un ago di 29-32 gauge necessita di attacco prima dell'uso



### BENEFICI DEI FARMACI PER IL DIABETE TIPO 2

	Metformina	Acarbose	GLP1RA	Gliflozine	Gliptine	Pioglitazone	SU/glinidi	Insulina basale	Insulina ba- sal-bolus
Riduzione HbA1c a breve termine (3-4 mesi)*	+++	+	+++	++	++	+	+++	+++	++++
Riduzione HbA1c a medio termine (1-2 anni)*	++	+	+++	++	++	++	++	+++	++++
Riduzione HbA1c a lungo termine (oltre 2 anni)*	++	+	+++	++	ND	+++	+	+++	++++
Riduzione peso corporeo	+/-	+/-	+++	++	-	-		-	-
Riduzione pressione arte- riosa	+/-	-	+	++	-	+		-	-

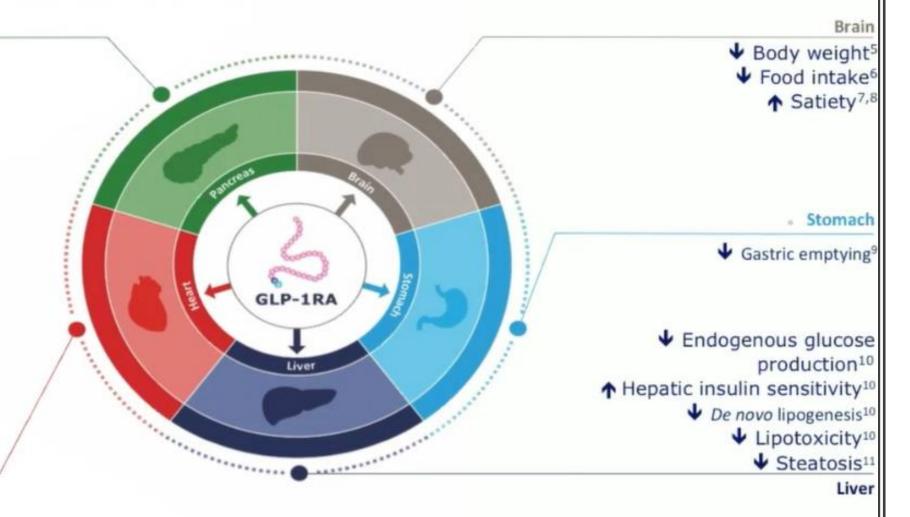
### **GLP-1: UN AMPIO SPETTRO DI AZIONI BIOLOGICHE**



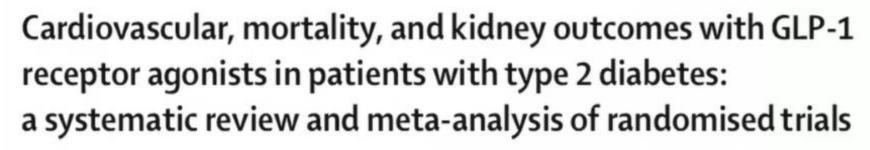
- ♠ Beta-cell function¹
- ↑ Insulin biosynthesis¹
- ↑ Glucose-dependent insulin secretion¹
- Glucose-dependent glucagon secretion<sup>1</sup>

- ◆ Cardiovascular risk²
- ◆ Fatty acid metabolism<sup>3</sup>
- ↑ Cardiac function<sup>3</sup>
- ◆ Systolic blood pressure<sup>3</sup>
- ◆ Inflammation<sup>4</sup>

Heart



Adapted from Campbell JE & Drucker DJ. Cell Metab 2013;17:819-37 and Pratley RE & Gilbert M. Rev Diabet Stud 2008;5:





Naveed Sattar\*, Matthew M Y Lee\*, Søren L Kristensen\*, Kelley R H Branch, Stefano Del Prato, Nardev S Khurmi, Carolyn S P Lam, Renato D Lopes, John J V McMurray, Richard E Pratley, Julio Rosenstock, Hertzel C Gerstein

### Implications of all the available evidence

The cardioprotective effects of human and exendin-4-based GLP-1 receptor agonists, including reductions in the risk of hospital admission for heart failure and worsening kidney function, represent an important treatment opportunity to reduce morbidity and mortality in patients with type 2 diabetes.

### Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota AIFA

### **INIBITORI SGLT2**

- canagliflozin
- dapagliflozin
- empagliflozin
- ertugliflozin

### ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE

- canagliflozin/metformina
- dapagliflozin/metformina
- empagliflozin/metformina
- · empagliflozin/linagliptin
- · ertugliflozin/ metformina

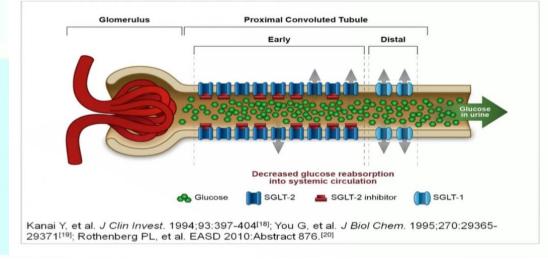
Dapagliflozin	10 mg: 1 c al dì
Dapagliflozin + Metformina	5/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 5/1000 mg: 1c a colaz. + 1c a cena
Empagliflozin	10 o 25 mg: 1c al dì
Empagliflozin + Metformina	5/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 5/1000 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 12,5/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 12,5/1000 mg: 1c a colaz. + 1c a cena
Canagliflozin	100 0 300 mg: 1c al dì
Canagliflozin + Metformina	50/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 150/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 50/1000 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 150/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena
Ertugliflozin	5 o 15 mg: 1c al dì
Ertugliflozin + Metformina	2,5/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 2,5/1000 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 7,5/850 mg: 1c a colaz. + 1c a cena 7,5/1000 mg: 1c a colaz. + 1c a cena



### **SGLT2** inibitori

Canaglifozin Dapaglifozin Empaglifozin Ertugliflozin

- Calo Hb glicata intorno 1%
- NO Ipoglicemia
- Calo pressorio (4-5 mmHg)
- · Calo di peso (4-5 Kg)
- Riduzione uricemia
- Protezione cardiovascolare (scompenso cardiaco) e renale
- Riduzione mortalità





### **BENEFICI DEI FARMACI PER IL DIABETE TIPO 2**

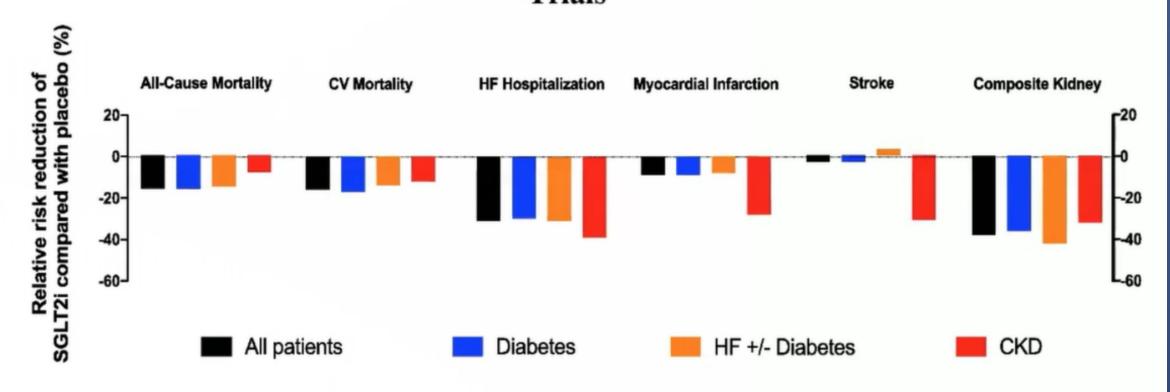
	Metformina	Acarbose	GLP1RA	Gliflozine	Gliptine	Pioglitazone	SU/glinidi	Insulina basale	Insulina ba- sal-bolus
Riduzione HbA1c a breve termine (3-4 mesi)*	+++	+	+++	++	++	+	+++	+++	++++
Riduzione HbA1c a medio termine (1-2 anni)*	++	+	+++	++	++	++	++	+++	++++
Riduzione HbA1c a lungo termine (oltre 2 anni)*	++	+	+++	++	ND	+++	+	+++	++++
Riduzione peso corporeo	+/-	+/-	+++	++	-	-	-		-
Riduzione pressione arte- riosa	+/-	-	+	++		+			



### **EFFETTI COLLATERALI E RISCHI DEGLI SGLT2i**

	Metformina	Acarbose	GLP1RA	Gliflozine	Gliptine	Pioglitazone	SU/glinidi	Insulina ba- sale	Insulina ba- sal-bolus
Interazioni con altri farmaci	-			-	-	+	++	-	
Ipoglicemia	-			-	-	-	++	+++	+++
Aumento di peso	-				-	++	+	+++	+++
Pancreatiti	-	*	+/-	-	+	-	-		
Fratture ossee	-			+/-*	-	+++			×
Scompenso cardiaco	-	-		-	+/-b	++	+	-	
Disturbi gastrointestinali	++	+++	++	+/-	-	-	-	-	¥.
Infezioni genitali	-	*		+	-	-		-	-
Acidosi lattica	+	-				-	-	-	
Chetoacidosi	×			+				-	-
Amputazioni minori			-	+/-0	-	-		-	

Effect of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors on Cardiovascular and Kidney
Outcomes – Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled
Trials



Am Heart J 2021;232:10-22

### Tab. 1 farmaci per la terapia del DM2 e VFG (dalla nota 100 AIFA)

Tabella B. Utilizzo dei farmaci per il trattamento del diabete mellito tipo 2 nell'insufficienza renale (modificata da Standard italiani per la cura del diabete mellito, 2018 e aggiornata in base alle schede tecniche all'agosto 2021)

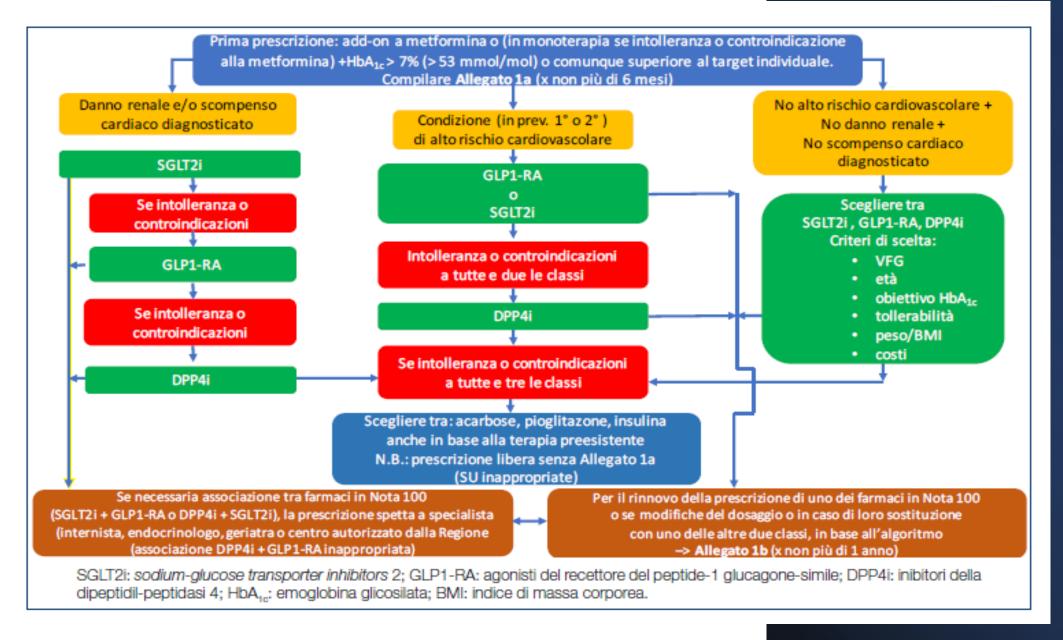
VFG fino a (mL/min*1.73 m <sup>2</sup> )	90	80	70	60	50	40	30	20	15	dialisi
Acarbosio <sup>a</sup>					4	7				
DPP4i										
Alogliptin										
Linagliptin			1							
Saxagliptin										
Sitagliptin										
Vildagliptin										
GLP1-RA								2	1	
Dulaglutide										
Exenatide										
Exenatide LAR										
Liraglutide										
Lixisenatide										
Semaglutide s.c.										
Semaglutide orale										
Insulina umana/analoghi dell'insulina										
Metformina			-							
Pioglitazone	1				11 1					
Repaglinide	-			-	-					
SGLT2i			1	CP.	100					
Canagliflozin <sup>b</sup>				9	-					
Dapagliflozin <sup>c</sup>										
Empagliflozin <sup>d</sup>										
Ertugliflozin <sup>d</sup>										
Sulfaniluree	^	1								
Glibenclamide										
Gliclazide										
Glimepiride										
Glipizide										
Gliquidone										

DPP4i= inibitori del DDP4; GLP1-RA= agonisti recettoriali del GLP1; SGLT2i= inibitori del SGLT2.

Verde: utilizzabile senza aggiustamenti di dose. Giallo: utilizzabile con cautela e/o aggiustando le dosi. Rosso: controindicato.

\*Utilizzabile per VFG fino a 25 mL/min; bse VFG <60 mL/min iniziare e continuare la terapia con la dose da 100 mg; se VFG <30 mL/min non iniziare il trattamento mentre è possibile continuarlo fino alla dialisi o al trapianto renale nei pazienti già in trattamento; cse VFG <25 mL/min non iniziare il trattamento; finiziare la terapia, senza necessità di aggiustamenti di dosi, se VFG >60 mL/min; se durante la terapia VFG scende sotto 45 mL/min persistentemente, sospendere il farmaco.





Flow-chart gestione Nota 100 AIFA per SGLT2i, GLP1-RA, DPP4i. «Dalle linee guida alla pratica clinica: l'uso in medicina generale degli SGLT2 inibitori nella terapia del paziente diabetico di tipo 2», Disease managment-serie editoriale SIMG, maggio 2022.

### Condizioni di alto RCV

### a. Pregresso evento CV acuto/malattia CV

- a. cardiopatia ischemica, pregresso IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascolarizzazione coronarica
- b. pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea
- c. arteriopatia periferica sintomatica

### b. RCV elevato con:

- i. danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%)
- ii. danno in un organo target, es: IVsx, retinopatia, nefropatia
- iii. almeno tre fattori di RCV fra: età >50 anni, ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta

### SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

### Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore		Tel
Specificare se:  Medico di	Medicina Generale S	Specialista in
u.o	Az. Sanit	aria
Paziente (nome e cognome)		-0.0
Sesso: M F Data di Na	scitaCo	dice Fiscale
Residenza		
		< . 6
Rivalutazione		/ X 2
Sono comparsi eventi avver	il rispetto al precedente	controllo? Si No
Specificare gli eventi avversi		763
Terapia in corso:		-
Terapia confermata: 🔲 Si	□ No	10.
Solo nel caso di terapia non	confermata, indicare le p	rincipali motivazioni della strategia terapeutica che
si propone di prescrivere:	. ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	
prevenzione CV secondaria		
☐rischio CV elevato**		
scompenso cardiaco (solo	se SGLT2i)	
malattia renale cronica***	(solo se SGLT2i)	
mancato raggiungimento/	mantenimento degli obi	iettivi glicemici individuali prefissati (nel paziente
non a rischio CV elevato o	enza malattia CV, malat	tia renale cronica o scompenso cardiaco) (solo se
DPP4i)		
□controindicazione o intolle malattia CV, malattia renale		RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza rdiaco) (solo se DPP4i)
☐altra motivazione (specifica	re)	
aortocoronarico, angioplastica, pro ictus o TIA, rivascolarizzazione carot	cedura di rivascolarizzazione co idea) o arteriopatia periferica si	
·		mata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico dea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di
		pidemia, obesità, fumo di sigaretta).
***per malattia renale cronica si int	ende la presenza di GFR <60 mi	L/min e/o di albuminuria (micro o macro).
Peso corporeo (kg)	Altezza (m)	BMI (kg/m²)
HbA1c recente (mmol/mol)	Objettivo ind	lividuale di HbA1c (mmol/mol)
eGFR secondo formula CKD-		
		uminuria 🔲 macroalbuminuria/proteinuria

### SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up peric (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

	Scheda di prima pre	escrizione
Medico prescrittore		Tel
Specificare se: Medico di Me	edicina Generale 🔲 Specia	lista in
U.O	Az. Sanitaria	[]
Paziente (nome e cognome)		
Sesso: M F Data di Nasc	itaCodice	Fiscale
Residenza		
		10/
Valutazione	TO A STATE OF THE	· / O.
		] No, per controindicazione o intolleranza licemici individuali prefissati: □ Si
indicare le principali motivazio	ni della strategia terapeutio	ca che si propone di prescrivere:
prevenzione CV secondaria	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	
rischio CV elevato**		
scompenso cardiaco (solo se	e SGLT2i)	
☐malattia renale cronica*** (	solo se SGLT2I)	
mancato raggiungimento/m	antenimento degli obiettivi	glicemici individuali prefissati****
□controindicazione o intollera malattia CV, malattia renale co		nel paziente non a rischio CV elevato o s
□altra motivazione (specificar		
aortocoronarico, angioplastica, proced ictus o TIA, rivascolarizzazione carotide **per rischio CV elevato, nel pazient documentato (es. malattia coronarica almeno tre fattori di rischio CV (tra età ***per malattia renale cronica si inteni	fura di rivascolarizzazione coronar a) o arteriopatia periferica sintomi e senza malattia CV conclamata, multivasale o stenosi carotidea > >50 anni, ipertensione, dislipidemi de la presenza di GFR <60 mL/min	si intende: presenza di danno vascolare ateroscie 50%); presenza di danno in un organo target; prese la, obesità, fumo di sigaretta).
Peso corporeo (kg)	Altezza (m)	BMI (kg/m²)
		The second secon
	Obiettivo individ	uale di HbA1c (mmol/mol)
HbA1c recente (mmol/mol) eGFR secondo formula CKD-EP	100000000000000000000000000000000000000	uale di HbA1c (mmol/mol)

Medico utente: **DONATELLA MIRANDA**Codice fiscale: **MRNDTL83M47L113H** 



Ti trovi in: 🧥 / Piani Terapeutici

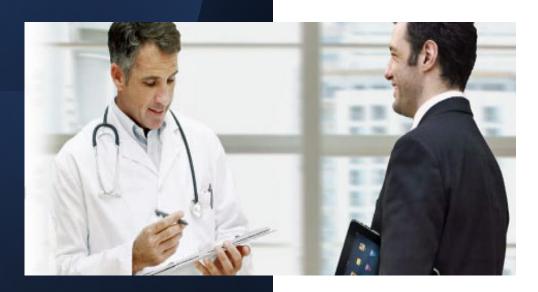
### Ricerca e gestione piani terapeutici



- Politica dei Piccoli passi: prendere confidenza con una molecola per classe con più evidenze di efficacia (dalla nota 100 ed ADA 2021):
  - SGLT2i e protezione dalla progressione del danno renale: canaglifozin, dapaglifozin\*
  - SGLT2i e protezione da scompenso cardiaco: dapagliflozin\*\* ed empaglifozin\*\*\*
  - GLP1-RA e Protezione cardiovascolare : dulaglutide, exenatide LAR, liraglutide semaglutide sc e os
  - GLP1-RA ed Effetti migliori sul calo di peso: liraglutide, semaglutide
  - SGLT2i ed effetti sul peso: tutti
  - \* Con indicazione in RCP e prescrizione SSN nel DM2
  - \*\* Con indicazione in RCP e prescrizione SSN se FE ≤40% anche senza diabete 2
  - \*\*\* Con indicazione in RCP e prescrizione SSN nel DM2 con FE ≤40% (10 mg) n













Ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionali



Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15000 persone



4

Allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete (1 diabetologo ed 1 infermiere ogni 1.000 pazienti quindi almeno 4.000 Specialisti vs i 2.000 attuali ed almeno 4.000 infermieri vs i 1.500 attuali 1 dietista ogni 5.000 pazienti, quindi almeno 800 dietisti vs i 400 attuali; almeno 1 psicologo ed 1 podologo ogni 10.000 pazienti, quindi almeno 400 psicologi e podologi vs i pochissimi oggi disponibili, aumentare di almeno il 50% il numero di contratti per le Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del metabolismo)





Garantire maggiore sinergia tra Specialisti endocrinologi/diabetologi e medici di Medicina Generale prevedendo la collaborazione di membri del Team diabetologico presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA





Implementare e potenziare la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuo dialogo medico-paziente ed il confronto tra professionisti



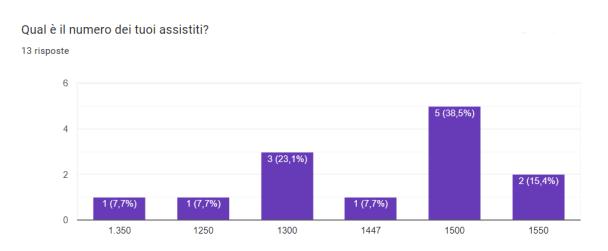
7

Rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali



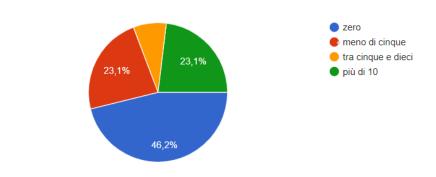
### L'assistenza del MMG al paziente diabetico dopo la NOTA 100

Il seguente questionario ha l'obiettivo di raccogliere dati sul territorio relativi al cambiamento nella gestione del paziente diabetico avvenuto negli ambulatori di medicina generale dal 26/01/2022, data dell'entrata in vigore della nota AIFA 100



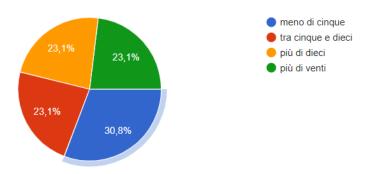
Ad oggi quante schede di prima prescrizione dei farmaci in nota 100 hai compilato?

13 risposte



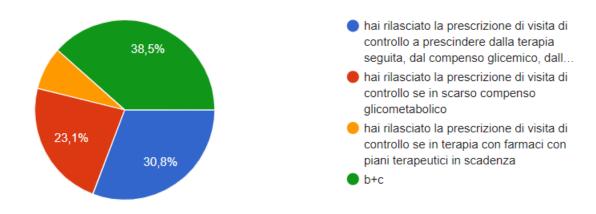
Quante schede di rinnovo della prescrizione dei farmaci in nota 100 hai compilato?

13 risposte



### Ai pazienti in cura presso il centro antidiabetico, con visita di controllo già programmata

13 risposte



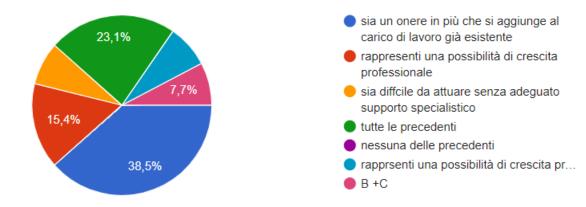
Ritieni che il supporto della telemedicina e la possibilità del contatto diretto con lo specialista diabetologo

13 risposte



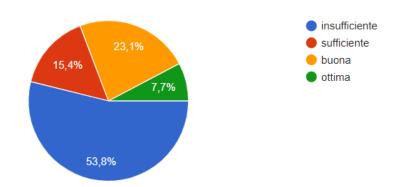
### Ritieni che la possibilità del MMG di prescrivere i farmaci in NOTA 100

13 risposte



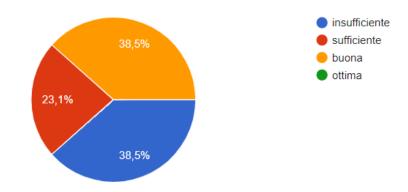
Ritieni che l'informazione medico scientifica sui farmaci della nota 100 disponibile ad oggi per i MMG sia

13 risposte



Ritieni che la formazione medico scientifica tramite corsi ECM residenziali o eventuali FAD da te seguiti sui farmaci in NOTA 100 ad oggi sia

13 risposte



### Take home messages

- 1. Scheda di rinnovo prescrizione\_ non un atto burocratico ma clinico-terapeutico
- 2. Scheda di prima prescrizione \_presa in carico
- 3. Filtrare l'accesso al centro diabetologico
- 4. Gestione integrata dei casi complessi
- 5. Rapporto paziente- MMG, paziente- DIABETOLOGO
- 6. Rapporto DIABETOLOGO-MMG

# Grazie per l'attenzione /