



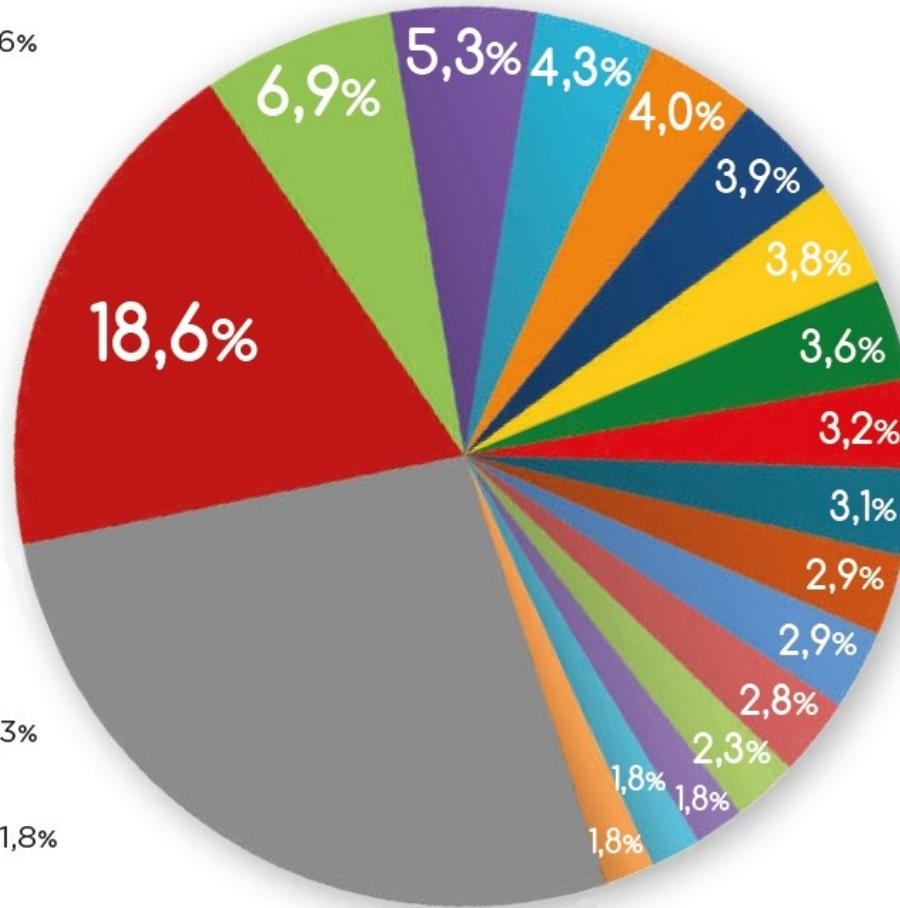
Ordine Dei Medici Chirurghi e Degli Odontoiatri della Provincia di Pescara

L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

Dott. Gianluca Costante
Medico di Medicina Generale

PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI

- Ipertensione non complicata 18,6%
- Diabete mellito di tipo II 6,9%
- Dislipidemia 5,3%
- Malattie ischemiche 4,3%
- MRGE 4,0%
- Disfunzioni della tiroide 3,9%
- Dorsopatie 3,8%
- Malattie della prostata 3,6%
- Osteoporosi 3,2%
- Depressione 3,1%
- Cancro senza metastasi 2,9%
- Malattie del occhio 2,9%
- Fibrillazione 2,8%
- Infezioni delle vie respiratorie 2,3%
- Ictus ischemico 1,8%
- Ipertensione con complicazioni 1,8%
- Osteoartrosi 1,8%

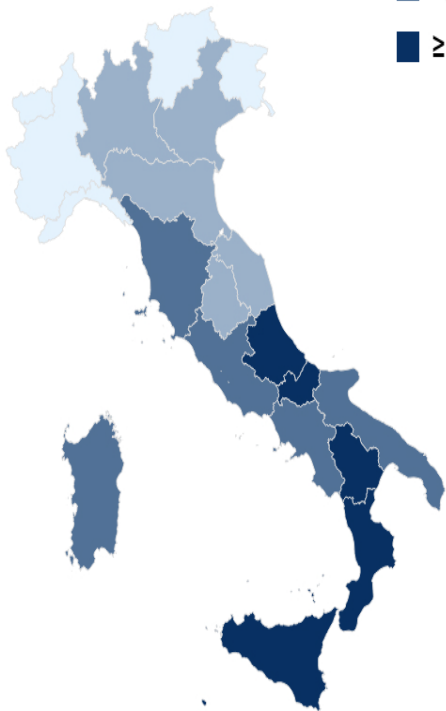


XIV Report Health Search

Istituto di ricerca della SIMG:
Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

REPORT ANNUALE 2021

Prevalenza "lifetime" - Analisi per regione

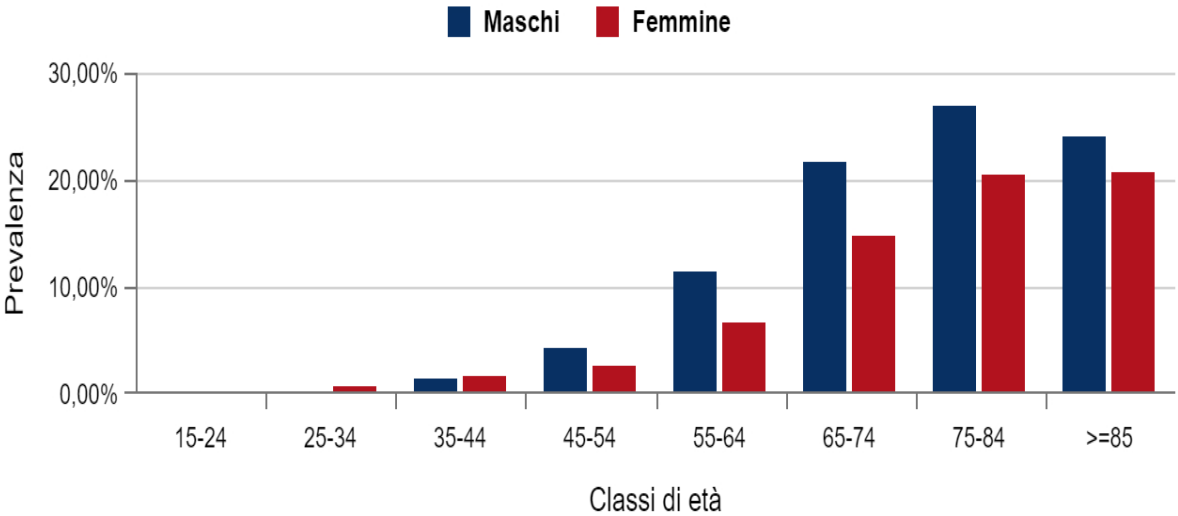


Anno
2019

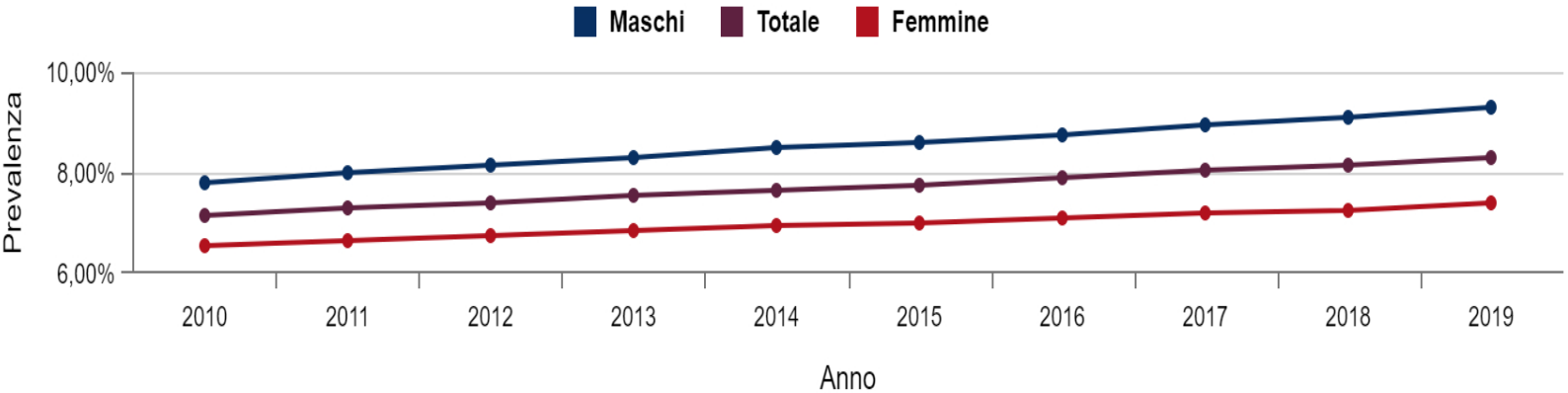
Prevalenza
8,31 %

Pazienti con Diabete Mellito
83.715

Prevalenza "lifetime" - Analisi per sesso e classi di età



Prevalenza "lifetime" - Analisi per sesso e anno



Il Medico di Medicina Generale è notevolmente coinvolto nella gestione del paziente diabetico in tutte le fasi della malattia

- Prevenzione primaria
- Prevenzione secondaria
- Diagnosi
- Terapia (stili di vita, farmaci, autogestione domiciliare)
- Raggiungimento obiettivi terapeutici
 - Prevenzione/controllo complicanze
 - Mantenimento di una buona qualità di vita
- Follow-up (clinico, strumentale e laboratoristico)

La gestione del paziente diabetico

Conoscenze
Competenze
Organizzazione
Rete comunicativa e



ALLEGATO 1

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA GESTIONE
INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2
NELL'ADULTO

one Integrata:

operativi, supporto
sistemi informativi,
continua del personale
o (linee guida)

La gestione del paziente diabetico

- L'assistenza diabetologica non può prescindere dalla integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica, in cui sono fondamentali il riconoscimento del ruolo del Medico di Medicina Generale e di quello della rete dei Servizi di Diabetologia, ospedalieri e territoriali
- Necessario un superamento di un'organizzazione compartimentalizzata
- Migliorare le cure, ridurre morbilità, ricoveri e contenere la spesa complessiva
- Gestire la patologia con interventi che comprendano la **diagnosi precoce**, il **trattamento tempestivo**, lo **stretto controllo del compenso metabolico** e dei **parametri di rischio cardiovascolare associati**

Obiettivi terapeutici

1.1 Si raccomanda un target di HbA1c tra 49 mmol/mol (6.6%) e 58 mmol/mol (7.5%) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con farmaci associati ad ipoglicemia.

1.2.1. Si raccomanda un target di HbA1c inferiore 53 mmol/mol (7%) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con farmaci non associati ad ipoglicemia.

1.2.2. Si suggerisce un target di HbA1c inferiore o uguale a 48 mmol/mol (6.5%) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con farmaci non associati ad ipoglicemia.

Valutare il rischio cardiovascolare

Patients with type 2 diabetes mellitus		
Patients with type 1 DM above 40 years of age may also be classified according to these criteria	Patients with well controlled short-standing DM (e.g. <10 years), no evidence of TOD and no additional ASCVD risk factors	Moderate-risk
	Patients with DM without ASCVD and/or severe TOD, and not fulfilling the moderate risk criteria.	High-risk
	Patients with DM with established ASCVD and/or severe TOD: ^{87, 93-95} • eGFR <45 mL/min/1.73 m² irrespective of albuminuria • eGFR 45-59 mL/min/1.73 m² and microalbuminuria (ACR 30 -300 mg/g) • Proteinuria (ACR >300 mg/g) • Presence of microvascular disease in at least 3 different sites (e.g. microalbuminuria plus retinopathy plus neuropathy)	Very high-risk

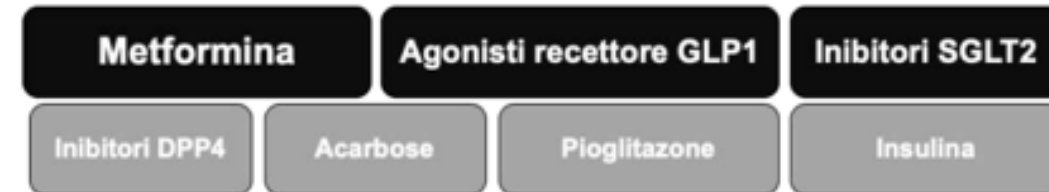
Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337

Terapia

Pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari



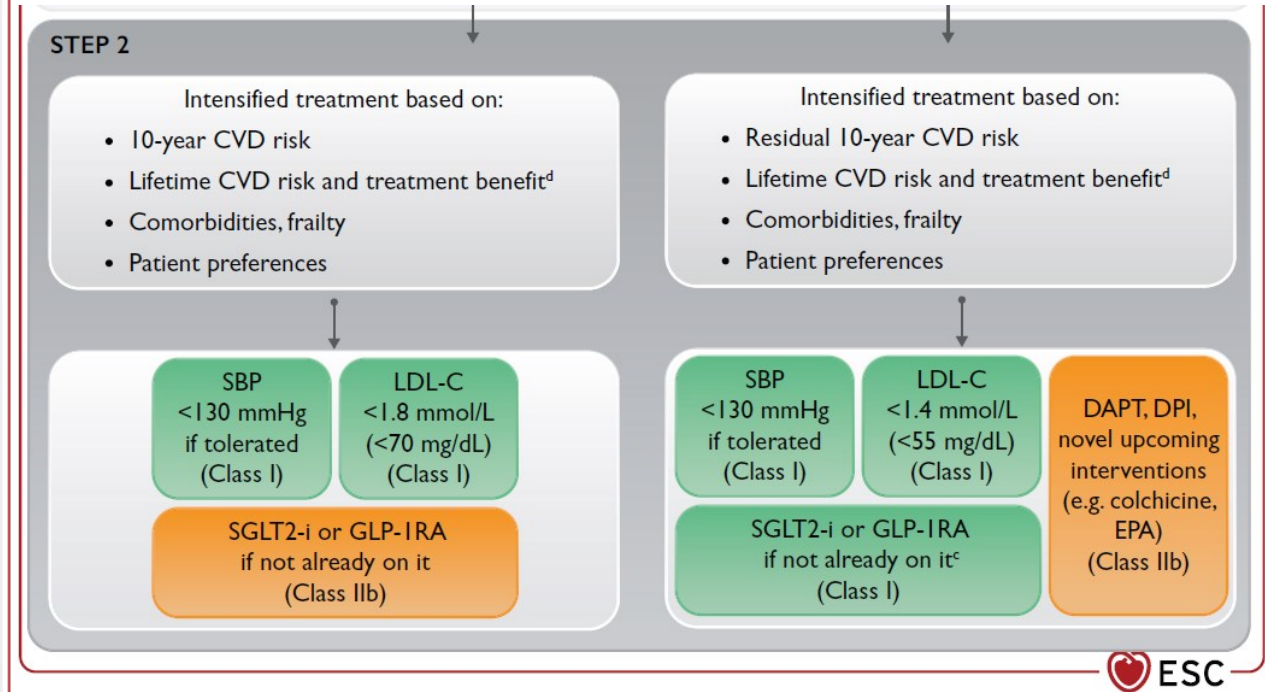
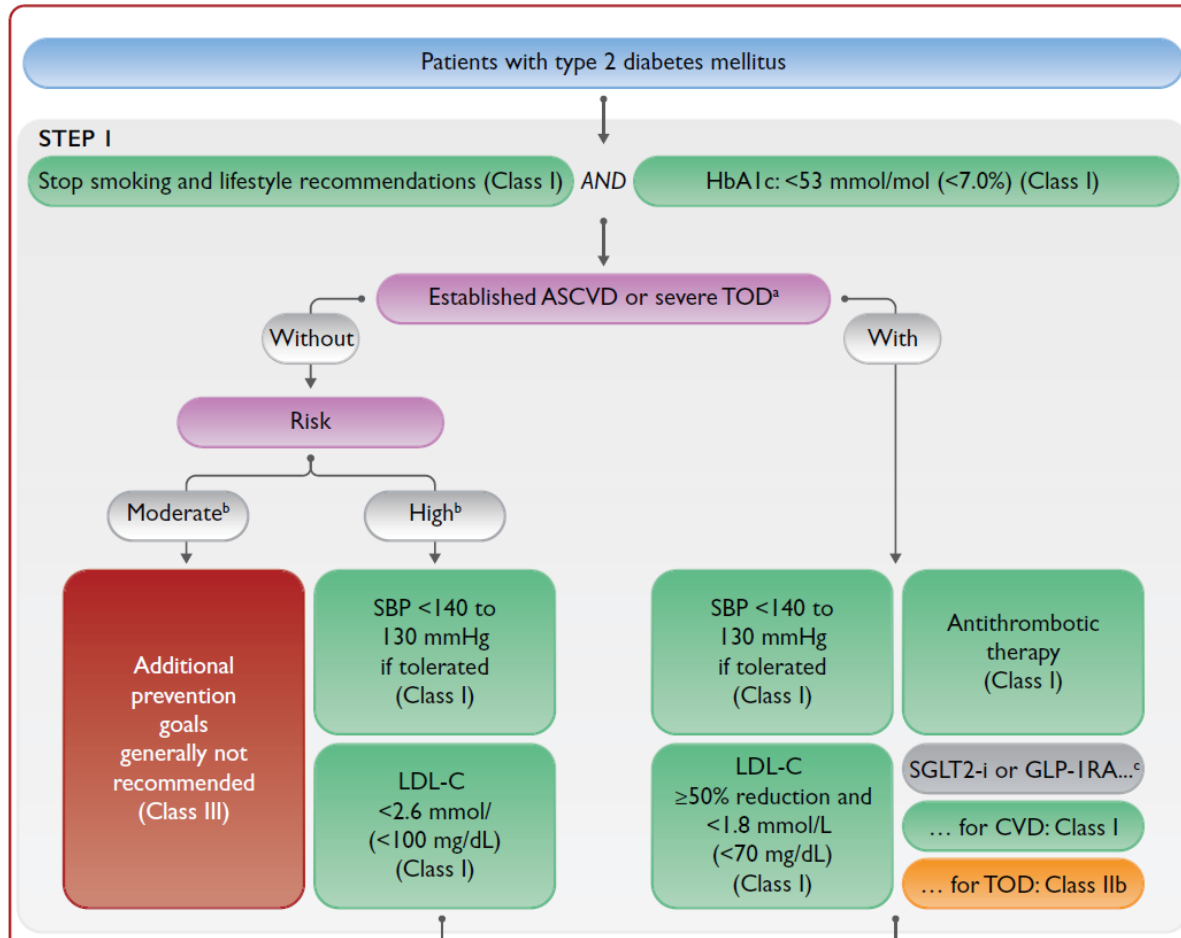
Pazienti con diabete di tipo 2 con pregressi eventi cardiovascolari



Pazienti con diabete di tipo 2 con scompenso cardiaco



Terapia





Istituzione della Nota AIFA 100 relativa alla prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2

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 prima prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
Specificare se: ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Specialista in _____
U.O. _____ Az. Sanitaria _____
Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: ☐ M ☐ F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____
Residenza _____

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: ☐ Sì ☐ No, per controindicazione o intolleranza
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target: ☐ Sì

Indicare le principali 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 obiettivi glicemici individuali prefissati****
☐ solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin ☐ saxagliptin/dapagliflozin ☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die ☐ 5/10 mg una volta/die ☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die			☐ insulina degludec/liraglutide penna dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana			
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40 ☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die			dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die			
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett			

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

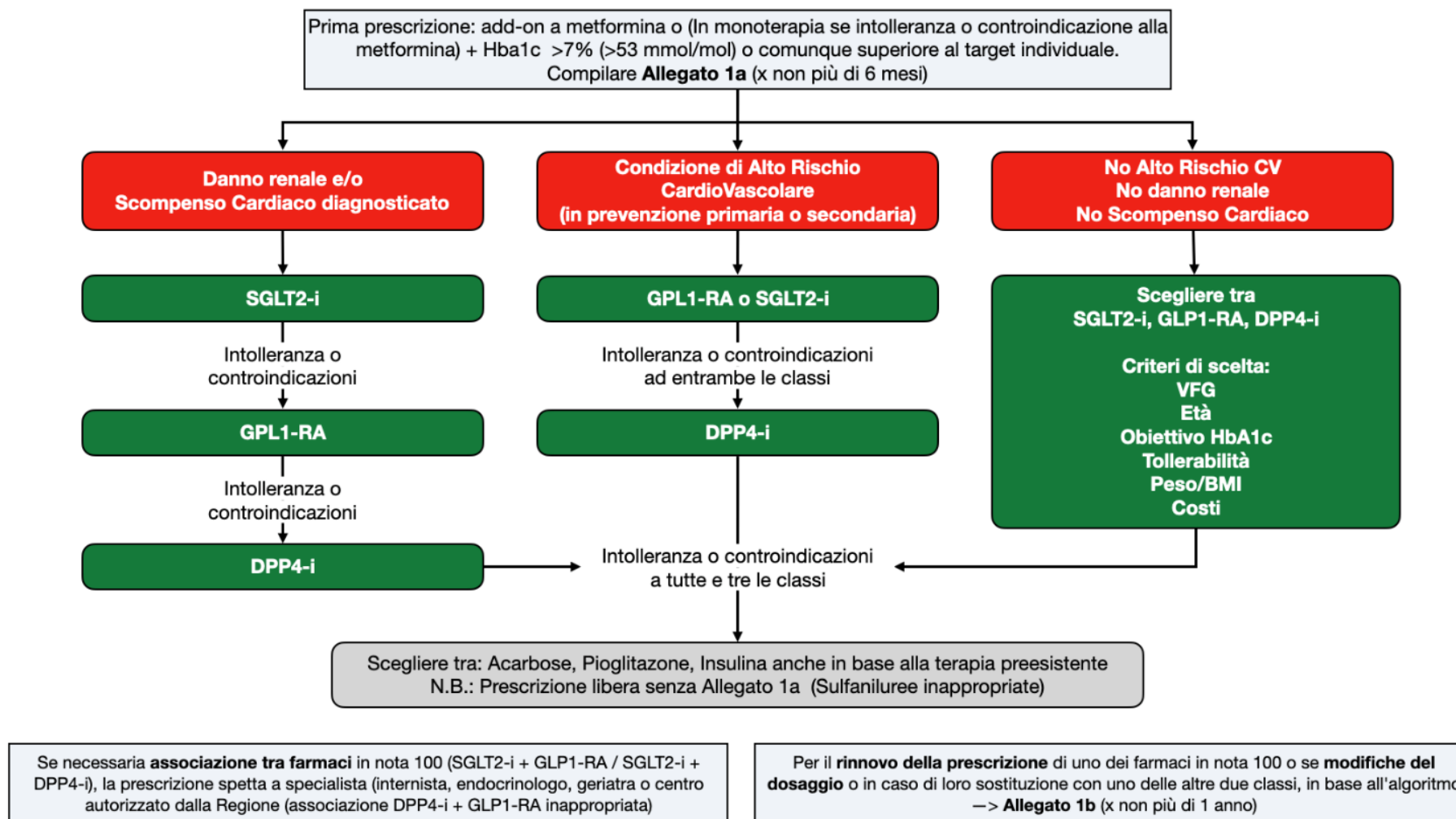
Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

Terapia



Self-audit

Diabete Mellito di tipo 2

● Pazienti senza criticità ● Pazienti con criticità

Indicatore	Num / Den	Personale				Pazienti
Pazienti con DM2 (Prevalenza) Temporalità: ever Codice Indicatore: AC-DM01	40 / 716 =	5,59%	✓	▼	▼	5,59%
— e almeno una registrazione di BMI Temporalità: 2 anni Codice Indicatore: AC-DM02	35 / 40 =	87,50%	✓	▲	▲	35 5
— e dato abitudine al fumo registrato Temporalità: ever Codice Indicatore: AC-DM03	38 / 40 =	95,00%	✓	▲	▲	38 2
— e almeno una registrazione di HbA1c Temporalità: 12 mesi Codice Indicatore: AC-DM04	33 / 40 =	82,50%	✓	▲	▲	33 7
— e almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica Temporalità: 27 mesi Codice Indicatore: AC-DM07	19 / 40 =	47,50%	●	▲	▲	19 21
— e almeno una valutazione dei polsi periferici Temporalità: 15 mesi Codice Indicatore: AC-DM08	0 / 40 =	0,00%	●	▼	▼	0 40
— e almeno una misurazione di PA Temporalità: 12 mesi Codice Indicatore: AC-DM09	31 / 40 =	77,50%	✓	▲	▲	31 9
— e ultimo valore di PA <= 140/85 mmHg Temporalità: 12 mesi Codice Indicatore: AC-DM10	24 / 31 =	77,42%	✓	▲	▲	24 7

Self-audit

Diabete Mellito di tipo 2

● Pazienti senza criticità ● Pazienti con criticità

e almeno una registrazione di microalbuminuria Temporalità: 15 mesi Codice Indicatore: AC-DM11	26 / 40 = 65,00%	✓ ▲ ▲	26 14
e almeno una registrazione di creatininemia Temporalità: 15 mesi Codice Indicatore: AC-DM12	37 / 40 = 92,50%	✓ ▲ ▲	37 3
e Ipertensione con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani Temporalità: 12 mesi Codice Indicatore: AC-DM13	20 / 24 = 83,33%	✓ ▲ ▲	20 4
e almeno una registrazione di colesterolo LDL Temporalità: 15 mesi Codice Indicatore: AC-DM14	35 / 40 = 87,50%	✓ ▲ ▲	35 5
e ultimo valore di colesterolo LDL < 2,59 mmol/mol (< 100 mg/dl) Temporalità: 15 mesi Codice Indicatore: AC-DM15	14 / 33 = 42,42%	✓ ▼ ▼	14 20
e vaccinazione antinfluenzale Temporalità: 12 mesi Codice Indicatore: AC-DM16	18 / 40 = 45,00%	● ▲ ▲	18 22
con diagnosi registrata nell'ultimo anno senza terapia antidiabetica (ATC: A10%) e ultimo valore di emoglobina glicata <= 7%	0 / 1 = 0,00%	● ▼ ▼	0 1

Self-audit

con ultimo C-LDL $\geq 2,59$ mmol/l (≥ 100 mg/dl)
con almeno una prescriz. di statine (ATC: C10AA%,
C10BA02)

Temporalità: 6 mesi

Codice Indicatore: AC-DM18

6 / 20 = **30,00%**



con ultimo valore di HbA1c < 75 mmol/mol ($< 9\%$)

Temporalità: ever

Codice Indicatore: AC-DM19

26 / 29 = **89,66%**



e ultimo valore di HbA1c < 53 mmol/mol ($< 7\%$), (età
 < 70)

Temporalità: 12 mesi

Codice Indicatore: AC-DM06-A

5 / 9 = **55,56%**



e ultimo valore di HbA1c < 59 mmol/mol ($< 7,5\%$),
(età ≥ 70)

Temporalità: 12 mesi

Codice Indicatore: AC-DM06-B

17 / 20 = **85,00%**



Nel futuro?



PNRR

Casa della Comunità come strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici

- struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute

Domicilio come primo luogo di cura e **telemedicina**

- aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti)
- promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):

- punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN
- base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente
- strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari

GRAZIE PER
L'ATTENZIONE

