

TRAIN THE TRAINER

7,8 CREDITI ECM

**IDENTIFICAZIONE PAZIENTI DM2  
a rischio, con danno cardiorenale  
e appropriato utilizzo di SGLT2:**

**dall'AUDIT CLINICO alla COMPETENZA CERTIFICATA**

**FIRENZE**

Hotel Indigo  
Florence



**La Nota 100 AIFA: raccomandazioni operative  
per il Medico di Medicina Generale**

**Gerardo Medea**

# Applicare la nota 100... in pratica

- Identificare i pazienti target in base a fattori di rischio CV e danni d'organo
- Avviare il paziente alla più appropriata terapia con un farmaco di una delle tre classi (SGLT2i, GLP1ra, DPP4i)

Ma quanti sono?

# La CKD è la più frequente prima comorbidità nel T2D

Analisi retrospettiva di dati da  
>1.1 milioni di pazienti con DMT2

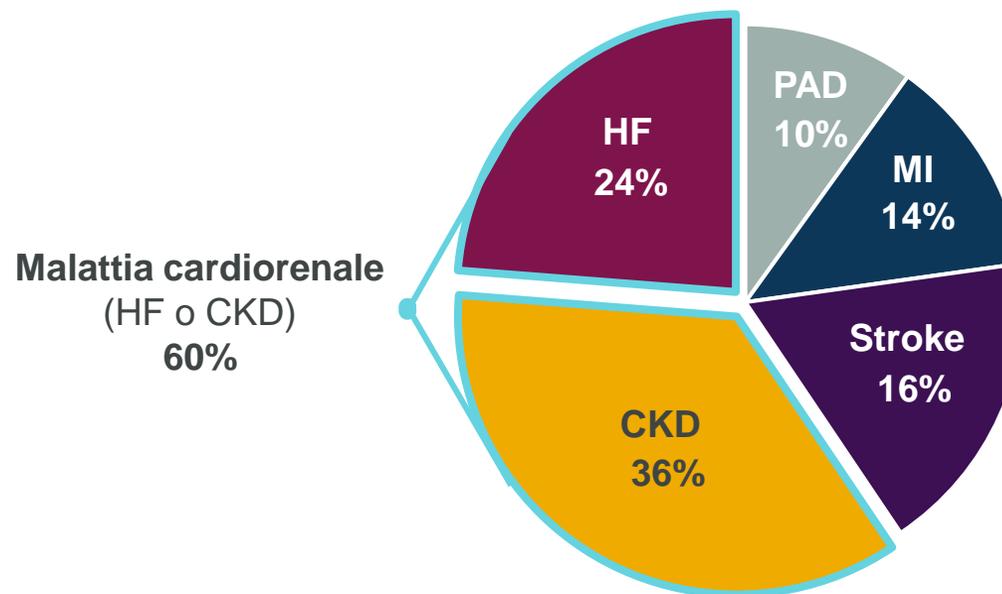
Inizialmente, la maggioranza  
(66%) dei pazienti erano  
CVRD-free



Follow-up medio:  
4.5 anni

137,081 pazienti (18% della  
popolazione totale di pazienti  
CVRD-free) hanno manifestato  
una CVRD

Prima comorbidità identificata in pazienti CVRD-free con DMT2



Comparata con pazienti senza comorbidità con DMT2, **HF e CKD determinano un aumentato rischio di mortalità (HR 2.02 95% IC 1.75-2.33 e HR 2.05 95% IC 1.82-2.32 rispettivamente; HR cumulativo: 3.91, 95% IC 3.02-5.07)**

# Progetto Competenze SIMG 2022-2023

	N° pz DM2	Alto RCV, SC, MRC	%
T0	34.756	17.602	50,6
T1	35.394	19.184	54,2
T2	31.610	17.440	55,1

MMG N=308

# Utilizzo farmaci nota 100 e target HbA1c

- Mancato raggiungimento del target personale
- Anche in pz già a target, se necessaria la sostituzione di «uno dei farmaci associati» alla metformina

# Target HbA1c personalizzato

Obiettivo	Situazione clinica	Tipo di terapia
48-53 mmol/mol (6,5-7%)	Situazione più frequente	Se farmaci senza rischio di ipoglicemia
<48 mmol/mol (<6,5%)	In casi selezionati (es: <50 anni, no comorbilità)	Se farmaci senza rischio di ipoglicemia
Circa 58 mmol/mol (7,5%)	Fragili /bassa aspettativa di vita	Farmaci con rischio ipoglicemia

Prima prescrizione : add-on a metformina o (in monoterapia se intolleranza o controindicazione alla metformina) + Hba1c >7% (>53 mmol/mol) o comunque superiore al target individuale.  
Compilare Allegato 1a (x non più di 6 mesi)

Danno renale e/o Scompenso Cardiacο diagnosticato

SGLT2-i

Se intolleranza o controindicazioni

GLP1-RA

Se intolleranza o controindicazioni

DPP4-i

Condizione (in prev. 1° o 2°) di Alto Rischio CardioVascolare

GLP1-RA  
o  
SGLT2-i

Intolleranza o controindicazioni a tutte e due le classi

DPP4-i

Se intolleranza o controindicazioni a tutte e tre le classi

Scegliere tra : Acarbose, Pioglitazone, Insulina anche in base alla terapia preesistente  
N.B.: Prescrizione libera senza Allegato 1a (SU inappropriate)

No Alto Rischio CardioVascolare + No Danno renale + No Scompenso Cardiacο diagnosticato

Scegliere tra SGLT2-i , GLP1-RA, DPP4i  
Criteri di scelta:  
• VFG  
• Età  
• Obiettivo HbA1c  
• Tollerabilità  
• Peso/BMI  
• Costi

Attenzione: in caso sia necessaria la sostituzione di un farmaco già associato (qualunque!) anche in 1° prescrizione dopo la metformina, si può fare anche con HbA1c a target (aggiorn 12/22)

Se necessaria associazione tra farmaci in nota 100 (SGLT2i + GLP1-RA DPP4i+SGLT2i), la prescrizione spetta a specialista (internista, endocrinologo, geriatra o centro autorizzato dalla Regione (associazione DPP4i + GLP1-RA inappropriata)

Per il rinnovo della prescrizione di uno dei farmaci in nota 100 o se modifiche del dosaggio o in caso di loro sostituzione con uno delle altre due classi, in base all'algoritmo  
→ Allegato 1b (x non più di 1 anno)

# Malattia renale cronica

## IVFG <60 ml/min e/o albuminuria

				Categorie del rapporto urinario albumina:creatinina Descrizione e range di valori		
				A1 Normale o modestamente aumentato	A2 Moderatamente aumentato	A3 Severamente aumentato
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorie di GFR (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) descrizione e range di valori	G1	Normale o elevata	≥90	No MRC in assenza di marker di malattia renale	●	●
	G2	Riduzione modesta in relazione al normale valore dei giovani adulti	60-89		●	●
	G3a*	Riduzione modesta-moderata	45-59	●	●	●
	G3b	Riduzione moderata-severa	30-44	●	●	●
	G4	Severa riduzione	15-29	●	●	●
	G5	Insufficienza renale	<15	●	●	●

Aumentato rischio di outcome sfavorevoli

Aumentato rischio di outcome sfavorevoli

- Basso rischio (in assenza di altri markers di malattia renale o di MRC)
- Rischio moderatamente aumentato
- Rischio elevato
- Rischio molto elevato

\* Nel pazienti con MRC stadio G3aA1 prendere in considerazione l'uso della GFR basata sulla cistatina C

VFG con Formula EPI-CKD

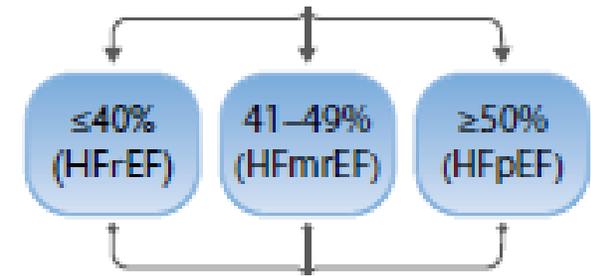
Albuminuria su creatinuria su urine spot del mattino

Rischio di morte soprattutto per cause cardiovascolari

# Diagnosi di Scompenso cardiaco cronico

(nota 100: no limitazioni per classi NYHA o FE)

- sintomi tipici (dispnea, edemi declivi ed affaticabilità)  
e/o
- segni clinici (elevata pressione venosa giugulare, rantoli polmonari ed edema periferico)  
and
- anomalie cardiache strutturali e/o funzionali



## Classificazione NYHA

- **Classe I:** Nessuna limitazione all'attività fisica. L'attività fisica ordinaria non causa astenia, palpitazioni o dispnea
- **Classe II:** Lieve limitazione dell'attività fisica. L'attività fisica ordinaria causa astenia, palpitazioni o dispnea.
- **Classe III:** Marcata limitazione dell'attività fisica. Non sono presenti sintomi a riposo ma l'attività fisica inferiore a quella ordinaria causa astenia, palpitazioni o dispnea
- **Classe IV:** Sintomi a riposo. L'attività fisica incrementa il discomfort.

# Condizioni di alto RCV

## a. Pregresso evento CV acuto/malattia CV (prev. Secondaria)

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

## b. RCV elevato con: (prev. Primaria)

- 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

ESC

**Table 7 Cardiovascular risk categories in type 2 diabetes**

<b>Very high CV risk</b>	Patients with T2DM with: <ul style="list-style-type: none"><li>• Clinically established ASCVD or</li><li>• Severe TOD or</li><li>• 10-year CVD risk <math>\geq 20\%</math> using SCORE2-Diabetes</li></ul>
<b>High CV risk</b>	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none"><li>• 10-year CVD risk 10 to &lt;20% using SCORE2-Diabetes</li></ul>
<b>Moderate CV risk</b>	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none"><li>• 10-year CVD risk 5 to &lt;10% using SCORE2-Diabetes</li></ul>
<b>Low CV risk</b>	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none"><li>• 10-year CVD risk &lt;5% using SCORE2-Diabetes</li></ul>

ESC 2023

© ESC 2023

ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; SCORE2-Diabetes, type 2 diabetes-specific 10-year CVD risk score; T2DM, type 2 diabetes mellitus; TOD, target-organ damage; UACR, urinary albumin-to-creatinine ratio. Severe TOD defined as eGFR <45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> irrespective of albuminuria; or eGFR 45–59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> and microalbuminuria (UACR 30–300 mg/g; stage A2); or proteinuria (UACR >300 mg/g; stage A3); or presence of microvascular disease in at least three different sites [e.g. microalbuminuria (stage A2) plus retinopathy plus neuropathy].<sup>43–45</sup>

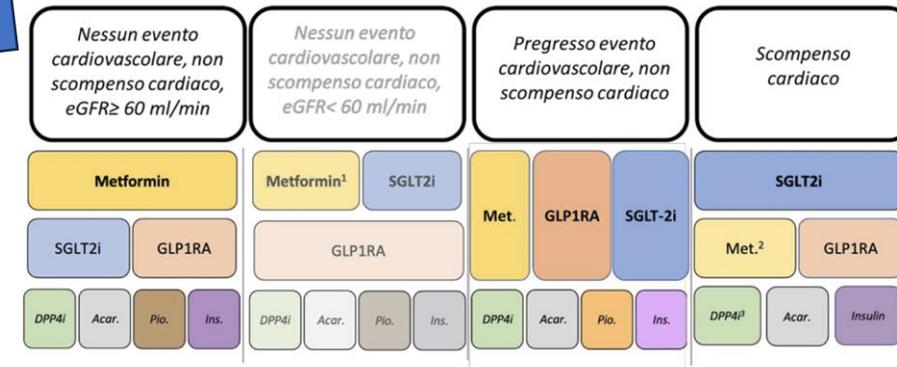
# Definizione alto RCV secondo nota 100 e ESC-2 diabetes

	Nota 100	ESC-2 Diabetes
Eventi cardiovascolari	si	si
aterosclerosi	<ul style="list-style-type: none"><li>- stenosi carotidea &gt;50% oppure</li><li>- aterosclerosi documentata in altra sede (es. coronarie)</li></ul>	Malattia aterosclerotica documentata
Danno d'organo	<ul style="list-style-type: none"><li>Nefropatia o</li><li>Retinopatia o</li><li>IVSx</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- VFG &lt; 45 ml\min o</li><li>- VFG tra 45 e 59 ml\min + microalbuminuria o</li><li>- albuminuria o</li><li>- 3 danni microvascolari (es. microalbuminuria, retinopatia , neuropatia)</li></ul>

# Nota 100

## Criteri di scelta in assenza di danno renale/scompenso cardiaco/alto RCV

- Caratteristiche individuali del paziente
  - VFG
  - Età
- Effetti sul Peso e BMI
- Target di glicata → Potenza ipoglicemizzante
  - i. GLP1-ra: 0,5-1,5%
  - ii. SGLT2i: 0,4-0,8%
  - iii. DPP4i: 0,5-0,6%
- Tollerabilità
- Opzione economicamente + vantaggiosa (a parità di rapporto rischio beneficio)



<sup>1</sup>Se la metformina non è controindicata per ridotto eGFR.

<sup>2</sup>Se la metformina non è controindicata per ridotta funzione cardiaca.

<sup>3</sup>Eccetto saxagliptin che non è indicato in caso di scompenso cardiaco.

La raccomandazione sui pazienti con eGFR < 60ml/min è debole per carenza di studi clinici effettuati su questa popolazione. Si raccomanda la deprescrizione di sulfaniluree e glinidi.

Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche.

# Criteri di scelta SGLT2i – Dosaggio e funzionalità renale (VFG)

Empagliflozin	
eGFR	Dosaggio
≥ 60	Iniziare con 10 mg; Nei pazienti che tollerano 10mg di empagliflozin e che necessitano di un controllo glicemico aggiuntivo, la dose può essere aumentata a 25mg di empagliflozin.
45 < 60	Iniziare con 10 mg; Continuare con 10mg di empagliflozin nei pazienti che stanno già assumendo empagliflozin
30 < 45 <sup>b</sup>	Iniziare con 10 mg <sup>b</sup> Continuare con 10mg di empagliflozin nei pazienti che stanno già assumendo empagliflozin
< 20	Empagliflozin non è raccomandato
≥20	La dose raccomandata è 10mg
<20	Empagliflozin non è raccomandato

<sup>b</sup> pazienti con DMT2 e malattia CV accertata

canagliflozin	
eGFR	Dosaggio
≥ 60	Iniziare con 100 mg; Nei pazienti che tollerano 100mg e richiedono un controllo glicemico addizionale, la dose può essere aumentata a 300mg.
20 < 60 <sup>b</sup>	Usare 100mg
<20	Continuare con 100 mg nei pazienti che già assumevano Canagliflozin Canagliflozin non deve essere iniziato

- <sup>b</sup> Aggiunta di altri agenti anti-iperglicemizzanti se necessario
- <sup>c</sup> Con rapporto albumina/creatinina nell'urina albuminuria >300mg/dieg
- <sup>d</sup> Continuare la somministrazione fino alla dialisi o al trapianto renale.

Dapagliflozin	
eGFR	Dosaggio
≥25	10mg
<25	Continuare con 10mg; Non iniziare

	Canagliflozin	Dapagliflozin	Empagliflozin	Ertugliflozin
Indicazioni RCP	DM2 (100-300 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DM2 (5-10 mg)</li> <li>- Insufficienza cardiaca sintomatica</li> <li>- Malattia renale cronica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DM2 (10-25 mg)</li> <li>- Insufficienza cardiaca sintomatica</li> <li>- Malattia renale cronica</li> </ul>	DM2 (5-15 mg)
Prescrivibilità SSN	DM2 con metformina (100-300 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DM2 (5-10 mg) con metformina</li> <li>- Insufficienza cardiaca con FE ridotta o conservata</li> <li>- Malattia renale cronica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DM2 (10-25 mg) con metformina</li> <li>- Insufficienza cardiaca con FE ≤40% e moderata (41-59%)</li> </ul>	DM2 con metformina
Indicazioni AIFA	DM2 nota 100 con metformina (se associazione con DPP4i o GLP1-RA: prescrizione specialistica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM2 nota 100 (se associazione con DPP4i o GLP1-RA: prescrizione specialistica) con metformina</li> <li>• Insufficienza cardiaca con FE conservata o ridotta con PT specialista</li> <li>• Malattia renale cronica con PT specialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM2 nota 100 (se associazione con DPP4i o GLP1-RA: prescrizione specialistica) con metformina</li> <li>• Insufficienza cardiaca a frazione ridotta o moderata con PT specialista</li> </ul>	DM2 nota 100 (se associazione con DPP4i o GLP1-RA: prescrizione specialistica) con metformina

# GLP1ra e funzionalità renale

	Livelli di VFG x Prescrivibilità (ml/min)	Livelli di VFG per interrompere uso (ml/min)
Dulaglutide	>15	<15
Exenatide	>50 (10 mg) 30-50 (5 mg)	<30
Exenatide LAR	>30	<30
Liraglutide	>15	<15
Lixisenatide	>30	<30
Semaglutide	>15	<15

# DPP4i e funzionalità renale

	Livelli di VFG x Prescrivibilità (ml/min)	Livelli di VFG per interrompere uso (ml/min)
Alogliptin	Dialisi (ridurre dose se <50)	Dialisi (ridurre dose se <50)
Linagliptin	Dialisi	Dialisi
Saxagliptin	>15 (15-45 usare 2,5 mg)	<15 (15-45 usare 2,5 mg)
Sitagliptin	Dialisi (30-50 usare 50 mg (<30 usare 25 mg)	Dialisi (30-50 usare 50 mg (<30 usare 25 mg)
Vildagliptin	Dialisi (<50 usare 50 mg)	Dialisi (<50 usare 50 mg)

# Simulazione gestionale 1° parte

# PRESCRITTORI PER LA NOTA 100



Tutti i **MMG** e gli **Specialisti SSN** autorizzati dalle Regioni\*



- **SGLT2i** in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, **ad eccezione dell'associazione con GLP1ra o con DPP4i**
- **GLP1ra** in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci ad eccezione dell'associazione con SGLT2i
- **DPP4i** in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con SGLT2i



**Esclusivamente gli Specialisti del SSN** che operano in strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del **DMT2**



Le associazioni fisse o estemporanee di:

- **SGLT2i + DPP4i**
- **SGLT2i + GLP1ra**

(In associazione o in alternativa altri farmaci antidiabetici)

# Nota 100: schede di monitoraggio

- Scheda di 1° prescrizione  
– Follow up max 6 mesi

- Scheda di monitoraggio  
– Follow-up max 1 anno

## 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:  Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria\*
- rischio CV elevato\*\*
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2)
- malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati\*\*\*\*
- controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco) (solo se DPP4)
- altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía 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 DPP4: 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/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_  
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_  
Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

### Scheda di rinnovo della 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 \_\_\_\_\_

### Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  Sì  No

Specificare gli eventi avversi \_\_\_\_\_

Terapia in corso: \_\_\_\_\_

Terapia confermata:  Sì  No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria\*
- rischio CV elevato\*\*
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2)
- malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target\*\*\*\*
- solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 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 (cardiopatía 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 DPP4: 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/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_  
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_  
Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

# Tabella con tutte molecole disponibili e loro associazioni

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

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

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 \_\_\_\_\_

# Dati necessari per la compilazione del PT

- Emoglobina glicata (recente\*) + target personalizzato
- Peso, altezza, BMI
- VFG calcolato con formula CKD-EPI
- Rapporto albuminuria/creatinuria (non obbligatorio)
- La motivazione per cui si è prescritto il farmaco

\*recente, negli ultimi 6 mesi poiché l'emoglobina glicata dovrebbe essere misurata almeno due volte l'anno

# Monitoraggio terapia

- a. Funzionalità renale (con frequenze variabili in base al filtrato glomerulare)
- b. Rischio ipovolemia/ipotensione (SGLT2i)
  - a. mantenere un adeguato apporto idrico
  - b. Attenzione anziani, disidratazione (vomito, diarrea, diuretici)
  - c. Pressione arteriosa, ematocrito, elettroliti
- c. emoglobina glicata almeno 2 volte/anno
- d. VFG e albuminuria ogni anno se normali, due volte l'anno se patologici
- e. Sorvegliare il paziente per eventuali eventi avversi

Tabella C. Potenziali rischi dei farmaci per il trattamento del diabete mellito tipo 2  
(modificato da Standard italiani per la cura del diabete mellito, 2018 e aggiornato in base alle schede tecniche all'agosto 2021)

	Acarbosio	DPP4i	GLP1-RA	Insulina umana/analoghi dell'Insulina	Metformina	Pioglitazone	SGLT2i	SU/repaglinide
Interazione con altri farmaci	-	-	-	-	-	+	-	++
Ipoglicemie	-	-	-	++	-	-	-	+++
Aumento di peso	-	-	-	++	-	++	-	+
Disturbi gastrointestinali	+++	-	++	-	++	-	-	-
Pancreatiti acute	-	+	+/-	-	-	-	-	-
Fratture ossee	-	-	-	-	-	+++	+/- <sup>a</sup>	-
Deplezione di volume/disidratazione	-	-	+/-	-	-	-	+	-
Ritenzione idrica/edemi	-	-	-	-	-	++	-	-
Scompenso cardiaco	-	+/- <sup>b</sup>	-	-	-	++	-	+
Infezioni genito-urinarie	-	-	-	-	-	-	+	-
Chetoacidosi	-	-	+/- <sup>c</sup>	-	-	-	+	-
Retinopatia diabetica	-	-	-	-	-	+	-	-
Amputazioni arti inferiori	-	-	-	-	-	-	+/- <sup>a</sup>	-
Fascite necrotizzante del perineo	-	-	-	-	-	-	+	-

DPP4i=inibitori del DPP4;

GLP1-RA=agonisti recettoriali del GLP1; SGLT2i=inibitori del SGLT2;

SU=sulfaniluree;

<sup>a</sup>segnalato per canagliflozin;

<sup>b</sup>segnalato per saxagliptin;

<sup>c</sup>segnalato per semaglutide

Effetti collaterali  
Più frequenti delle varie  
classi di farmaci ipoglicemizzanti  
(dal testo Nota 100 AIFA)

chrome-  
extension://efaidnbmnnnib  
pcajpcglclefindmkaj/https://  
www.aifa.gov.it/document  
s/20142/1728125/nota-  
100.pdf

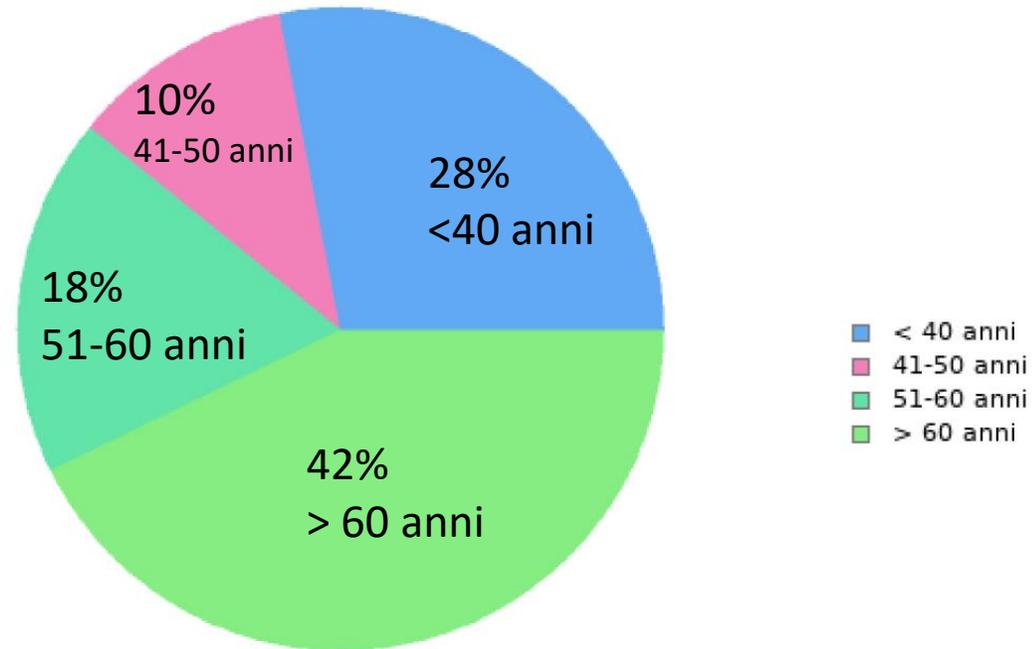
# Simulazione gestionale 2° parte

Survey nota 100  
ottobre-novembre 2023  
302 MMG

# età partecipanti

1. A che fascia di età appartieni?

N=302



# Regione di appartenenza

55,3%

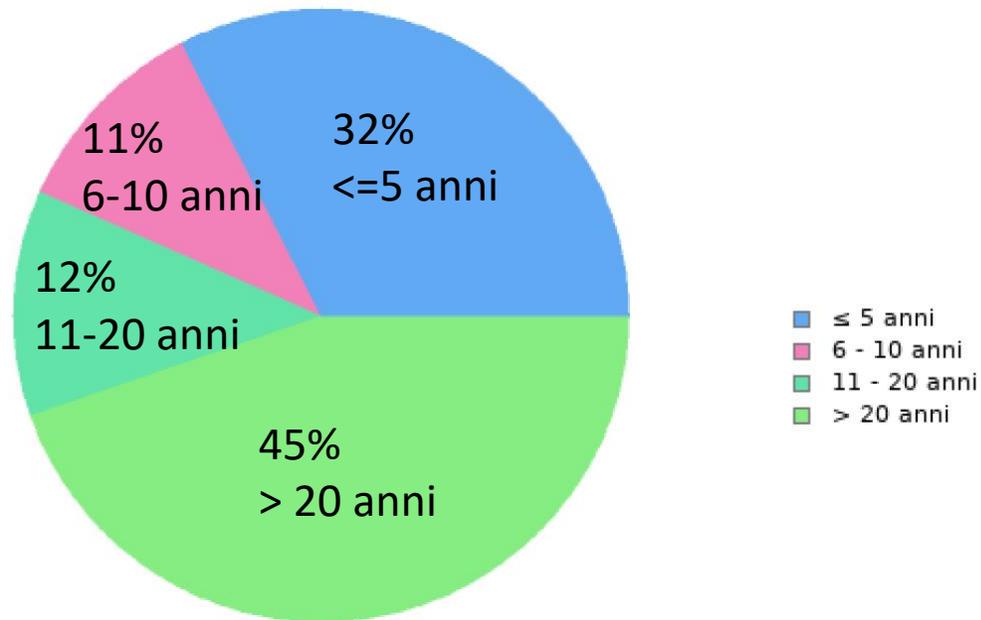
N=302

Lombardia	25,1
Sicilia	16,99
Calabria	13,2
Lazio	8,2
Friuli Venezia Giulia	5,3
Campania	4,9
Abruzzo	4,3
Veneto	3,64
Toscana 1	3,31
Emilia Romagna	2,9
Piemonte	2,65
Puglia	2,65
Liguria	1,99
Umbria	1,32
Marche	0,99
Sardegna	0,99
Basilicata	0,66
Molise	0,33
Province autonome Trentino /Bolzano	0,33
Val d'Aosta	0

# Anni di attività come MMG

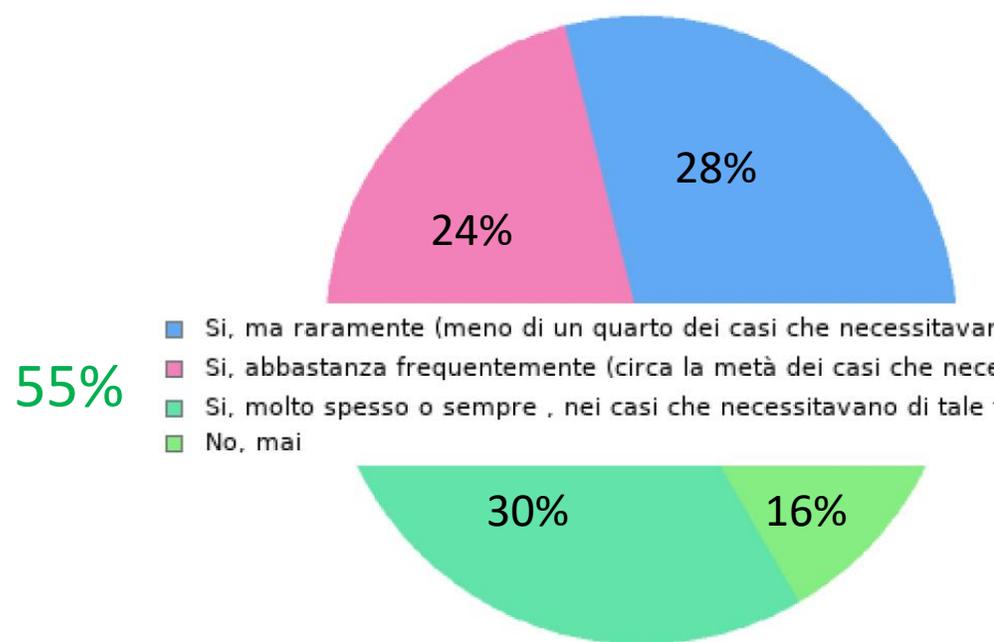
3. Da quanti anni svolgi l'attività di Medico di Medicina Generale ?

N=302



Hai prescritto i farmaci della Nota 100 in prima prescrizione, su tua autonoma decisione (inizio terapia) e quindi compilato la relativa scheda AIFA?  
 55% dei casi sempre o o quasi sempre

Options	Count	Percent
Si, ma raramente (meno di un quarto dei casi che necessitavano di tale terapia)	87	28.81%
Si, abbastanza frequentemente (circa la metà dei casi che necessitavano di tale terapia)	73	24.17%
Si, molto spesso o sempre , nei casi che necessitavano di tale terapia	92	30.46%
No, mai	50	16.56%
<b>Total</b>	<b>302</b>	



# Hai compilato /compili la scheda di rinnovo della prescrizione dei farmaci della Nota 100 (considerando SOLO i casi in cui la compilazione è di competenza anche del MMG)?

88% sempre o quasi sempre

Options	Count	Percent
Mai, invio sempre il paziente allo specialista	7	2.32%
Raramente (in meno di un quarto dei casi, il resto li invio allo specialista)	28	9.27%
Frequentemente (in circa la metà dei casi, il resto li invio allo specialista)	40	13.25%
Sempre (quando di mia competenza)	227	75.17%
<b>Total</b>	<b>302</b>	

88%

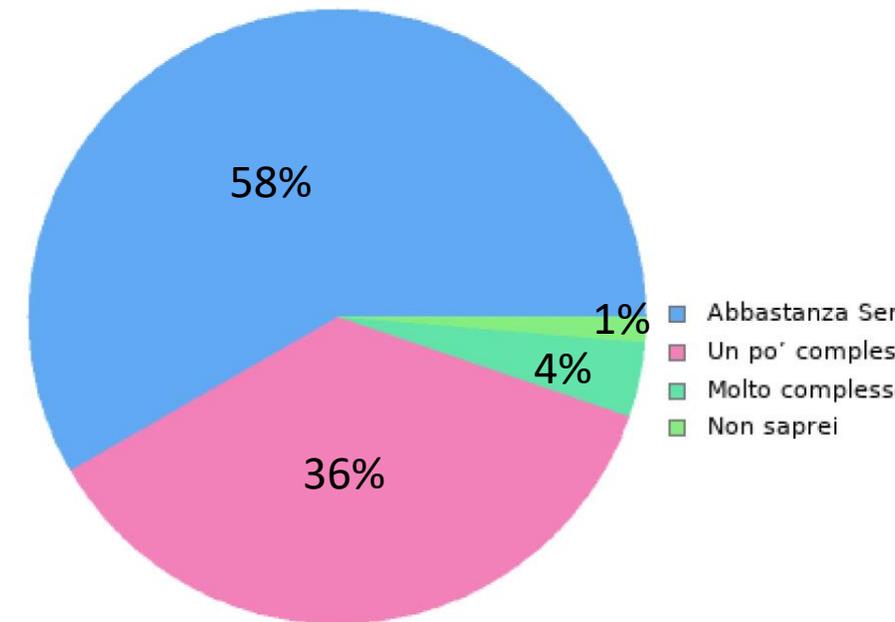


N=302

# Ritieni che la prescrizione dei farmaci inclusi nella Nota 100 e la compilazione della scheda AIFA di monitoraggio siano procedure:

58% semplice

Options	Count	Percent
Abbastanza Semplici	176	58.28%
Un po' complesse	110	36.42%
Molto complesse/difficili	12	3.97%
Non saprei	4	1.32%
<b>Total</b>	<b>302</b>	

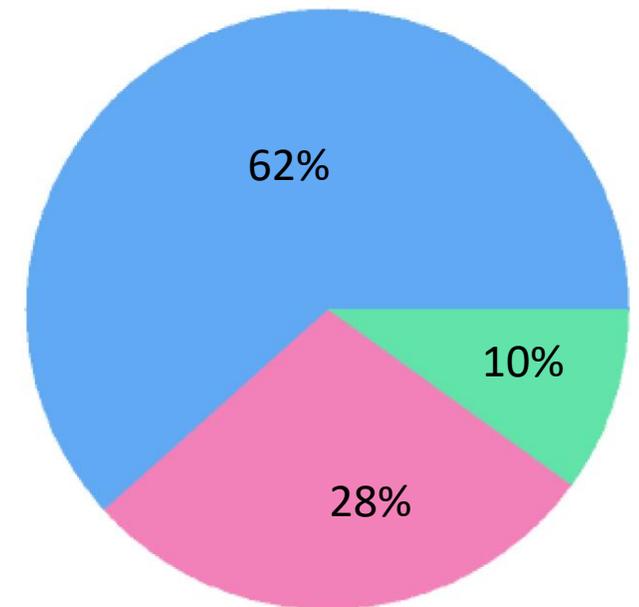


N=302

Ritieni necessario che anche il Medico di Medicina Generale possa/debba avere la possibilità di prescrivere le associazioni tra farmaci in nota 100 ora di esclusiva pertinenza del Diabetologo?

Si 61%

Options	Count	Percent
Sì	186	61.59%
No	86	28.48%
Non saprei	30	9.93%
<b>Total</b>	<b>302</b>	

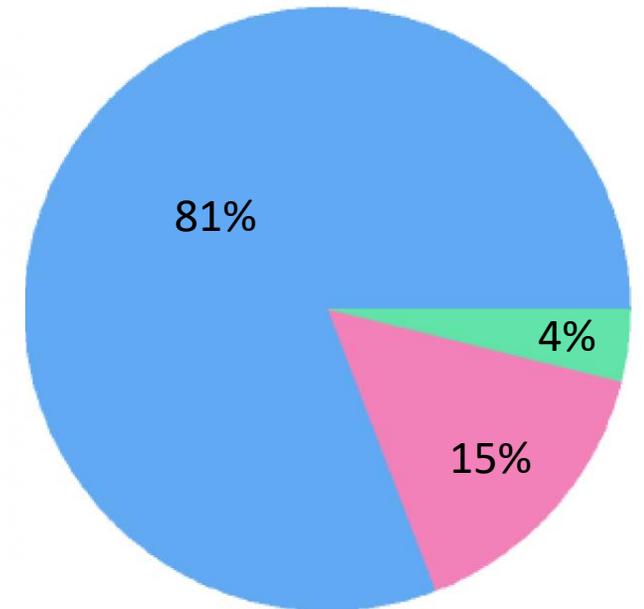


N=302

Pensi che la possibilità di prescrivere i farmaci nella Nota 100, ha migliorato e/o potrà migliorare la presa in carico delle persone con diabete da parte dei MMG?

Si 80% ?

Options	Count	Percent
Sì	244	80.79%
No	46	15.23%
Non saprei	12	3.97%
<b>Total</b>	<b>302</b>	

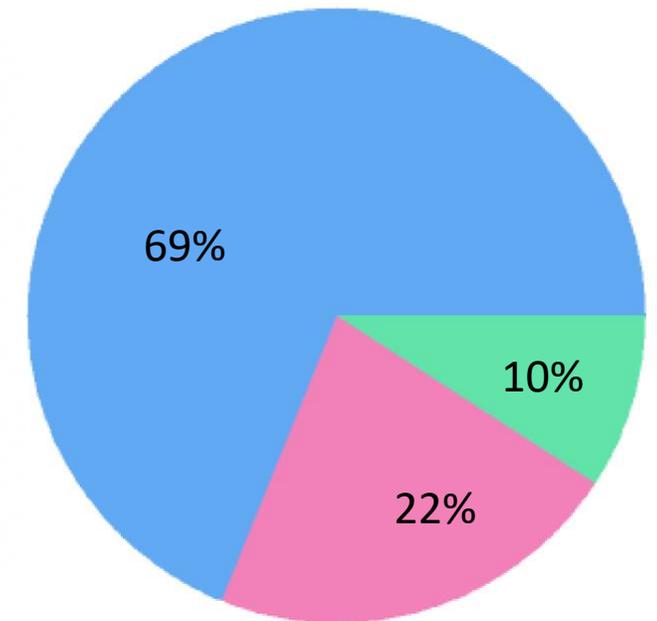


N=302

# Ritieni che la scheda di prescrizione dei farmaci inclusi nella Nota 100 debba essere eliminata?

Si 68%

Options	Count	Percent
Sì	208	68.87%
No	66	21.85%
Non saprei	28	9.27%
<b>Total</b>	<b>302</b>	

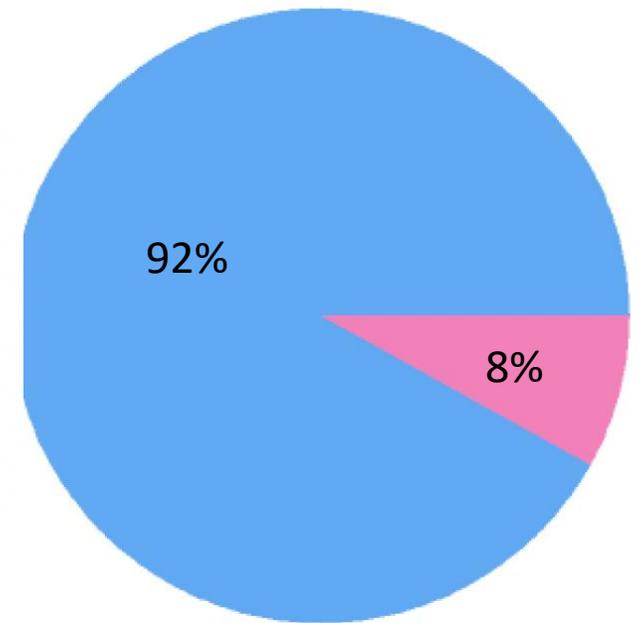


N=302

# Hai mai partecipato a corsi di formazione/convegni per aggiornarti sui farmaci inclusi?

Si 92%

Options	Count	Percent
Sì	278	92.05%
No	24	7.95%
<b>Total</b>	<b>302</b>	



N=302

Grazie

# Criticità prescrittive Nota 100

- Modalità di applicazione della nota in alcune Regioni
- Il PT del diabetologo non informatizzato
- Divieto al MMG di prescrivere due farmaci NOTA 100
- Difficoltà interpretative
- Scheda di monitoraggio da abolire (?)