



XXII CONGRESSO NAZIONALE CARD
**I DISTRETTI DI COMUNITÀ PROTAGONISTI
DEL DM 77 E DELLA PRIMARY HEALTH CARE**

GENOVA | 17-19 OTTOBRE | 2024

STARHOTELS PRESIDENT
Corte dei Lambruschini, 4

TITOLO RELAZIONE:

La gestione dei nuovi farmaci per la
terapia del diabete nel territorio.

RELATORE:

Dr. Luca Lione
Diabetologo territoriale
ASL 02 Savonese

Stati generali sul diabete 2024

•
INTEGRARE, POTENZIARE
E RAZIONALIZZARE
L'ASSISTENZA ALLA
PERSONA CON DIABETE

•
TUTELARE I DIRITTI
DELLE PERSONE
CON DIABETE

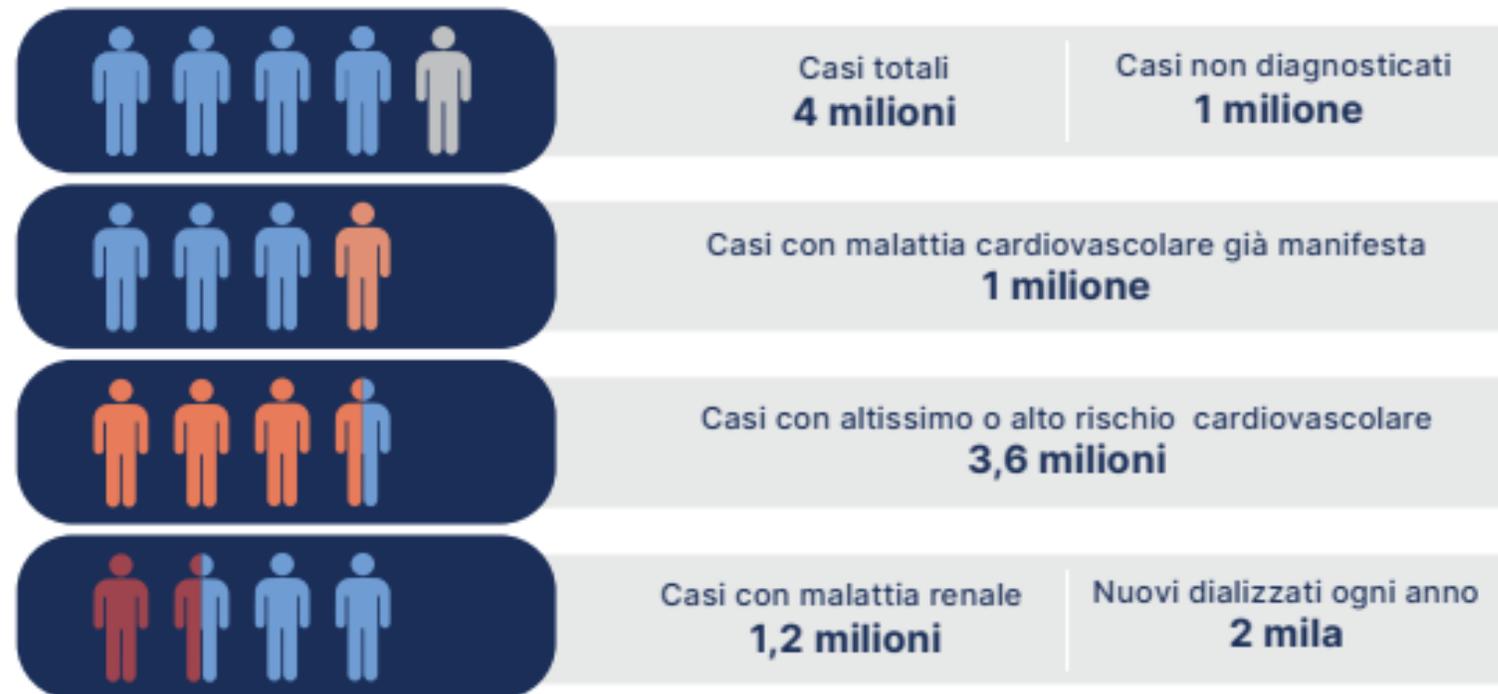
•
ADOTTARE EFFICACI
STRATEGIE DI
PREVENZIONE PRIMARIA
E SECONDARIA

•
GARANTIRE IL PIENO
ACCESSO ALLE CURE
E AI TRATTAMENTI



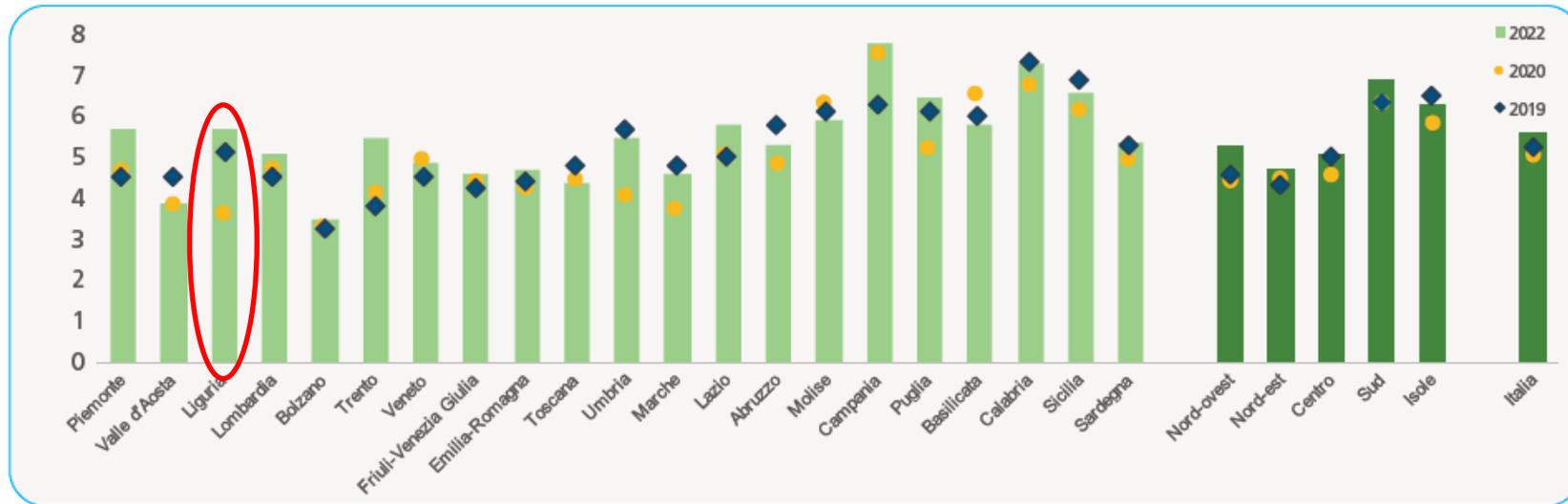
Intergruppo Parlamentare
Obesità, Diabete e NCDs

Villa Mondragone - Università di Roma Tor Vergata
Monte Porzio Catone - Roma 14 Marzo 2024



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

INCREMENTO DELLA PREVALENZA DEL DIABETE TRA 2019 E 2022 + 14%
(400 MILA UNITA')



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

Dopo i due anni di pandemia da Covid-19, nel 2022 si osserva un aumento della diffusione del diabete, sia per gli uomini che per le donne rispetto al 2019.

L'incremento della prevalenza del diabete nella popolazione tra il 2019 (anno che precede la pandemia) e il 2022 si stima pari al 14% (+13% per gli uomini e quasi +15% per le donne), ossia in valore assoluto significa che nel nostro Paese in 3 anni le persone con diabete sono aumentate di circa 400mila unità

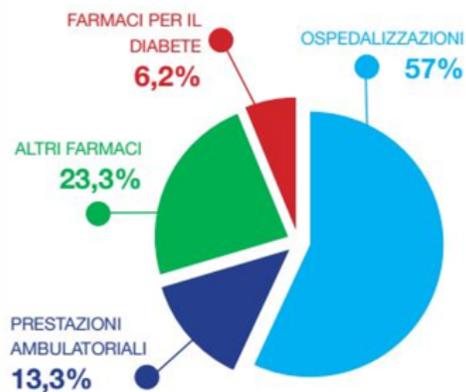
DIABETE IN ITALIA

I COSTI DEL DIABETE

Una delle malattie cronico
degenerative più diffuse in Italia

Tasso di incidenza sulla popolazione	6,2%
Numero di persone affette dalla malattia	3,6 milioni
Costi diretti annui per la cura dei pazienti diabetici in Italia	9 miliardi di Euro
Costo medio per paziente anno in Italia	2.600-3.100
Costi diretti annui del diabete in Europa	90 miliardi di Euro

I costi diretti
per la cura del diabete



per ogni tre persone
con diabete ne esiste
una che non sa di
averlo: 1.6%

ASPETTATIVA DI VITA E MORTALITÀ

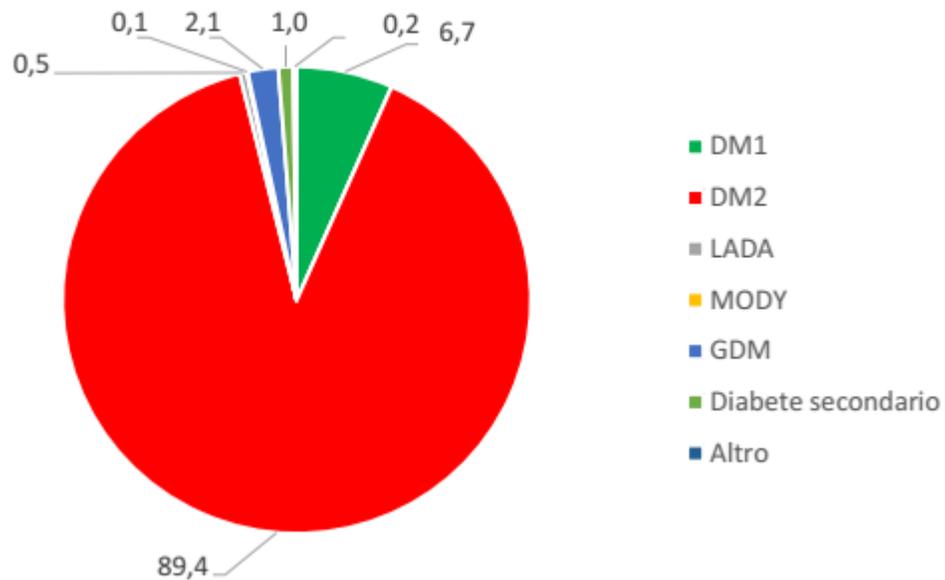
- 5-10 anni è la riduzione dell'aspettativa di vita nella persona diabetica non in buon controllo glicemico
- Ogni ora, 8 persone muoiono per cause collegate al diabete
- 496 decessi per diabete all'anno [per causa diretta o altre malattie associate (comorbidità)]
- 30,3% è il tasso standardizzato x 100 mila abitanti di mortalità per il diabete
- 60-80% delle morti per malattie cardiovascolari sono associate al diabete

ANNALI AMD 2023

La distribuzione per tipo di diabete conferma come il carico assistenziale sia legato in modo preponderante al DM2, che rappresenta l'89,4% (573.164 pazienti) di tutti i casi visti nel corso dell'anno, mentre il DM1 contribuisce per il 6,7% (42.611). È presente, inoltre, un campione di 13.542 (2,1%) donne con diabete gestazionale e 3.112 (0,49%) soggetti con LADA. Il diabete secondario ed altri tipi di diabete rappresentano una minoranza dei pazienti (8.442; 1,25%).

VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI AMD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA AL DIABETE IN ITALIA

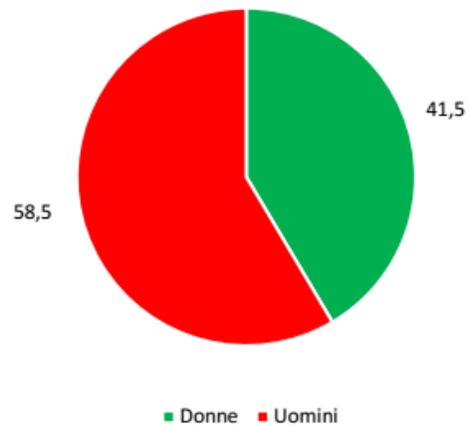
Distribuzione per tipo di diabete (%)



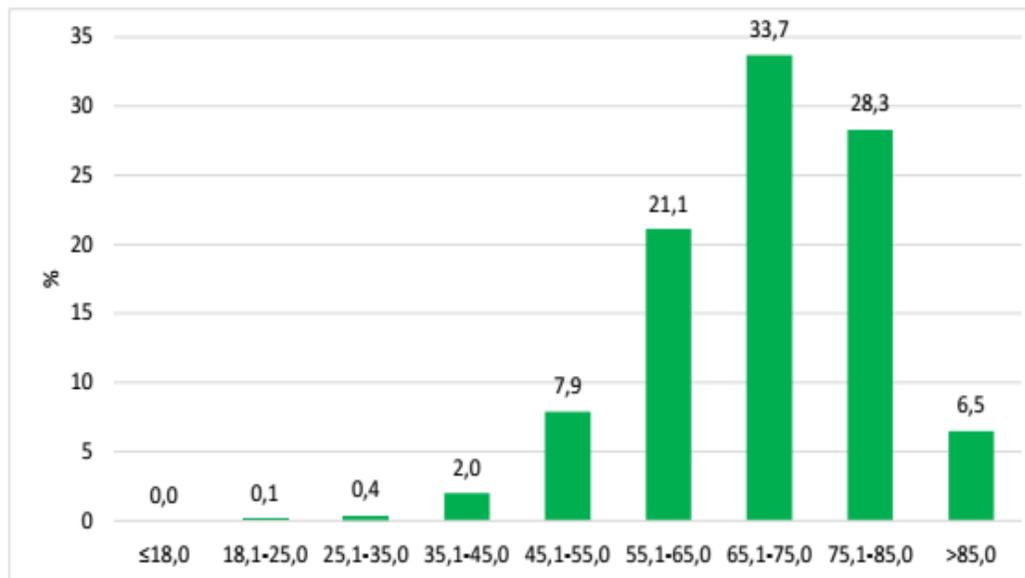
Durata di diabete

	Media ± ds o %
Durata media diabete (anni)	12,7±9,9
Durata diabete in classi (%):	
≤2 anni	17,7
2-5 anni	11,0
5-10 anni	18,2
10-20 anni	32,9
≥20 anni	20,3

Distribuzione per sesso della popolazione assistita (%)



Distribuzione della popolazione per classi di età (%)

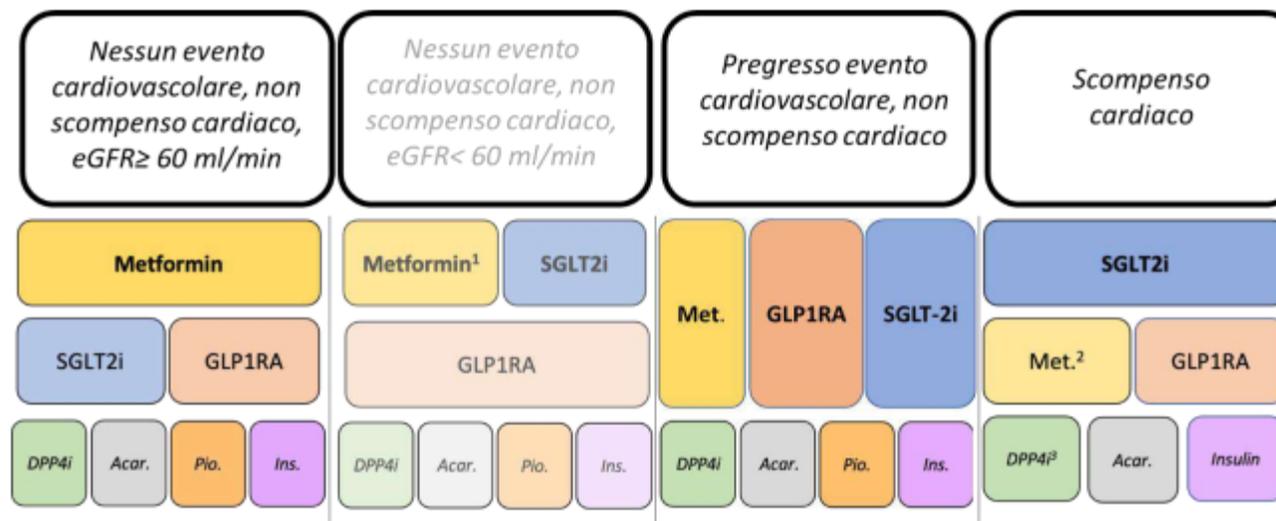




Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD)

La terapia del diabete mellito di tipo 2

Versione aggiornata a dicembre 2022



¹Se la metformina non è controindicata per ridotto eGFR.

²Se la metformina non è controindicata per ridotta funzione cardiaca.

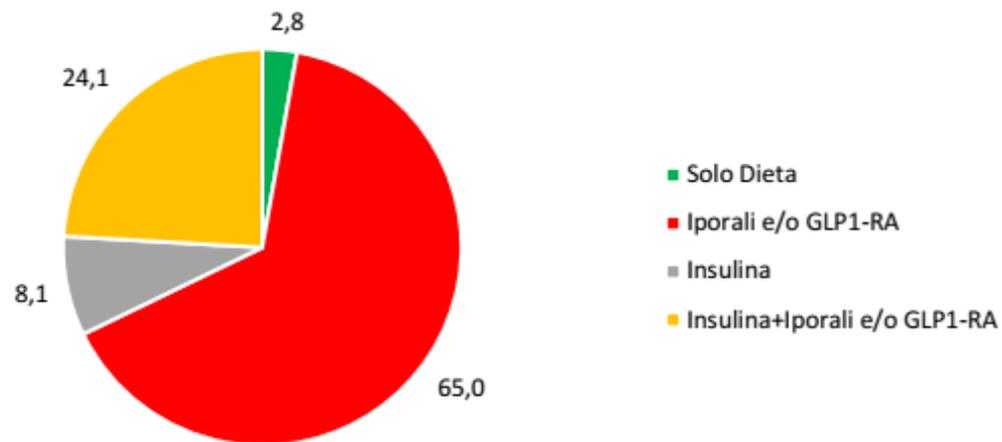
³Eccetto saxagliptin che non è indicato in caso di scompenso cardiaco.

La raccomandazione sui pazienti con eGFR < 60ml/min è debole per carenza di studi clinici effettuati su questa popolazione

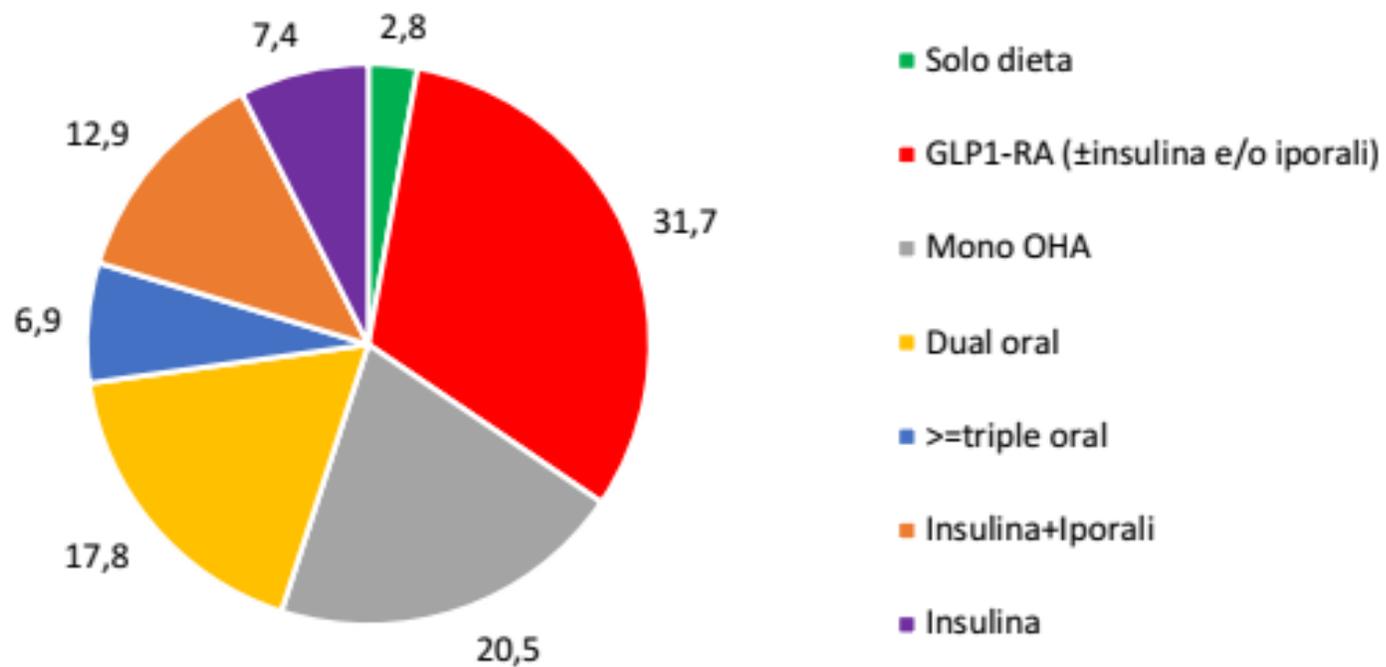
Si raccomanda la deprescrizione di sulfanilurre e glinidi

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

Distribuzione dei pazienti per intensità di trattamento anti-iperglicemizzante (%)



Distribuzione dei pazienti per intensità di trattamento anti-iperglicemizzante (%).



5.1 Si raccomanda l'uso di metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari e con eGFR>60 ml/min. SGLT-2i, GLP-1 RA sono raccomandati come farmaci di seconda scelta. DPP-4i, acarbosio, pioglitazone ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di terza scelta. Sulfaniluree e glinidi non sono raccomandati per la terapia del diabete di tipo 2.

Metformina: Effetti Indesiderati

- **Acidosi lattica: da 3 casi a 10 casi /100.000 pazienti/anno**
- **Diminuzione dell'assorbimento di vitamina B12**
(Polineuropatia diabetica periferica? Anemia ...)
- **Anoressia, nausea, vomito, diarrea, dolore addominale**
(10-30% dei pazienti)
- **Sapore metallico (disgeusia)**
- **Eritema; prurito e orticaria.**
- **Sono stati riportati anche casi di epatite.**
- **?M. Alzheimer?**

INIBITORI SGLT2

- canagliflozin
- dapagliflozin
- empagliflozin
- ertugliflozin

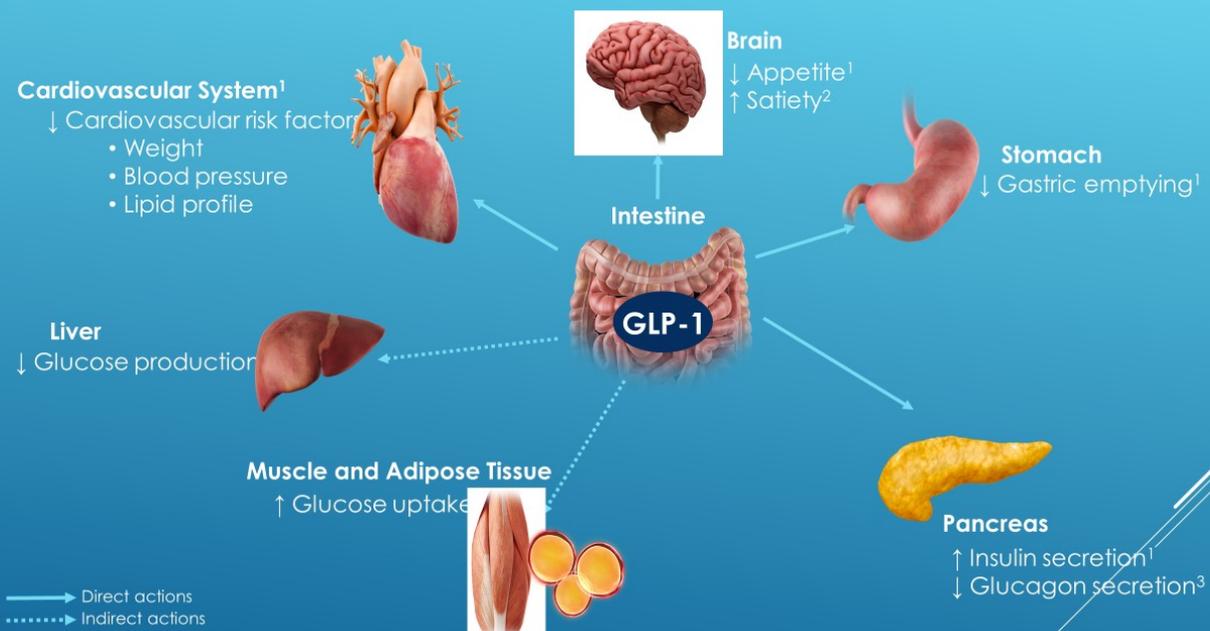
AGONISTI RECETTORIALI GLP1

- ▶ dulaglutide
- ▶ exenatide
- ▶ exenatide LAR
- ▶ liraglutide
- ▶ lixisenatide
- ▶ semaglutide orale
- ▶ semaglutide sottocutanea

INIBITORI DPP4

- alogliptin
- linagliptin
- saxagliptin
- sitagliptin
- vildagliptin

IL GLP-1 HA UNA VASTA GAMMA DI ATTIVITÀ BIOLOGICHE



1. Smilowitz et al. *Circulation*. 2014;129(22):2305-2312.
2. Gupta. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(3):413-421.
3. Kalra S, et al. *Indian J Endocrinol Metab*. 2016;20(2):254-267.

ASP
GLP

	GLP-1 receptor agonists								Fixed-dose combinations (GLP-1 RA/basal insulin)	
Pen devices for injection										
Drug: Generic/commercial	Exenatide b.i.d. Byetta®	Lixisenatide Lyxumia®	Liraglutide Victoza®	Exenatide once weekly, Bydureon®	Exenatide once weekly, Bydureon® BCise	Dulaglutide Trulicity®	Albiglutide Eperzan®/Tanzeum®	Semaglutide Ozempic®	iDegLira Xultophy®	iGlarLixi Soliqua®/Suliqua®
Single (1) or multiple (x) use?	x	x	x	1	1	1	1	x	x	x
Predefined (p) or variable (v) dosing	p	p	v	p	p	p	p	p	v	v
Pens available (maximum dose)	a. 5 µg b. 10 µg	a. 10 µg b. 20 µg	a. 0.6 mg b. 1.2 mg c. 1.8 mg	2 mg	2 mg	a. 0.75 mg b. 1.5 mg	a. 30 mg b. 50 mg	a. 0.25 mg b. 0.5 mg c. 1.0 mg	1.8 mg/ iDeg 50 IU per dose	a. 20 µg/iGlar 40 IU per dose or b. 20 µg/iGlar 60 IU per dose
Resuspension necessary?	no	no	no	yes	no*	no	yes	no	no	no
Ease of use	+	+	+	-	(-)	+++	(-)	+	+	+

Nauck MA. GLP-1 receptor agonists in the treatment of type 2 diabetes e state-of-the-art. MOLECULAR METABOLISM 2020. In press

SITO DI INIEZIONE

Le zone di somministrazione del farmaco sono le stesse che vengono utilizzate per la somministrazione di insulina .

CONSERVAZIONE

Conservare il farmaco in frigo estraendolo almeno un quarto d'ora prima della somministrazione. Non congelare.
A temperatura ambiente il farmaco si mantiene stabile, al di sotto dei 30°, dai 14 ai 30 giorni (a seconda della molecola).

GESTIONE DEGLI EFFETTI COLLATERALI

Consigliare al paziente di effettuare la somministrazione del farmaco preferibilmente lontano dai pasti, di mangiare lentamente e limitare cibi particolarmente grassi.

GLP-1 RA: EVENTI AVVERSI COMUNI



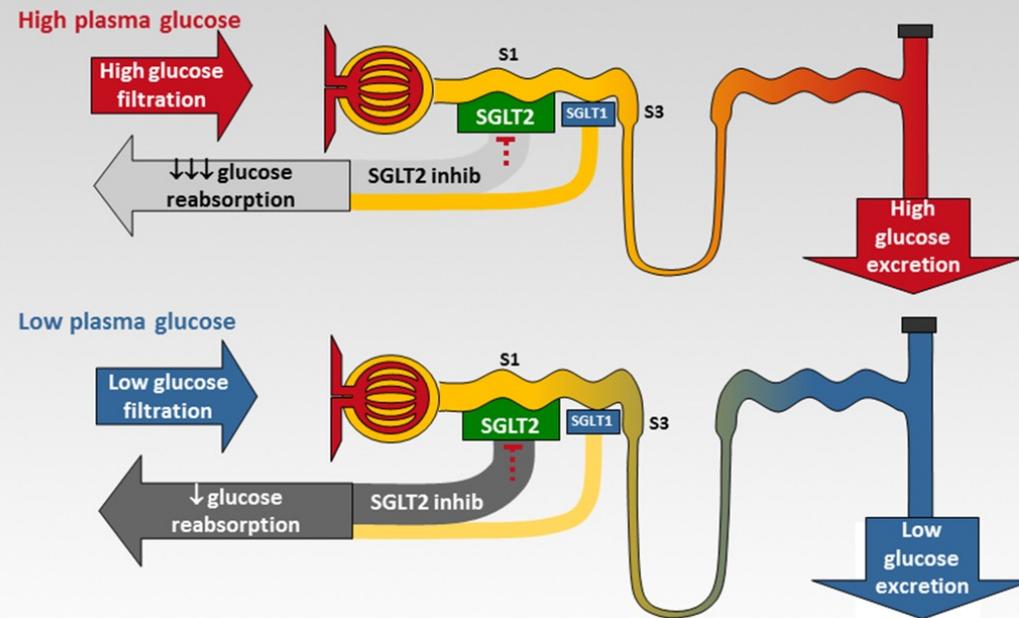
- ▶ Gli eventi avversi più comunemente riportati sono **disturbi gastrointestinali** (nausea, vomito e diarrea).
- ▶ Il problema della tollerabilità gastrointestinale può influenzare l'aderenza del paziente; tuttavia, questi effetti sembrano essere per lo più di gravità da lieve a moderata, si riducono nel tempo e un programma di titolazione lenta può aiutare ad alleviare o prevenire la nausea.
- ▶ Nausea, vomito e diarrea possono presentarsi anche con gastroparesi o grave malattia da reflusso gastroesofageo e le linee guida raccomandano un attento monitoraggio dei pazienti con queste condizioni quando si utilizzano GLP-1 RA.

SGLT2 inibitori (gliflozine, glicosurici)

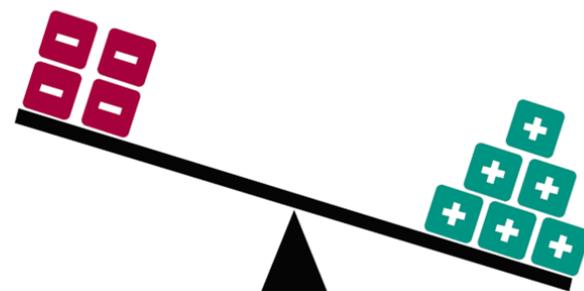
Empagliflozin (Jardiance)
Canagliflozin (Invokana)
Dapagliflozin (Forxiga)
Ertugliflozin (Steglatro)



SGLT2 Inhibition Reduces Renal Glucose Reabsorption



Panoramica degli effetti sfavorevoli e favorevoli di SGLT2i nei pazienti con diabete di tipo 2



Unfavourable effects

1. Genital infections
2. Diabetic ketoacidosis
3. Amputations
3. Fractures

Favourable effects

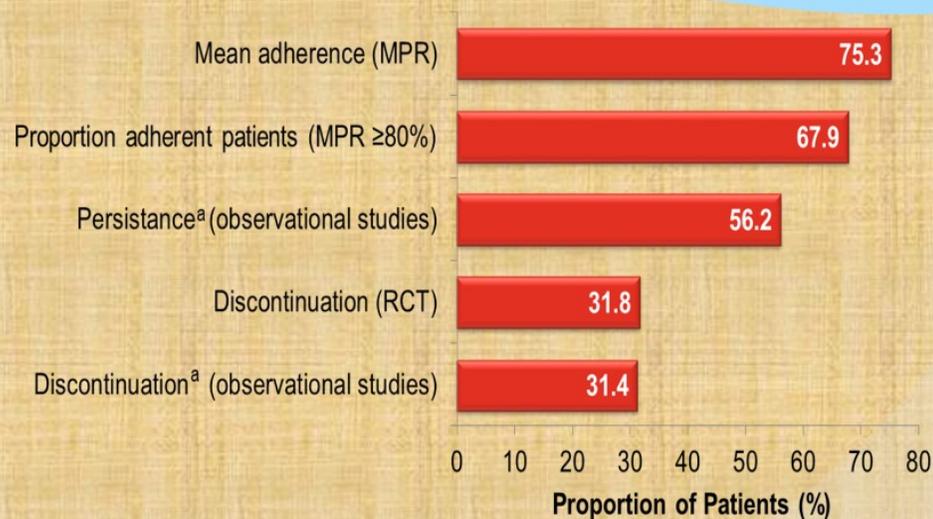
1. Prevention of heart failure
2. Preservation of renal function
3. Reduction in major adverse cardiovascular events
4. Reduction in blood pressure
5. Weight loss
6. Improvement in glycaemia

GESTIONE DEGLI EFFETTI COLLATERALI

- ▶ Semicupi frequenti.
- ▶ Abbondante idratazione.
- ▶ Medicamenti a seconda dell'evoluzione della lesione:
 1. Eosina nei casi di flitteni o lesioni superficiali,
 2. Fitostimoline per riepitelizzare la cute lesa,
 3. Gel a base di O₂- soprattutto in caso di vaginiti.
- ▶ Frequente controllo degli AAlI.
- ▶ Controllo dei chetoni.

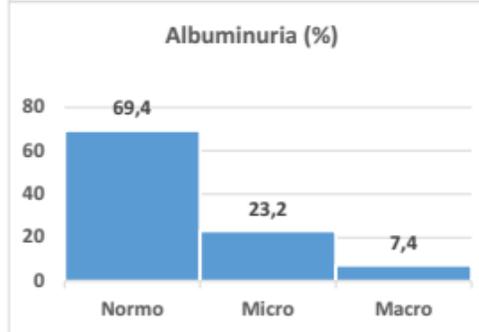
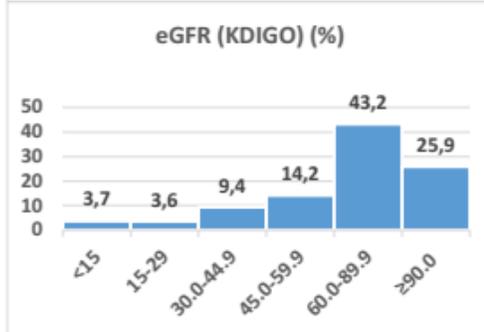
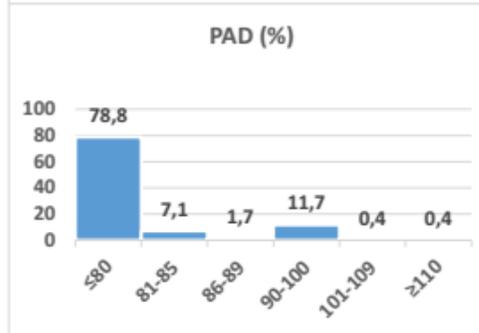
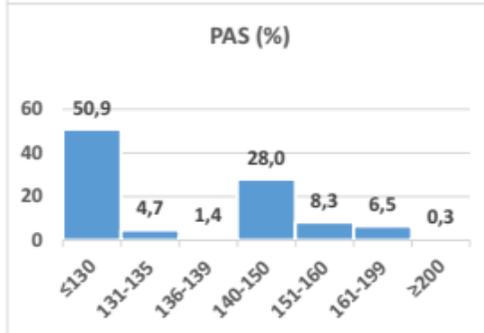
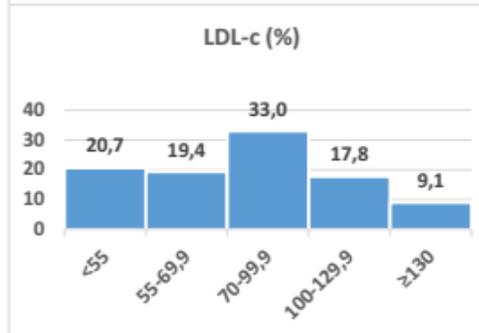
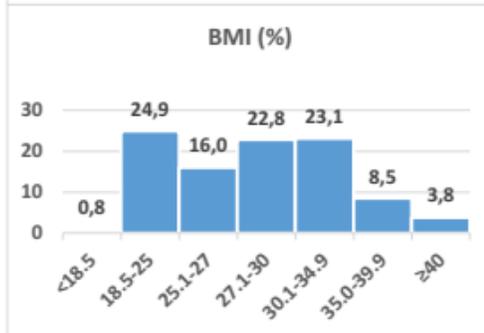
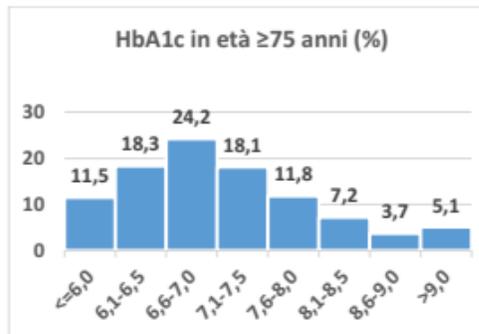
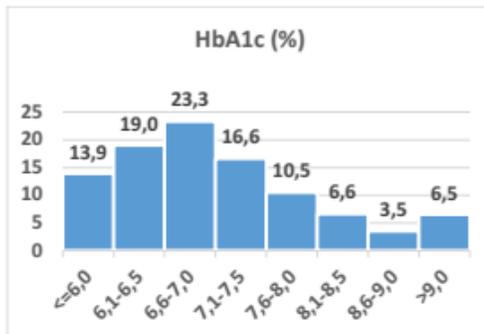
Adherence to OADs in Patients With T2DM

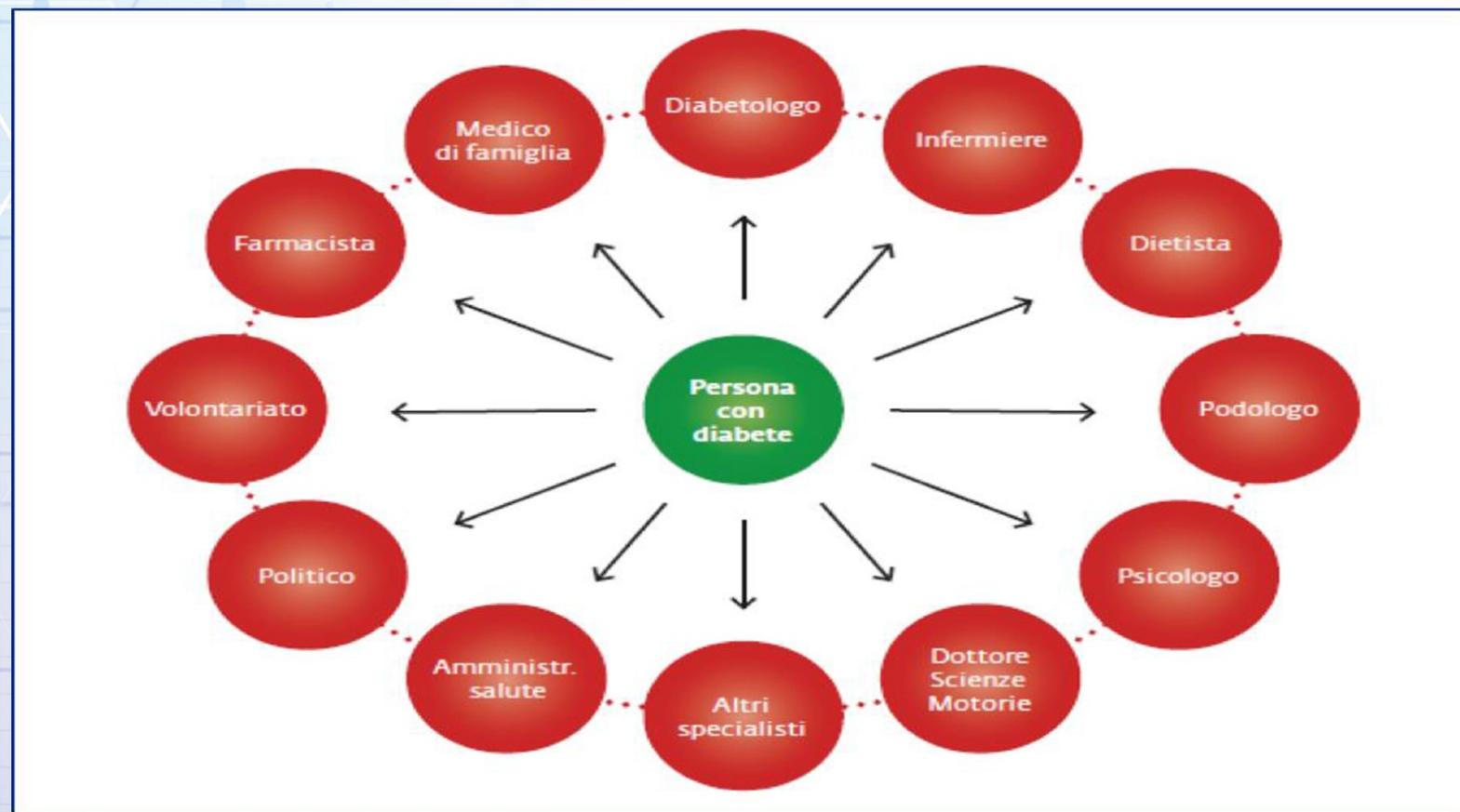
A systematic review and meta-analysis (where possible) of studies reporting adherence, persistence, and discontinuation in patients with T2DM prescribed OADs included 34 studies



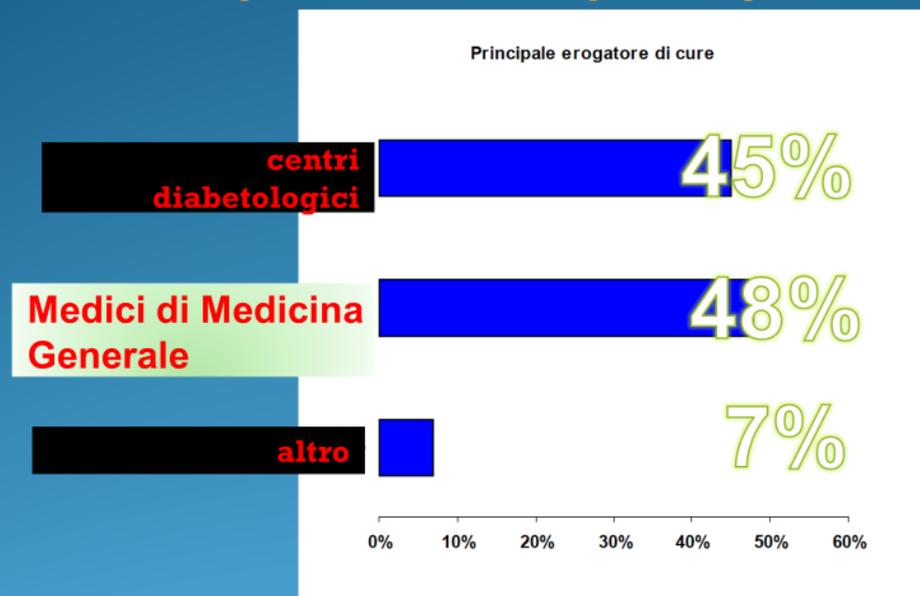
^aNot assessed by meta-analysis because of a limited number of studies.
ghy K, et al. Curr Med Res Opin. 2016;32(10):1916-1926.
RCT = randomised controlled trial.

Distribuzione in classi dei principali parametri clinici





Distribuzione pazienti tra i principali erogatori di cure



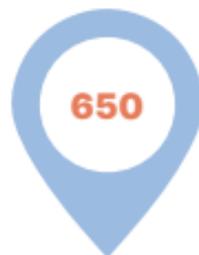
Fonte: Rapporto Regionale Studio QUADRI

**Migliore organizzazione
dell'assistenza sanitaria**

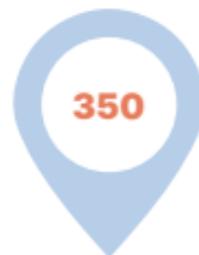
Dr. Luca Lione



SPECIALISTI IN
ENDOCRINOLOGIA/
DIABETOLOGIA CHE
OPERANO DA DIABETOLOGI



PUNTI DI EROGAZIONE
SPECIALISTICA
(CENTRI E AMBULATORI
DI DIABETOLOGIA)



CENTRI DIABETOLOGICI
(PRESENZA DEL TEAM
MULTI-PROFESSIONALE)



AMBULATORI
(DIABETOLOGO SINGOLO)



**L'ASSISTENZA
SPECIALISTICA**

Ha mostrato una
riduzione del 19%
della mortalità per
tutte le cause nelle
persone con diabete

Permette l'**accesso**
all'innovazione
farmacologica
e alla tecnologia per
monitoraggio e cura

Consente una maggiore
aderenza alle
linee guida per
il monitoraggio
della malattia

CRITICITÀ NELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

DISUGUAGLIANZA

Solo il **30%** delle persone con diabete riceve anche **assistenza specialistica**. Solo una parte minoritaria dei pazienti che accedono alle strutture diabetologiche riceve consulenza da parte dei dietisti e ha accesso a percorsi di educazione terapeutica.

ETEROGENEITÀ

L'**accesso** all'assistenza specialistica risulta **variabile** sia **tra regioni** che all'interno delle stesse, e si rileva una distribuzione subottimale delle strutture diabetologiche.

SPECIALISTI ISOLATI

I singoli Specialisti ambulatoriali, che operano in assenza di Team multi-professionali, non riescono a erogare un'assistenza completa e incisiva.

POCA INTEGRAZIONE

In assenza della necessaria integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale, gli outcome di salute peggiorano e si fanno più ricorrenti e minacciose le complicanze.

CARENZA DI RISORSE UMANE

Anche laddove siano presenti centri multi-professionali, questi non sempre sono nelle condizioni di garantire adeguati volumi di assistenza (visite della giusta durata, presa in carico di tutti i pazienti).

NOTA AIFA 100 - Prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2

Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota AIFA

INIBITORI SGLT2

- canagliflozin
- dapagliflozin
- empagliflozin
- ertugliflozin

AGONISTI RECETTORIALI GLP1

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

INIBITORI DPP4

- alogliptin
- linagliptin
- saxagliptin
- sitagliptin
- vildagliptin

ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE

- canagliflozin/metformina
- dapagliflozin/metformina
- empagliflozin/metformina
- empagliflozin/linagliptin
- ertugliflozin/ metformina
- saxagliptin/dapagliflozin
- degludec/liraglutide
- glargine/lixisenatide
- alogliptin/metformina
- alogliptin/pioglitazone
- linagliptin/metformina
- saxagliptin/metformina
- sitagliptin/metformina
- vildagliptin/metformina

La presente Nota AIFA ha l'obiettivo di definire, sulla base delle principali evidenze disponibili, i criteri di prescrivibilità e di rimborsabilità da parte del SSN degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1 e degli inibitori del DPP4 nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato (emoglobina glicata -HbA1c- superiore a 53 mmol/mol o 7.0%).

La prescrizione a carico del SSN deve avvenire nel rispetto delle indicazioni contenute nella Nota e prevedere la compilazione della **Scheda di valutazione e prescrizione (All.1)** da parte dei Medici di Medicina Generale o degli Specialisti secondo quanto riportato nella tabella sottostante.

Prescrittori	Farmaci
Tutti i MMG e gli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni [^]	<u>Inibitori SGLT2 (SGLT2i)</u> (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con agonisti recettoriali del GLP1 o con inibitori del DPP4)
	<u>Agonisti recettoriali GLP1 (GLP1-RA)</u> (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)
	<u>Inibitori DPP4 (DPP4i)</u> (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)
Esclusivamente specialisti del SSN che operano in strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del diabete mellito	Le associazioni fisse o estemporanee di: <ul style="list-style-type: none"> - inibitori del SGLT2 + inibitori del DPP4 - inibitori del SGLT2 + agonisti recettoriali del GLP1 (in associazione o in alternativa ad altri farmaci antidiabetici)

[^]può prescrivere chi è autorizzato dalle Regioni ad accedere al sistema Tessera Sanitaria per la Scheda di valutazione e prescrizione.

Pazienti in controllo glicemico inadeguato

NOTA AIFA 100 cosa cambia (versione del 25 gennaio 2022)

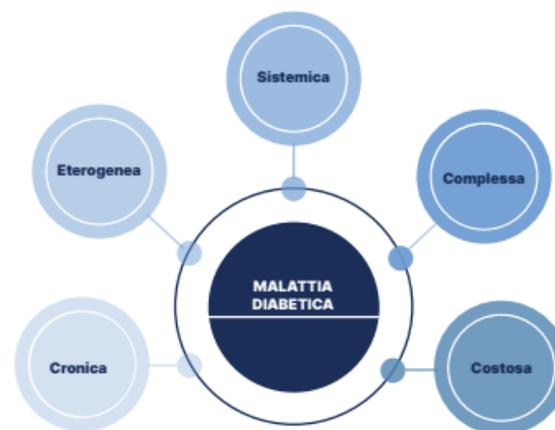


www.aemmedi.it



www.siditalia.it

Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR



Stati generali sul diabete 2024

•
INTEGRARE, POTENZIARE
E RAZIONALIZZARE
L'ASSISTENZA ALLA
PERSONA CON DIABETE

•
TUTELARE I DIRITTI
DELLE PERSONE
CON DIABETE

•
ADOTTARE EFFICACI
STRATEGIE DI
PREVENZIONE PRIMARIA
E SECONDARIA

•
GARANTIRE IL PIENO
ACCESSO ALLE CURE
E AI TRATTAMENTI



Intergruppo Parlamentare
Obesità, Diabete e NCDs

Villa Mondragone - Università di Roma Tor Vergata
Monte Porzio Catone - Roma 14 Marzo 2024

1 Potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali



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



3 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)



5 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



6 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



Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE N. 2
SAVONESE

Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali

S.C.

DIABETOLOGIA E

una esperienza di gest

Autori: L. Lione, GL. Bocchio

C. Agosti.



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE N. 2
SAVONESE

Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali

S.C. Medicina di Base e Specialistica

DIABETOLOGIA E MEDICINE DI GRUPPO:

DATI SUL COMPENSO GLICOMETABOLICO DI PAZIENTI SEGUITI

IN GESTIONE CONDIVISA SUL TERRITORIO DA 2 ANNI

Autori: L. Lione, GL. Bocchio, E. Bosco, G. Massazza, D. Dessì, C. Agosti.

La sperimentazione

Vi partecipano :

3 gruppi di MMG di tre differenti comuni della riviera ligure di ponente.

In ogni centro sono presenti oltre ai MMG, le infermiere e le segretarie.

CENTRO	PAZIENTI	MEDICI	PERSONALE
FINALE LIGURE	8.500	6	3
LOANO	12.000	9	4
PIETRA LIGURE	10.500	10	4

Una strategia per limitare parte degli accessi impropri è , per i pazienti diabetici tipo 2 seguiti dal MMG, di effettuare direttamente tra diabetologo e MMG le seguenti prestazioni:

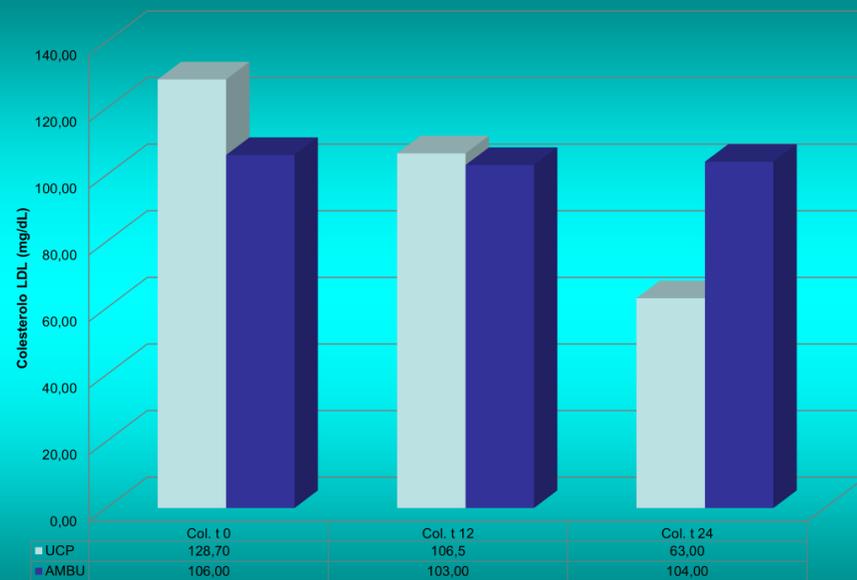
1. Rinnovo annuale dei Presidi terapeutici (PP).
2. Rinnovo annuale dei Piani terapeutici (PT).
3. Concessione Esenzione ticket per patologia all'esordio (ET).

Per i pazienti diabetici tipo 2 in buon compenso e in mediocre compenso nelle visite successive:

Discussione diretta di **Casi Clinici Condivisi (CCC)** usando la cartella informatizzata adottata dai MMG .

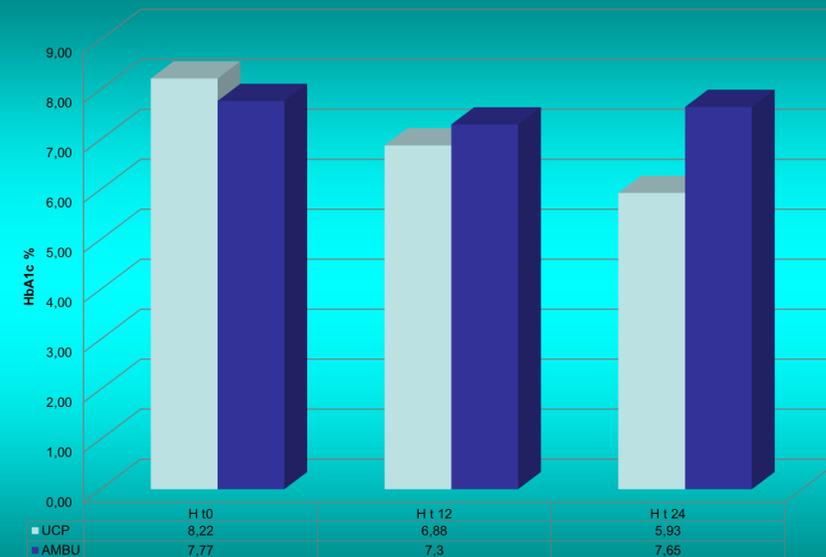
Il progetto è stato approvato nell'ottobre del 2008 ed ha avuto inizio nel dicembre dello stesso anno con una durata iniziale prevista di 12 mesi.

Colesterolo LDL nei 2 anni



Dr. Luca Lione

HbA1c nei 2 anni



Dr. Luca Lione

Infermiere di Famiglia e Comunità nel Distretto delle Bormide



Settembre 2018 –
agosto 2019
sviluppo progetto
sperimentale

Agosto 2018
accoglimento della
nuova modalità
assistenziale e
definizione gruppo di
lavoro

Settembre 2019
start distretto delle
Bormide

Ottobre 2020 da progetto
a pratica clinica distretto
Bormide

Dicembre 2020
implementazione IFeC
Distretto Savonese
(Sassello)

Aprile 2021
implementazione IFeC
distretti Finalese e
Albenganese

Asl 2
Tutti e 4 i distretti
operativi Bormide,
Savona, Finale,
Albenga



IFeC

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che direttamente sul territorio, nell'ambito familiare e sociale territoriale, fornisce ai cittadini gli strumenti assistenziali utili a sostenere la persona fragile durante la malattia o la disabilità cronica. E' responsabile della gestione della salute, degli stili di vita e dei fattori di rischio dei cittadini attraverso interventi proattivi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria con l'adattamento alla malattia ed alla disabilità cronica

OBIETTIVI

Intercettare e prevenire i bisogni di salute

Ridurre i ricoveri impropri

Favorire la deospedalizzazione

Assicurare l'efficacia dei piani terapeutico-assistenziali

Supportare la famiglia e migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di riferimento.

Assistere l'utente al suo domicilio, in famiglia, nella sua vita quotidiana, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale e tutti gli altri professionisti impegnati nel percorso assistenziale.

La gestione del paziente condivisa fra MMG, specialista territoriale, infermieri di comunità (IFEC) rappresenta una necessità al fine di migliorare la gestione di queste terapie:

- Modalità di assunzione
- Controllo e trattamento degli eventuali effetti collaterali
- Mantenimento della terapia
- Educazione continua sullo stile di vita di paziente

Fondamentale risulta l'educazione terapeutica che dovrebbe:

- partire dallo specialista
- rafforzarsi con il MMG
- trovare nei casi necessari il supporto e la continua verifica ed assistenza a domicilio con le IFEC

ELEMENTI PORTANTI





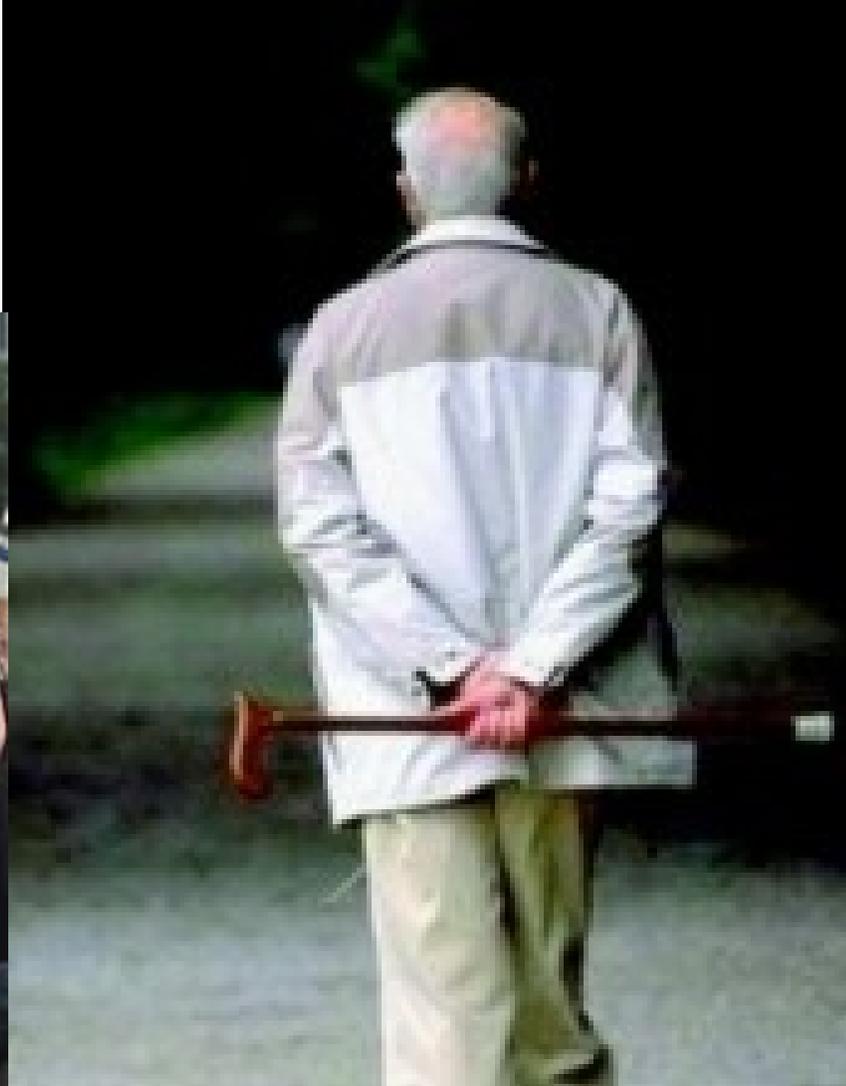
Caratteristiche tecniche dei prodotti attualmente disponibili per assistenza a distanza (e/o telemedicina) in diabetologia

Televisita. È un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita il medico può essere eventualmente assistito da un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito.

Teleconsulto. Il Teleconsulto è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.

Telecooperazione sanitaria. La Telecooperazione sanitaria è un atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Il termine viene anche utilizzato per la consulenza fornita a quanti prestano un soccorso d'urgenza.

La Televisita e la Telesalute rappresentano un'opzione concreta, fattibile e sicura, per il controllo a domicilio di tutte le patologie croniche non riacutizzate o che richiedano trattamenti di lungo periodo, normalmente gestiti in parte o del tutto da servizi territoriali o da strutture residenziali quale è il diabete mellito.



DOPO

**Diabetic, old patient,
over-standard**

CONCLUSIONE

E.....

Buon lavoro



Dr. Luca Lione



Grazie per l'attenzione

