

Rivoluzione nella cura del diabete

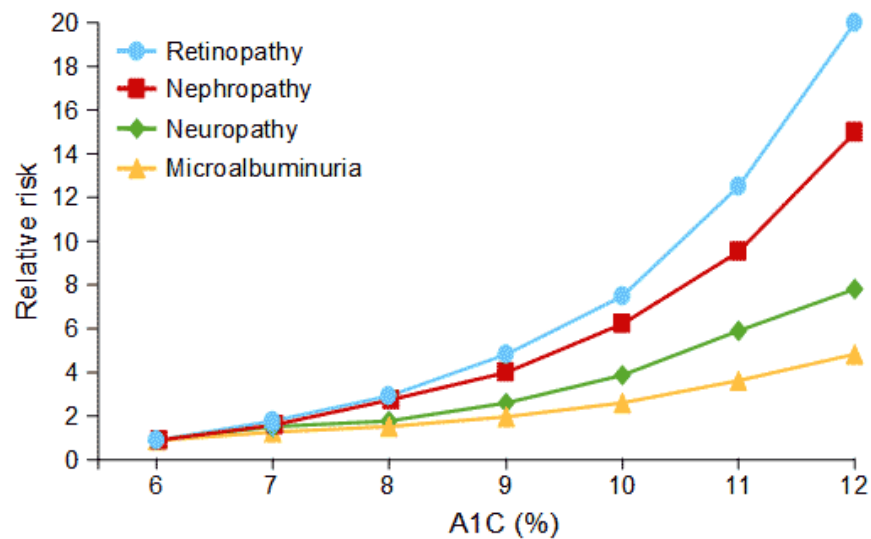


Nei primi anni
'80 del XX
secolo

Sviluppo di tecniche pratiche ed affidabili per la misura della glicemia capillare.

Misurazione sempre più
pratica (riduzione del volume ematico e dei tempi di lettura),
affidabile (per la riduzione delle variabili legate all'operatore)
comunicabile (memorizzazione dei risultati, possibilità di link con computer)

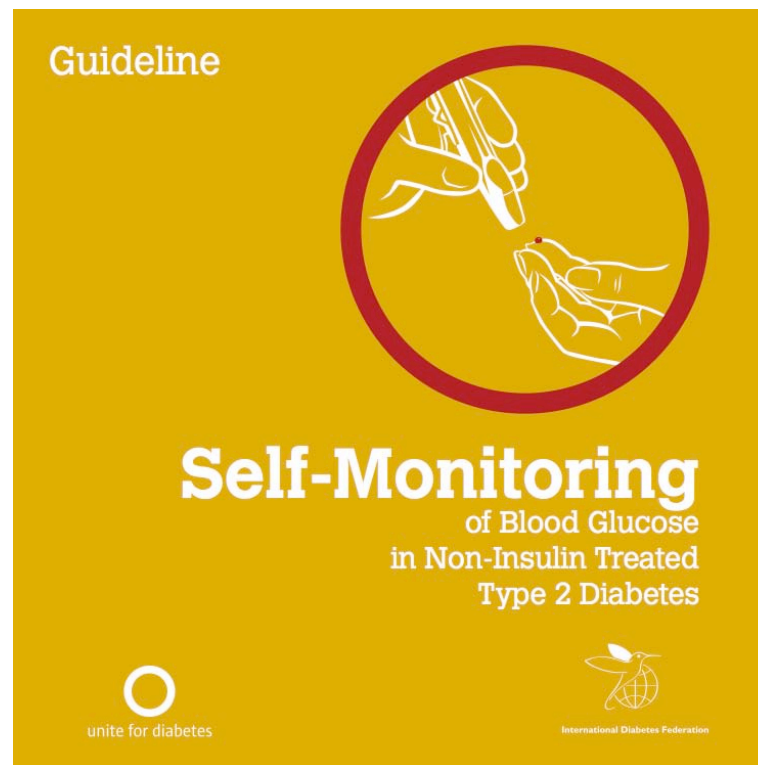
Strumento terapeutico che si affianca alle terapie farmacologiche vere e proprie



Correlazione diretta e significativa fra l'utilizzo delle 'strisce' e il compenso glicemico.

Già con una sola striscia al giorno la riduzione media dell'emoglobina glicata è stata dello 0,7%

L'autocontrollo è uno **strumento terapeutico di comprensione e monitoraggio**
sia per il paziente che per il medico



AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE

Paziente e team di cura lavorano per ottenere obiettivi concordati, attraverso modifiche dello stile di vita e titolazione dei farmaci.



subito!AMD
Self-Monitoring Behavioral and Drug
Responsive Treatment for Optimal Control

Strumento terapeutico

Necessario che i soggetti diabetici e gli operatori sanitari abbiano:

la conoscenza,

la capacità

la disponibilità

adeguate per integrare il monitoraggio con le correzioni della terapia

Strumento terapeutico

Differenziazione del ruolo dei componenti dei team rispetto alla prescrizione/addestramento/uso critico dei risultati,

Consapevolezza delle caratteristiche di accuratezza e ripetibilità del dato fornito dallo strumento,

Personalizzata del SMBG e degli strumenti per realizzarlo in modo efficace,

Corretta valutazione dei risultati

Comprensione di errori

NEI PAZIENTI INSULINOTRATTATI



Raccomandazioni sull'uso e la periodicità dell'autocontrollo

Si individuano le seguenti classi di pazienti in funzione della terapia:

- 1) Terapia insulinica intensiva
- 2) Terapia insulinica convenzionale o mista
- 3) Terapia ipoglicemizzante orale con farmaci secretagoghi
- 4) Terapia dietetica e/o con farmaci insulino-sensibilizzanti

RACCOMANDAZIONI IN RELAZIONE ALLE CLASSI SU ESPOSTE

Classe 1	<p>a) di regola 4 controlli/die in condizioni routinarie</p> <p>b) numero illimitato in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto</p>
Classe 2	<p>a) numero di controlli quotidiani pari al numero di iniezioni + 20% in routine</p> <p>b) numero illimitato in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto</p>

Although the use of SMBG is recommended in T1DM and insulin-treated T2DM individuals, there is no analogous consensus on the utility of SMBG in people with non-insulin-treated T2DM ⁽¹⁸⁻²²⁾, mainly because of inconsistent results from randomized controlled trials as well as from observational studies.

Institute for Quality and Efficiency in Health Care

agenzia tedesca per la valutazione dell'efficienza dei servizi sanitari

No relevant trials were available on the majority of the pre-defined outcomes. This applied particularly to the following outcomes: hyperglycaemic-related symptoms, all-cause mortality, cardiac morbidity and mortality, cerebral morbidity and mortality, vascular non-cardiac and non-cerebral morbidity and mortality, blindness and retinal changes affecting sight, terminal kidney failure with dialysis required, amputation (minor and major amputations), inpatient treatment for any reason and hyperosmolar and ketoacidotic coma.

Conclusions

There is no proof of benefit of either SMBG or SMUG in patients with diabetes mellitus type 2 who are not receiving insulin. Furthermore, there is no proof of additional benefit of SMBG

Studio retrospettivo non randomizzato
“ Self-monitoring of blood glucose and outcome in T2DM
patients” (Studio Rosso)

Automonitoraggio associato ad una riduzione della morbilità anche in un
gruppo di pazienti non insulinotrattati.

Studio QuED

**Nei pazienti non insulinotrattati, l'automonitoraggio non induce
un miglioramento del controllo glicemico.**

Associazione tra automonitoraggio e stress

Poche informazioni rispetto alla scelta dei pazienti

Le persone che controllano regolarmente la glicemia,
hanno generalmente abitudini di self-care consolidate

Livello di educazione dei pazienti

Come il paziente valuta il risultato ottenuto

Durata degli studi



1974
ANNO DI FONDAZIONE



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Effetto positivo dell'automonitoraggio sull'HbA1c, in particolare in pazienti con T2DM inseriti in un programma educativo di gestione della malattia.



AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE

Guideline

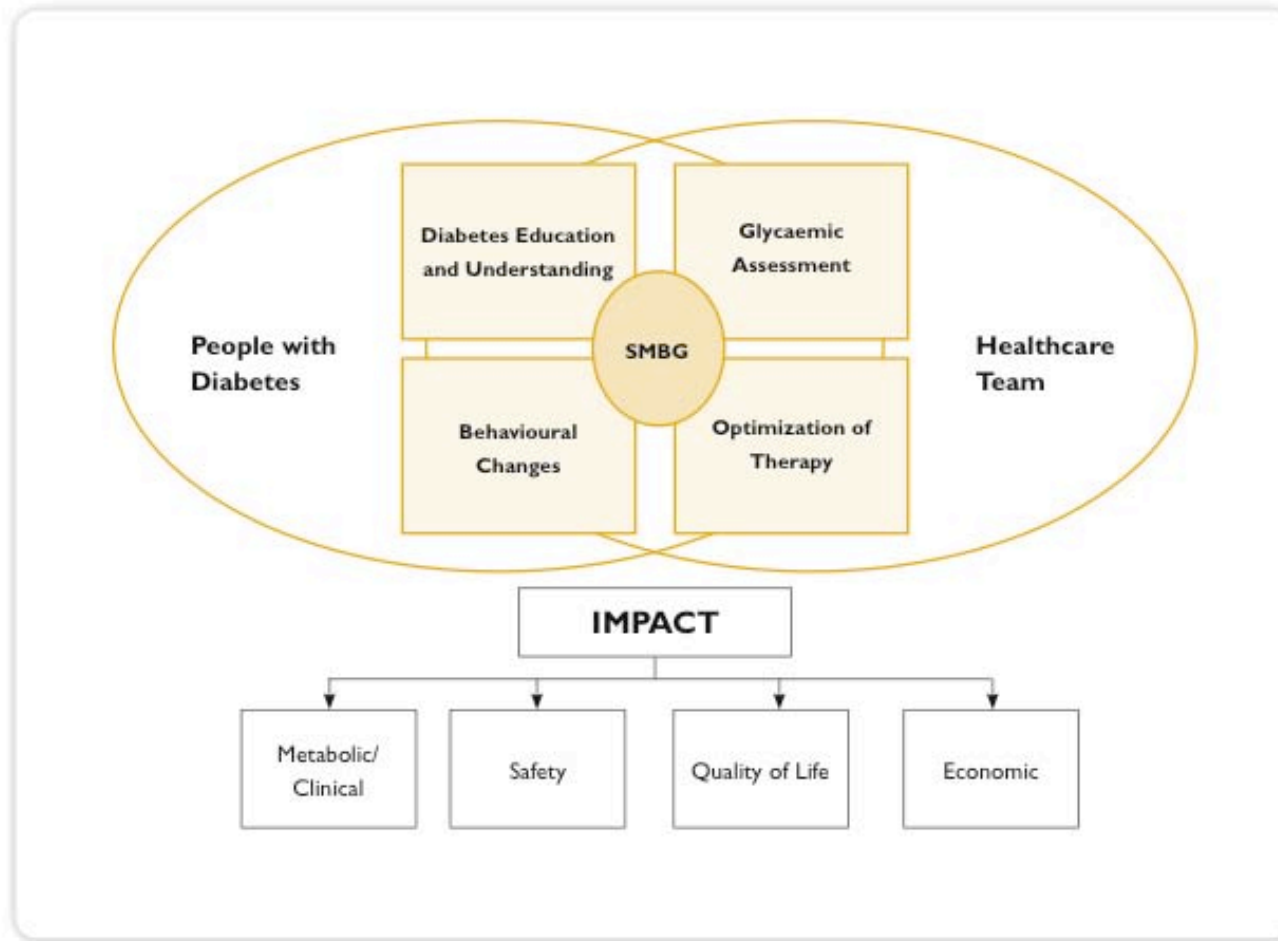


Self-Monitoring of Blood Glucose in Non-Insulin Treated Type 2 Diabetes

unit4 diabetes



SMBG as a Component of the Education/Treatment Programme



subito!AMD
Self-Monitoring, Behavioural and Drug
Therapeutic Treatment for Optimal Control

Storia autocontrollo domiciliare



Anni 50

scoppia la rivoluzione delle *striscia*, o *sticks*, o *strips*.

Anni 60

Dextrostix della Ames che, sotto una spessa goccia di sangue per un minuto di reazione e poi lavato sotto acqua, sviluppa colori dal giallo chiaro al grigio, al blu, indicano glicemie comprese tra 0 e oltre 250 mg per decilitro

Storia autocontrollo domiciliare



Anni 70 Dalla letteratura buona correlazione dei valori di glicemia letti al riflettometro con quelli determinati in laboratorio

Anni 80 Il costo assolutamente basso e la disarmante semplicità d'uso facilitano la diffusione del Rapidgluco (e del pungidito originale *Pungiglucio*) tra diverse centinaia di diabetici, sia insulino-dipendenti che non. **Con questo apparecchio si è potuto realizzare il primo tentativo italiano di autogestione del diabete** (Silvia Gamba, Patrizia Barolo, Mario Campana, Giorgio Grassi, Thomas Winkler).

Storia autocontrollo domiciliare

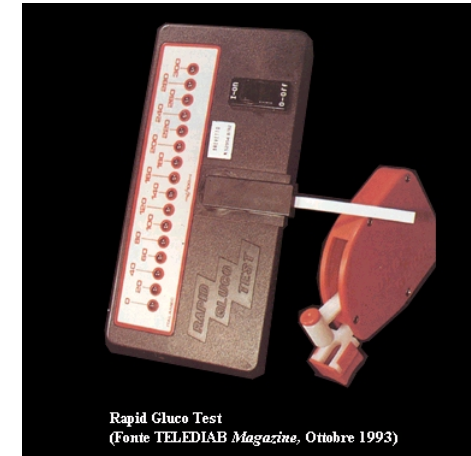
**Ann Osp Maria Vittoria Torino. 1984 Jan-Jun;27(1-6):
3-41.**

**Education of the diabetic patient: 10-year experience
at the Karen Bruni Center**

**Bruni B, Blatto A, Barbero PL, Barolo P, Campana M,
Carlini M, Castellazzi R, Gamba Ansaldi S, Grassi G,
Winkler T.**

Abstract

On the basis of a ten year experience, new behavioural and philosophical approaches to the education of insulin-dependent diabetic patients are proposed by the Karen Bruni Diabetes Center of Turin. Conceptual and methodological revisions of conventional programs should be tried out.





ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE

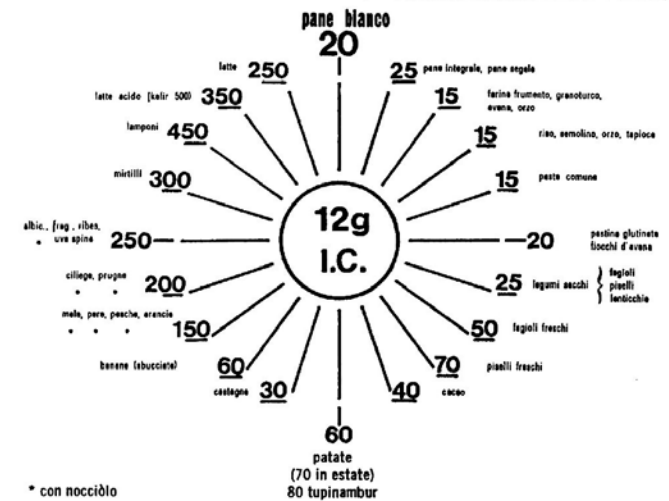
Ospedale Maria Vittoria

Sezione Malattie del Ricambio

NOME	URINA										SANGUE				ALIMENTAZIONE										INSULINA	Altri Medicamenti	Peso						
	Q	Δ	pH	Albumina	Zuccheri	Uyl.	%	gr.	Acetone	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				17	18	19	20		
29	4000			0.1	+	8	32																									160	68 da Atanghera latte
30	4000			0.6	+	6	24																									160	68 da
31	4100				+	4	44																									160	68 da
1/6	4000			+0.3																												160	68 da
2	4400			±																												160	68 da
3	4600			±																												160	68 da
4	4700				+	5	44																									160	68 da
5	4900			+0.6	+	3	44																									160	68 da

12

TABELLA DEGLI EQUIVALENTI
in grammi (arrotondati)



* con nocciolo

14





Una lezione di Margherita Silvestri Lapenna, nel 1952, sull'autocontrollo della glicosuria. Alcuni cartelloni sono ora al Museo del Diabete de Torino



Concessi ai diabetici i piaceri della gola

Domani sabato, 30 novembre a domenica 1° dicembre, nel salotto di via Roma 260, a cura della sezione piemontese dell'Associazione italiana diabetici (AID), si terranno due serate. La prima, sabato, parlerà brevemente sul diabete, parlerà brevemente sui problemi psicologici del diabetico. Domenica, alle 11, nel salotto di via Roma 260 in Grottoessa di Susa, diventerà la serata di...

STAMPA SERA

CITTADINA

Malati che chiedono autonomia nelle cure

Un curioso convegno: i diabetici si sono riuniti in associazione - Gli scopi sanitari ed economici - A Torino sono circa 9 mila - L'esempio è venuto dall'estero

La annunciata singolare assemblea dei diabetici ai è tenuta, ieri, nel salotto dell'istituto Richelieu ed un programma di azione è stato approvato, nonché da una maggioranza di medici, e dei medici per dominare, diabetici o medicinali, l'avvento di cui, se non abbia a scarse come per qualsiasi altro malattia. Anzi c'è da pensare che conosciuti ogni diabetico il rischio della speciale più minuziosa e prevenendo, come oggi è veramente possibile, abbia a compiere più di altri, che l'illusione di un'ipotesi azione integrale mai si assoggetti ad una revisione dei propri organi.

Cura di facilonia pratica per diabetici saranno tenuti periodicamente a Torino da medici specialisti competenti, nelle malattie del ricambio, con informazioni parziali sul modo vivente in rapporto al lavoro, ma quel che di

sincolamente interessante è scaturito dall'assemblea è stato il fatto di un emancipazione in fatto di cure. Ogni diabetico potrà, pertanto, sentirsi autonomo, nel limitare a fini da sé i controlli più semplici mediante la ricerca dello zucchero nell'urina, in base al quale valutare, in base al quale valutare, personalmente. Ciò naturalmente, dopo un avviamento terapeutico curato fatto dal medico, in base ad una valutazione completa del singolo caso, convalidata da periodici accertamenti.

Ma sono poi tanti i diabetici che rifiutano in associazione? Non si può che rispondere in modo affermativo. In Italia, le malattie che si al 15° posto per frequenza di tali ammalati fra gli altri Paesi europei sono all'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.), probabili mente la percentuale (di 0,66 ogni cento abitanti) segnalata dall'ultimo censimento di questo anno fa aumentata, corrispondentemente ad un aumento progressivo segnalato in tutto il mondo, che in Europa ospita oltre ventimila milioni di diabetici. Negli Stati Uniti, che vantano una forte associazione di tali malati, la frequenza raggiunge il 2,577; mentre la percentuale secondo alle 0,18 in Giappone. Quanto in Italia Torino appaia di confronti alla cifra del suo numero di 250.000 diabetici d'Italia non si sa con certezza. Un calcolo approssimativo fa pensare che siano necessari i termini in grado di fessori nel ricambio degli zuccheri, cioè affetti da sei più affamature di glicemia alta e diabetici veri e propri. Quanti determinano ogni azione dell'associazione nazionale?

Indichiamone un sodalizio di cui potremmo più incrementare anche l'elenco di avvenimento presso del mio fra quanti non se ne sospettano candidati, ad che si sappia che certi precisi ostacoli, certi piccoli ostacoli, taluno troppo banali, certe circostanze di fatto, una certa abitudine individuale, un aspetto formidabile, una consuetudine abbondante di alimentazione di liquidi, possono essere aiutati, finché se non sono di un'altissima malattia diabetica, che sia sempre meglio profilassere al suo inizio, perché meno tolosa sia in seguito la prevenzione delle sue complicate azioni. Ed a proposito di questi gli insegnamenti che l'associazione ha in fatto di dare servivano ad evitare non più strane ma ben studiate concomitanze fra diabete e cardiopatia, ad esempio, sia per un'insufficienza di cura, sia per quanto paradossale sembra l'avvicinamento, per troppa cura, o meglio per una terapia non correttamente controllata.

L'affievolimento associativo dei diabetici, a scopo sanitario ed economico, assume, dunque, anche un aspetto sociale individuale: ne andremmo accudire i progressivi sintomi riuniti al congresso che nel prossimo agosto terrà a Torino l'associazione internazionale, che ha sede centrale in Olanda.

I malati di diabete riuniti in assemblea

Stamane avranno a Torino una strana assemblea, una riunione di ammalati, che pure osserva taluno opposti di escludersi la vita e vogliono mettere in luce associative perché questa vita sia la più buona possibile o proprio la meglio produttiva. Si tratta dei diabetici, che anno a trent'anni addietro non passavano contano che un riccio ad ogni per anno: to; perché non accorrendo dire opposizione se poi si può quanto lo stesso profumamento di questo fosse perennato andavano incontro a quei seri, a minuziosità sulla da, accorrendo di fronte ad un'agibilità esiguo di qualche interesse intrinseco, per finale successo, l'insulina è stata, in sofferia che anno da tutta la salute. Ma la terapia non è a carattere definitivo, così come un'altra fa recuperare una piccolità ad un'età. Bisogna, quindi, che il diabetico, per essere come gli altri, continui in cura, sotto controllo periodico: il che comporta oneri individuali, per cui la società interviene in certi limiti. Neovvero, pertanto, un sodalizio fra diabetici, per occuparsi loro cura, praticare loro necessità, tenersi al corrente con nuovi ritrovati, aiutarli nei ricami del lavoro, guidarli verso, dattati, associazioni nazionali ed internazionali, con alcuni di cui, con. L'essenziale di rimane, che ad ogni azione di noi, del fatto dell'istituto Richelieu, via Molin, ex: via San Donato, sarà in fondo la prima riunione ufficiale, dopo la creazione delle sezioni territoriali dell'Associazione Italiana.

Prima assemblea dei diabetici Torinesi alle 10, all'istituto Richelieu, via Molin, ex: via San Donato, sarà in fondo la prima riunione ufficiale, dopo la creazione delle sezioni territoriali dell'Associazione Italiana.

Stampa Sera
4/11/52

Ruolo “passivo” nei confronti delle decisioni del medico



RELAZIONE ATTIVITA'- PASSIVITA'

la relazione è paragonata a quella esistente tra la figura materna e il figlio neonato, quest'ultimo dipende in tutto e per tutto dalla persona che lo accudisce e che provvede a tutti i suoi bisogni fisiologici e psicoaffettivi

Compliance

Determinazione unilaterale dell'atto terapeutico e osservanza delle prescrizioni mediche da parte del paziente

Automonitoraggio:

strumento terapeutico

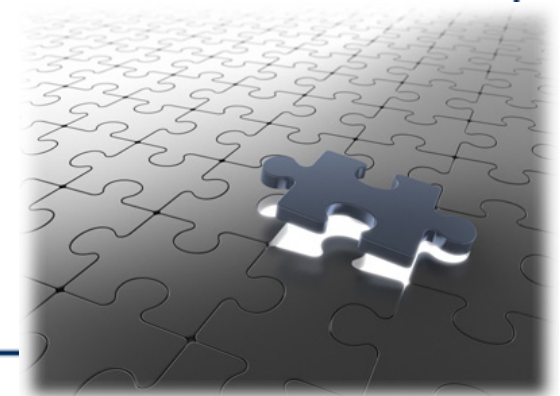
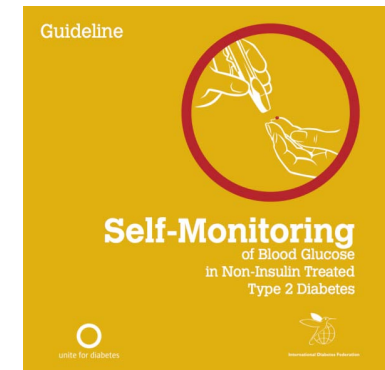
AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE

SMBG should also be considered as part of ongoing diabetes self-management education to assist people with diabetes to better understand their disease and provide a means to actively and effectively participate in its control and treatment, modifying behavioural and pharmacological interventions as needed, in consultation with their healthcare provider.



AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE

I ruoli

MEDICO

Consulente esperto,
Ruolo di "potere"
mette le sue competenze
scientifiche a disposizione del
sulla vita del
paziente
malato affinché questi le utilizzi
per curarsi meglio

Facilitatore, aiuta il
paziente a imparare a vivere con
la sua malattia

PAZIENTE

Ruolo "attivo"
Ruolo "passivo" nei
deve assumersi la
responsabilità di gestire ed
esercitare in prima persona il
controllo sulla propria malattia
**confronti delle
decisioni del medico**

Acquisendo:
Conoscenze, abilità, nuovi
comportamenti



Il paziente e il curante prendono decisioni, condividono potere e responsabilità

MUTUA PARTECIPAZIONE

è il rapporto che si stabilisce tra due adulti maturi, che collaborano l'uno con l'altro, si scambiano informazioni e utilizzano ciascuno le proprie competenze per raggiungere un obiettivo comune: il medico sa quali sono le opzioni terapeutiche e ne informa il paziente, il quale a sua volta conosce la sua situazione di vita e i limiti e le possibilità a essa legate.

MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

DIALOGO MEDICO-PERSONA CON DIABETE

Per realizzare un'efficace gestione del diabete è indispensabile che il medico curante e il gruppo multidisciplinare di riferimento conoscano non solo gli aspetti bio-medici ma anche quelli psicologici, relazionali e sociali della persona, le sue percezioni, le sue aspettative, i suoi bisogni, gli ostacoli ed integrino tali elementi nel piano assistenziale.

Allo stesso modo, deve essere garantito alla persona con diabete un contesto nel quale esprimere le proprie opinioni e riferire la propria condizione.



Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione

Associazione
diabete Italia



6/14/84

STAMPA SERA

CITTADINA

Malati che chiedono autonomia nelle cure

Un curioso convegno: i diabetici si sono riuniti in associazione - Gli scopi sanitari ed economici - A Torino sono circa 9 mila - L'esempio è venuto dall'estero

La annunciata singolare assemblea dei diabetici si è tenuta ieri nel teatro dell'attico. Richelmy ed un programma di azione è stato accettato approvato, nonché da una sagace conoscenza dell'evoluzione del loro malanno e dei mezzi per dominarlo: diete, insulina, medicinali, l'avvento di ciascuno abbia a scriverne come per qualsiasi altro malato. Anzi c'è da pensare che conoscendo ogni diabetico il rischio della speciale sua situazione e prevenendola, come oggi è veramente possibile, abbia a compiere più di altri, che il diabetico di sottile arte integrare mai ai sottoposti ad una revisione dei propri organi.

Corsi di istruzione pratica per diabetici saranno tenuti periodicamente a Torino da medici specialisti, con il ricambio, con informazioni particolari, nei moduli venuti in rapporto al lavoro, ma quel che di

singolarmente interessante è accaduto dall'assemblea è stato il sentito bisogno di un'organizzazione in fatto di cure. Ogni diabetico potrà, pertanto, sentirsi autonomo, sia imparando a far da sé i controlli più semplici mediante la rilevazione dello zucchero nell'urina, in base al quale valutare il fabbisogno della dieta o la necessità di ricorso all'insulina, lo scaldino imparerà pure a farsi personalmente. Ciò naturalmente, dopo un avviamento terapeutico valutato fatto dal medico, in base ad una valutazione completa del singolo caso, controllata da periodici accertamenti.

Ma sono più tanti i diabetici da riunire in associazione? Non si può che rispondere in modo affermativo. In Italia, la ragione che è al di là posto per migliaia di tali ammalati tra gli altri Paesi foci di cura all'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.), probabili-

mente la percentuale (di 0,56 ogni cento abitanti) segnalata dall'ultimo censimento di qualche anno fa, è aumentata, corrispondentemente ad un aumento progressivo segnalato in tutto il mondo, che in Europa ospita oltre venti milioni di diabetici. Negli Stati Uniti, che contano una forte associazione di tali malati, la frequenza raggiunge il 2,67%; mentre la percentuale scende allo 0,18 in Giappone. Quanto in Italia Torino appaia di contribuire alla cifra del non meno di 250.000 diabetici d'Italia non si sa con certezza. Un calcolo approssimativo fa presumere che siano parecchi i torinesi in corso grado di fessarsi nel ricambio degli zuccheri, così affetti da un più sfumato di glicemia alto di diabetici veri e propri. Quanti aderiranno alla azione dell'associazione nazionale?

Indubbiamente un sodalizio di tal genere può incrementare anche l'opera di avviamento, perché del malato fra quanti non se ne aspettano candidati, ma che di nulla che cura precisi obiettivi, come i comuni diabetici, talora troppo laboriose riattribuzioni di forze, una acce abitudine individuale, un appetito formidabile, ma concludibile abbondante eliminazione di liquidi, possono essere aiutati. Anche se non tiene conto di un'efficienza malata diabetica, che val sempre meglio profilarsi al suo inizio, perché meno tolosa sia in seguito la prevenzione delle sue complicità. Ed a proposito di questo, gli insegnamenti che l'associazione ha in fatto di dare servono ad evitare non più simili ma ben studiate concomitanze tra diabetici e ragionati, ad esempio, per un'incoscienza di cura, ecc. per quanto paradossale sembra l'avvicinamento, per propria cura, o meglio per una terapia non totalmente controllata.

L'atteggiamento associativo dei diabetici, a scopo sanitario ed economico, sembra dunque, anche un aspetto sociale notevole, se non tremo ancorare i progressivi benefici risultanti al congresso che nel prossimo agosto terrà a Londra l'associazione internazionale, che ha sede centrale in Olanda.



Compliance

Caratteristica di un corpo elastico
che può essere modellato a diverse forme
utilizzando una diversa forza

Compliance = deformabilità/forza

È possibile definire un paziente diabetico

“compliant”



“L'aderenza presuppone una collaborazione tra medico e paziente che conduce alla condivisione delle scelte terapeutiche e l'interiorizzazione delle prescrizioni mediche da parte del paziente”

(Meichenbaum e Turk, 1987).

Il paziente ha un ruolo attivo, decisionale e partecipativo nella gestione della sua salute/malattia.

(MG Albano ©2009)

Aderenza o Concordance

Presuppone l'**ALLEANZA** terapeutica e riconosce al paziente la capacità di prendere decisioni.

(MG Albano ©2009)



DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

RENDERE AUTONOMA LA PERSONA CON DIABETE (EDUCAZIONE TERAPEUTICA, EMPOWERMENT)

Nella cronicità il medico controlla e cura la malattia attraverso il paziente: la terapia più avanzata e costosa può diventare poco efficace se il paziente non è coinvolto nella gestione della malattia.

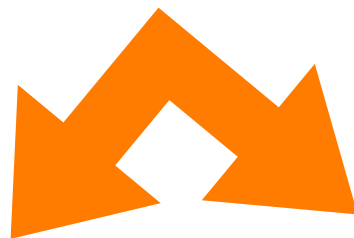
La persona con diabete è una risorsa ineludibile per ottenere il miglior risultato possibile. E' quindi indispensabile coinvolgerla nel processo di cura attraverso:

- una corretta informazione,
- la formazione all'autogestione della malattia;
- la condivisione del programma di cura;
- la disponibilità a comunicare, in modo strutturato.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, stimolare e formare i professionisti sanitari affinché essi coinvolgano, sfruttando ogni momento del processo di cura, tutte le persone con diabete nel processo di empowerment e di acquisizione di autonomia.

Apprendimento Formativo

Processo capace di produrre il cambiamento
nelle persone che lo sperimentano



cognitivo

comportamentale

Apprendimento nell'adulto



Nessuno apprende nulla se non è
motivato o incentivato

L'oggetto di apprendimento deve valere
la pena, deve essere **desiderabile**

L'oggetto di apprendimento deve essere
percepito **utile** a qualche scopo
personale

APPRENDIMENTO FORMATIVO

MOTIVAZIONE

Perché fare l'autocontrollo

ACQUISIZIONE ABILITA'

Come fare l'autocontrollo

Quando farlo

Quanto farlo

Come interpretare i dati

Perché fare il controllo domiciliare della glicemia



Come fare il controllo della glicemia



ETS

EDUCAZIONE
TERAPEUTICA
STRUTTURATA

4 autocontrollo

Consigli pratici per il paziente diabetico

DIARIO DELLE GLICEMIE

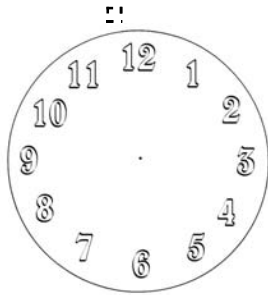
Glicemie capillari effettuate con Glucometro _____

A digiuno	2 ore dopo l'inizio della colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo l'inizio del pranzo	Prima di cena	2 ore dopo l'inizio della cena	Note
-----------	-------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------	------------------	--------------------------------------	------

data



Quando fare l'autocontrollo



Perché controllo la glicemia in particolari momenti della giornata?

La controllo prima dei pasti per capire quanta insulina devo fare

Glicemie capillari effettuate con Glucometro xxxyyyzzzz

A digiuno	2 ore dopo l'inizio della colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo l'inizio del pranzo	Prima di cena	2 ore dopo l'inizio della cena	Note
-----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------	------

Obiettivi glicemici pattuiti

data

X

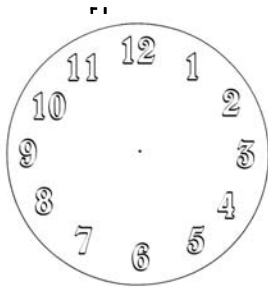
X

X

X

data

Quando fare l'autocontrollo



Perché controllo la glicemia in particolari momenti della giornata?

**La controllo 2 ore dopo avere mangiato
per capire se hanno funzionato le
compresse**

Glicemie capillari effettuate con Glucometro **xyyyyyyyzzzz**

	A digiuno	2 ore dopo l'inizio della colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo l'inizio del pranzo	Prima di cena	2 ore dopo l'inizio della cena	Note
Obiettivi glicemici pattuiti							
data		X	X		X	X	
data							



ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE

7-point profile

	Pre-Breakfast	Post-Breakfast	Pre-Lunch	Post-Lunch	Pre-Supper	Post-Supper	Bedtime
Monday							
Tuesday	X	X	X	X	X	X	X
Wednesday	X	X	X	X	X	X	X
Thursday	X	X	X	X	X	X	X
Friday							
Saturday							
Sunday							

5-point profile

	Pre-Breakfast	Post-Breakfast	Pre-Lunch	Post-Lunch	Pre-Supper	Post-Supper	Bedtime
Monday							
Tuesday							
Wednesday	X	X		X	X	X	
Thursday	X	X		X	X	X	
Friday	X	X		X	X	X	
Saturday							
Sunday							

Meal-based testing

	Pre-Breakfast	Post-Breakfast	Pre-Lunch	Post-Lunch	Pre-Supper	Post-Supper	Bedtime
Monday	X	X					
Tuesday							
Wednesday			X	X			
Thursday							
Friday							
Saturday					X	X	
Sunday							

'Staggered' SMBG regimen

	Pre-Breakfast	Post-Breakfast	Pre-Lunch	Post-Lunch	Pre-Supper	Post-Supper	Bedtime
Monday	X	X					
Tuesday			X	X			
Wednesday					X	X	
Thursday	X	X					
Friday			X	X			
Saturday					X	X	
Sunday	X	X					

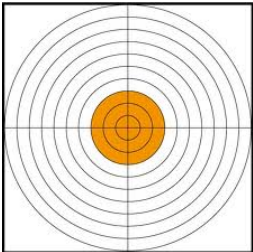


MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

ASPETTATIVE E RESPONSABILITÀ DELLA PERSONA CON DIABETE E DEI FAMILIARI

Indurre gli operatori sanitari a spiegare gli obiettivi terapeutici, verificandone sempre la comprensione, e a sviluppare schemi di cura (personalizzati, condivisi, esplicitati in forma scritta e orale) che indichino il trattamento da seguire abitualmente e il comportamento da tenere in eventuali situazioni di urgenza.

Avere un buon controllo significa modificare la storia del mio diabete: definisco l'obiettivo



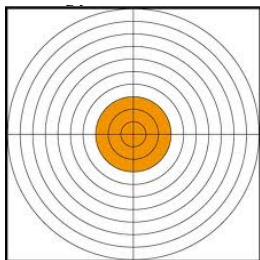
Perché controllo la glicemia in particolari momenti della giornata?

La controllo prima dei pasti per capire quanta insulina devo fare

Glicemie capillari effettuate con Glucometro xxxyyyzzzz

	A digiuno	2 ore dopo l'inizio della colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo l'inizio del pranzo	Prima di cena	2 ore dopo l'inizio della cena	Note
Obiettivi glicemici pattuiti	90		90		90		
data							
data							

Avere un buon controllo significa modificare la storia del mio diabete: definisco l'obiettivo



Perché controllo la glicemia in particolari momenti della giornata?

La controllo 2 ore dopo avere mangiato per capire se hanno funzionato le compresse

Glicemie capillari effettuate con Glucometro **xxyyyyyyzzzz**

	A digiuno	2 ore dopo l'inizio della colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo l'inizio del pranzo	Prima di cena	2 ore dopo l'inizio della cena	Note
Obiettivi glicemici pattuiti		16		16		16	
data		0		0		0	
data							

Acquisizione comportamento

capacità di mettere in atto il comportamento desiderato in un determinato ambiente

definire un modello di comportamento

(Controllare la glicemia capillare)

porre obiettivi specifici

(sapere quanta insulina somministrare)

mettere in atto il comportamento

valutare il feedback

(ho raggiunto l'obiettivo della glicemia prefissato)

ripetere il processo

A. Bandura – Apprendimento sociale

Vista la mia glicemia

considerando

Quanti CHO mangerò

Che tipo di CHO assumerò

L'attività fisica che farò

Le caratteristiche della pietanza che mangerò

Il mio fattore di correzione

Il rapporto I/CHO a questo pasto

agisco.....

Guideline



Self-Monitoring of Blood Glucose in Non-Insulin Treated Type 2 Diabetes



unite for diabetes

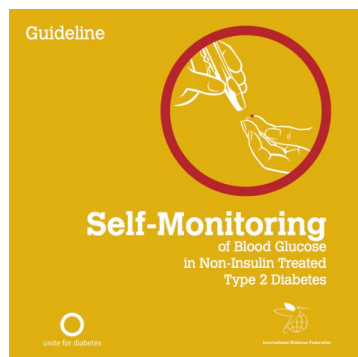


International Diabetes Federation

AUTOCONTROLLO: MOMENTO EDUCATIVO

Last updated October 23rd 2009.

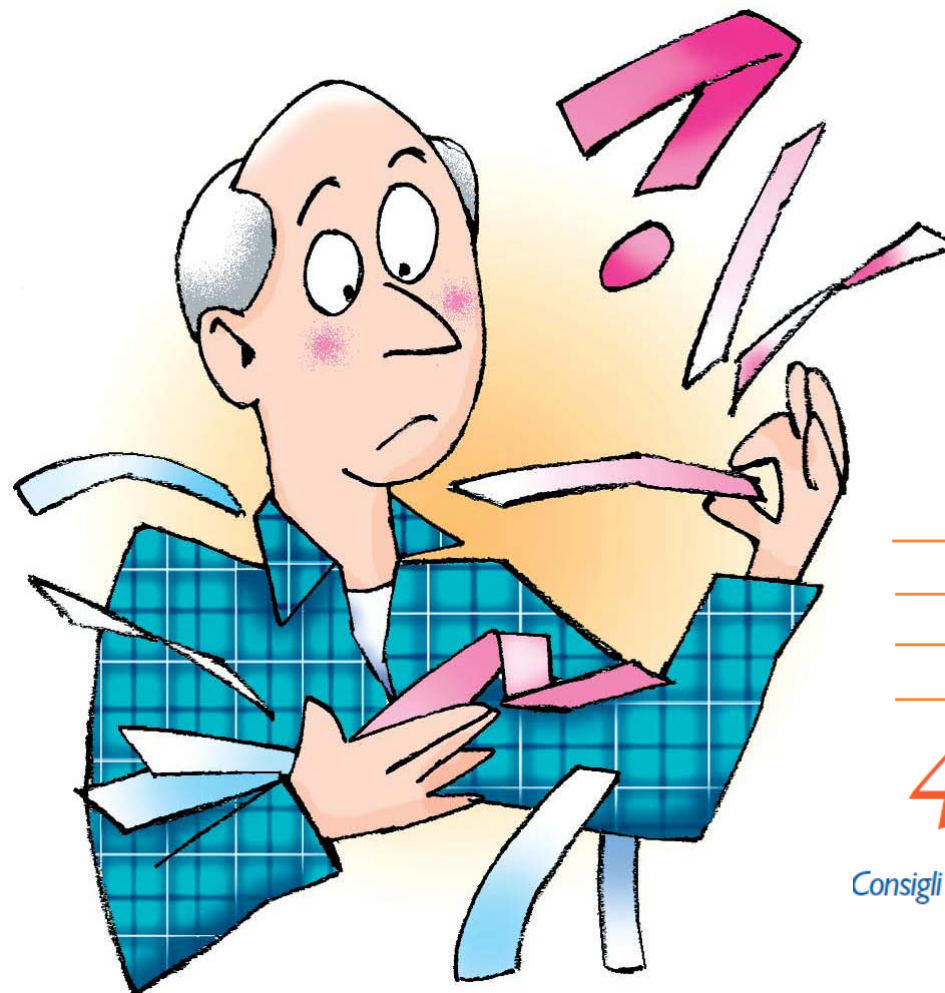
SMBG is that it provides immediate feedback to users. Thus, SMBG has the potential to actively involve people in the control of their diabetes milieu through improved problem-solving and decision-making skills which also applies to their healthcare providers. There is good evidence that programmes which focus on self-management and emphasize behavioural strategies lead to better clinical outcomes in diabetes and other chronic diseases (50-54).



Last updated
October 23rd 2009.

an instrument for objective feedback on the impact of daily lifestyle habits, special situations (illness, stress) and medication on glucose levels, and thereby to foster self-management and empower the individual to make the necessary changes, and support to the healthcare team in providing individually tailored advice about lifestyle components and blood glucose-lowering medication.

Come interpretare i dati



ETS

EDUCAZIONE
TERAPEUTICA
STRUTTURATA

4 autocontrollo

Consigli pratici per il paziente diabetico

Applicazione algoritmo da parte del paziente

	concarsi	esemploranea	risveglio	ore dopo colazione	di pranzo	ore dopo il pranzo	di cena	ore dopo la cena	prima di coricarsi
1	12	24	12	24	134	230	262	227	
2	12	22	10	22	149	125	114	185	
3	12	20	12	24	122	80	212	149	
4	12	22	12	24	208	185	205	162	
5	12	20	12	24	140	81	230	150	
6	12	20	10	22	192	96	159	113	
7	12	22	12	24	192	159	214	172	
8	12	22	10	22	163	112	162	99	
9	12	20	12	24	194	94	227	165	
10	12	22	12	24	162	122	205	189	
11	12	24	12	24	128	210	285	151	
12	12	24	12	24	164	240	269	189	
13	12	22	12	24	149	190	240	122	

Tabelle di correzione della dose di insulina prandiale secondo la glicemia pre-prandiale



*Algoritmo basso dosaggio
(≤ 40 U insulina/die)
F.C. ~ 1:45*

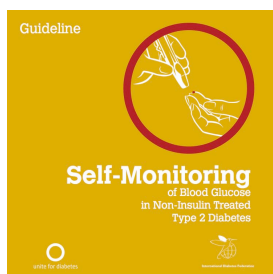
*Algoritmo medio dosaggio
(40-80 U insulina/die)
F.C. ~ 1:30*

*Algoritmo alto dosaggio
(> 80 U insulina/die)
F.C. ~ 1:20*

Glicemia pre-prandiale	Unità da modificare	Glicemia pre-prandiale	Unità da modificare	Glicemia pre-prandiale	Unità da modificare
< 70	-2*(d.p.°)	< 70	-2/3*(d.p.°)	< 70	-3/4*(d.p.°)
70-99	-1 (d.p.°)	70-99	-1/2 (d.p.°)	70-99	-2/3 (d.p.°)
100-149	0	100-149	0	100-149	0
150-199	1	150-199	1	150-199	2
200-249	2	200-249	3	200-249	4
250-299	3	250-299	5	250-299	7
300-349	4	300-349	7	300-349	10
>349	5	>349	8	>349	12

SMBG should be considered at the time of diagnosis

L'automonitoraggio dovrebbe essere preso in considerazione alla diagnosi per migliorare le conoscenze sul diabete, come parte dell'educazione individuale, e per facilitare l'inizio precoce del trattamento e ottimizzare la titolazione dei farmaci.



Diabete mellito di tipo 2 alla diagnosi L'impatto sul sistema cardiovascolare

Precedente anamnesi
positiva di ictus¹

7%

Anomalie all'ECG²

18%

Ipertensione arteriosa²

35%

Claudicatio intermittens¹

4,5%

Assenza dei polsi periferici²

13%

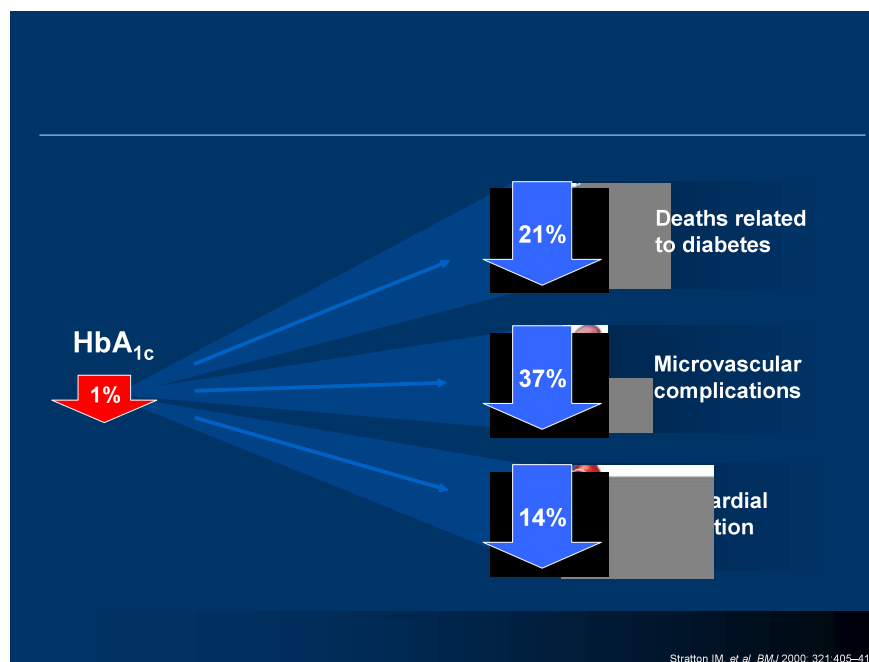


1. Wingard DL, et al. Diabetes Care 1993;16:1022-1025.

2. UKPDS Group. Diabetes Res 1990;13:1-11.

Strumento terapeutico

Dimostrati i benefici del controllo glicemico intensivo



- il raggiungimento del controllo metabolico ottimale
- il miglioramento della qualità di vita della persona con diabete

DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Le **classi di intensità di cura** identificate sono 7, per ognuna delle quali si possono indicare le caratteristiche cliniche, gli interventi prevedibili, la prevalenza, l'attore dell'assistenza **maggiormente coinvolto** (responsabile della presa in carico), le interazioni, gli indicatori e gli standard per il monitoraggio (Tabella 1)

Classe 3 pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile :

- diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata (vedi documento Allegato 1);
- diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
- paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
- pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari.

DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

3.4 SERVIZIO DI DIABETOLOGIA CON TEAM MULTI PROFESSIONALE DEDICATO

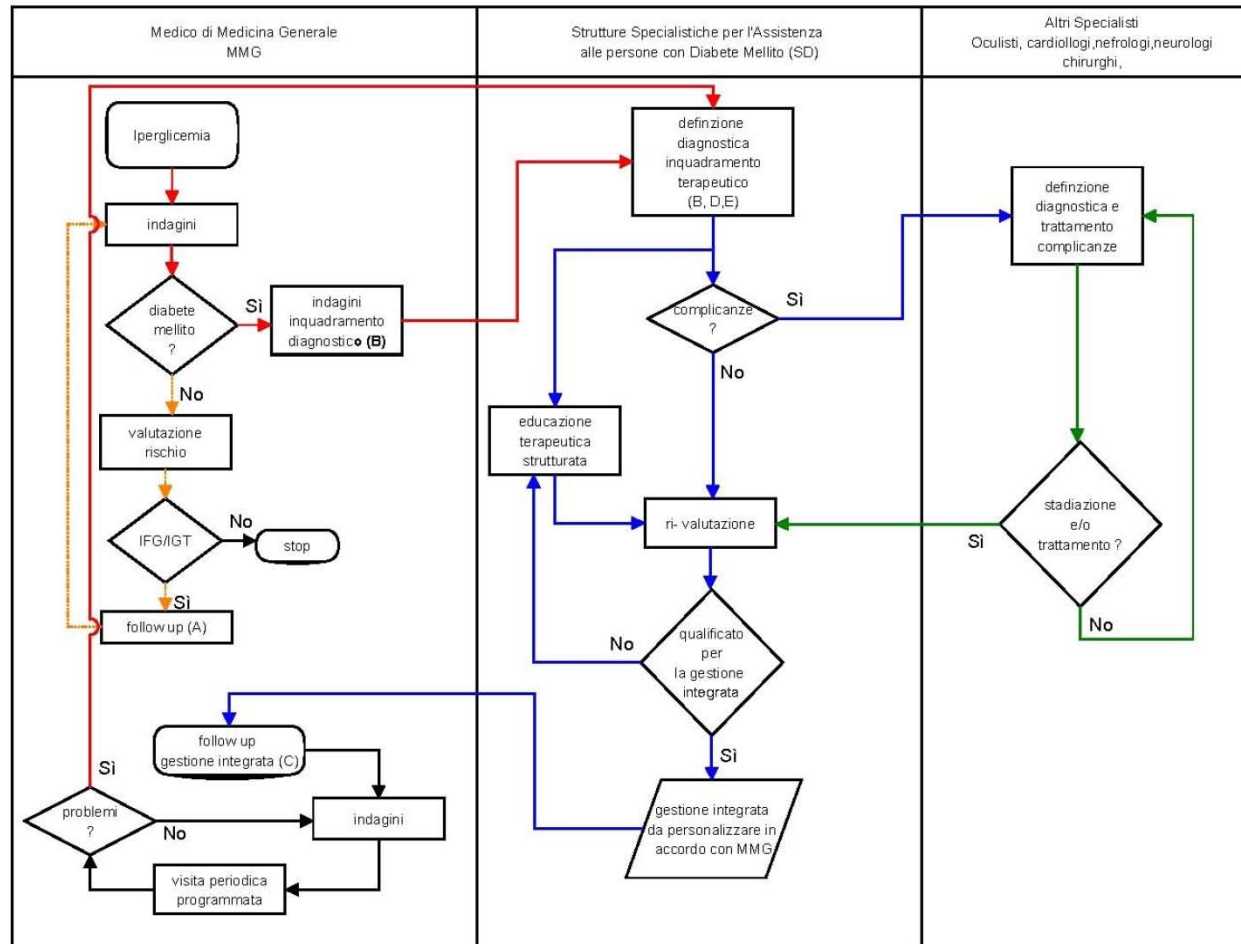
L'assistenza diabetologica specialistica è svolta da un Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato, formato da medici, infermieri e dietisti (integrati anche da psicologi e podologi) e permette di soddisfare le esigenze della persona con diabete.

Le funzioni del team sono:

- assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura sia in ambito territoriale che ospedaliero;
- di educazione terapeutica strutturata;
- epidemiologiche (raccolta dati clinici);
- di formazione dei MMG e più in generale delle figure sanitarie coinvolte nella cura delle persone con diabete.

L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2

FLOW-CHART

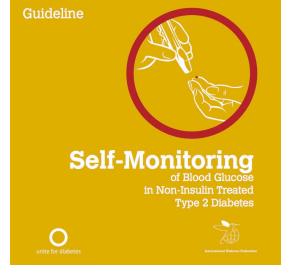


AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE



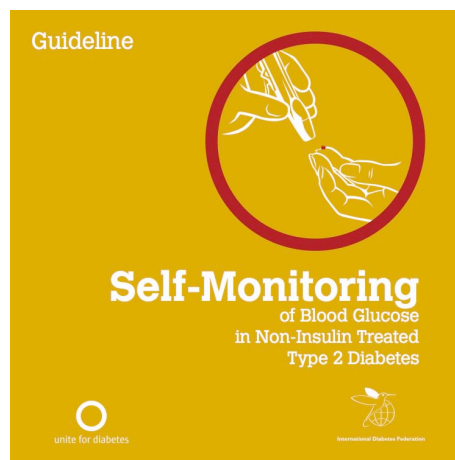
SMBG should be considered at the time of diagnosis

L'automonitoraggio dovrebbe essere preso in considerazione alla diagnosi per migliorare le conoscenze sul diabete, come parte dell'educazione individuale, e per facilitare l'inizio precoce del trattamento e ottimizzare la titolazione dei farmaci.

Il paziente che raggiunge il miglior compenso nei primi mesi di presa in carico è *quello che andrà meglio nel tempo*



L'automonitoraggio dovrebbe, inoltre, essere considerato come **componente dell'educazione all'autogestione** per aiutare i pazienti a meglio comprendere la loro malattia e fornire uno strumento per partecipare attivamente ed efficacemente al proprio controllo e trattamento, modificando i comportamenti e i trattamenti farmacologici se necessario, in consulenza con il proprio curante.



DATA 25/0
PASTO
COLAZIONE
SPUNTINO
PRANZO
SPUNTINO

..
gi

conseguenze del mio processo di
decisione terapeutica.