



Le nuove raccomandazioni intersocietarie 2012 sull'autocontrollo glicemico

Annunziata Lapolla - Concetta Suraci

per il gruppo di lavoro

Maria Teresa Branca – OSDI

Paolo Carraro – SIBioC

Mariarosa Carta – SIMeL

Valentino Cherubini – SIEDP

Roberta Chiandetti – OSDI

Francesco Chiaramonte – AMD

Francesco Mario Gentile – AMD

Andrea Mosca – SIBioC

Roberto Testa – SIMeL

Elisabetta Torlone – SID

Roberto Trevisan – SID

Documento di Consenso sull'Autocontrollo

Gruppo Intersocietario AMD SID con il concorso di OSDI, SIBiOC e SIMeL

Mandato dei CDN AMD-SID

- Revisione critica delle evidenze EBM sull'utilizzo dell'autocontrollo nel diabetico
- L'autocontrollo, quale fase del percorso di cura: basato su un adeguato percorso educativo
- Definizione del livello minimo di accuratezza e ripetibilità del dato glicemico come riferimento che le Società Scientifiche identificano per ritenere affidabile un glucometro
(con SIBiOC e SIMeL, come già realizzato per altre esperienze)
- Individuazione "di criteri minimi" per giudicare idonei i glucometri e non solo dal punto di vista tecnologico, ma anche per una personalizzazione dello strumento per il singolo paziente



Consensus autocontrollo 2012

Le raccomandazioni sono il risultato di un **consenso** tra diabetologi clinici, professionisti di laboratorio e infermieri esperti nell'assistenza alla persona con diabete.

Il documento è finalizzato alla revisione critica della letteratura sull'uso appropriato dell'autocontrollo nel paziente diabetico e alla corretta scelta ed utilizzazione dei glucometri portatili destinati **all'autocontrollo domiciliare del paziente diabetico** in modo da facilitare le decisioni per la prescrizione da parte dei medici diabetologi e l'impiego da parte dei pazienti .

Tali raccomandazioni non sono applicabili per il monitoraggio della glicemia del paziente ricoverato , dove i requisiti specifici e le prestazioni richieste sono di livello superiore.



Il documento è **stato elaborato da un Gruppo di lavoro intersocietario**, su mandato dei Direttivi nazionali SID ed AMD.

Rappresenta un **aggiornamento-revisione** del documento sulle *Raccomandazioni sull'uso dell'autocontrollo domiciliare della glicemia SID-AMD del 2003*.

Risponde al Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete del luglio 2009, ai bisogni in relazione alla fornitura dei presidi ai pazienti diabetici (Mozione 1-00388 approvata dal Senato della Repubblica il 6-4-11) e agli indirizzi di programmazione nazionali per la domiciliatura delle cure (PSN 2010-2012)



Destinatari del documento sono tutti i portatori di interesse (Il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, in particolare le Aziende Sanitarie, le Strutture di Diabetologia, i Servizi di Medicina di Laboratorio, l'Industria dei diagnostici), istituzionali, sociali e privati.

La finalità è quella di favorire l'impiego di strumenti e di procedure idonei ad ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio e i costi, personali e sociali, connessi ad un non appropriato autocontrollo glicemico.

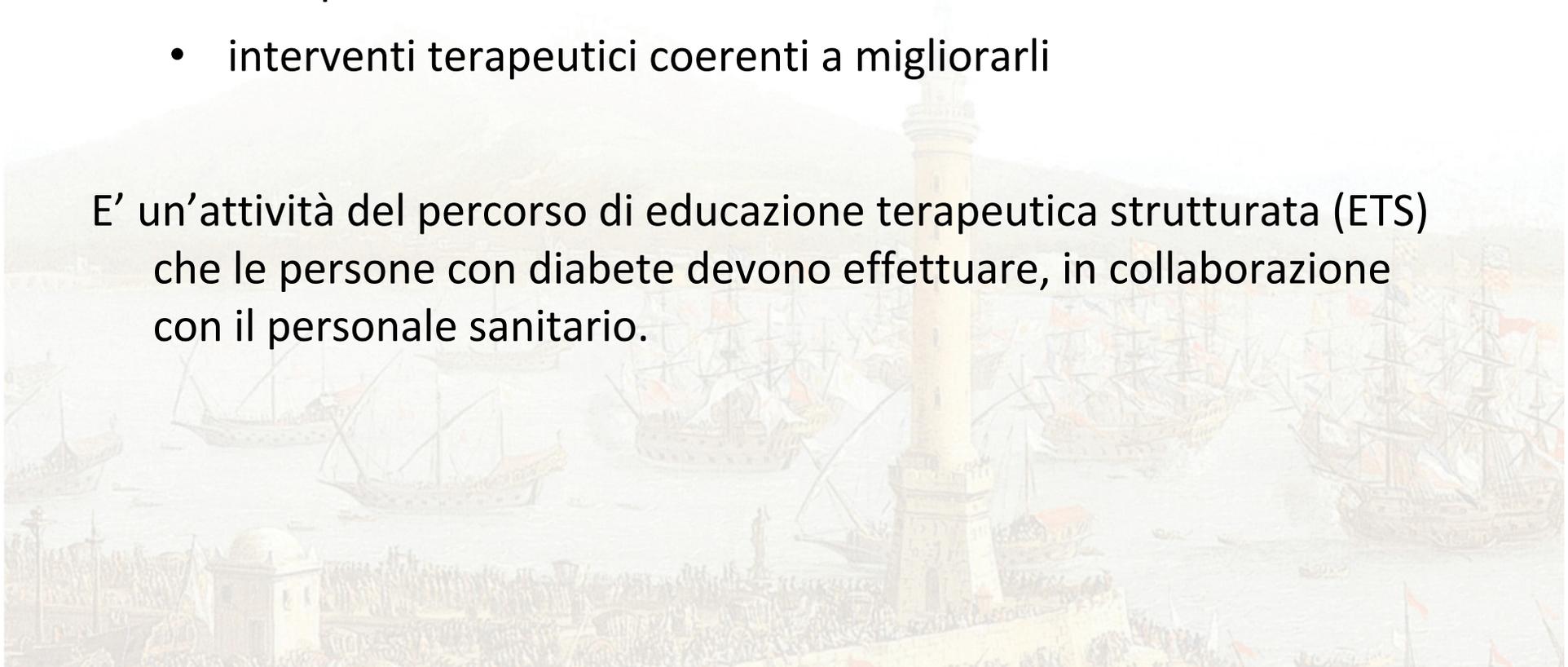


Autocontrollo: definizione

Il termine **autocontrollo glicemico** (SMBG) è riferito alla pratica che comprende:

- misurazione strutturata (monitoraggio) della glicemia capillare
- interpretazione dei risultati
- interventi terapeutici coerenti a migliorarli

E' un'attività del percorso di educazione terapeutica strutturata (ETS) che le persone con diabete devono effettuare, in collaborazione con il personale sanitario.

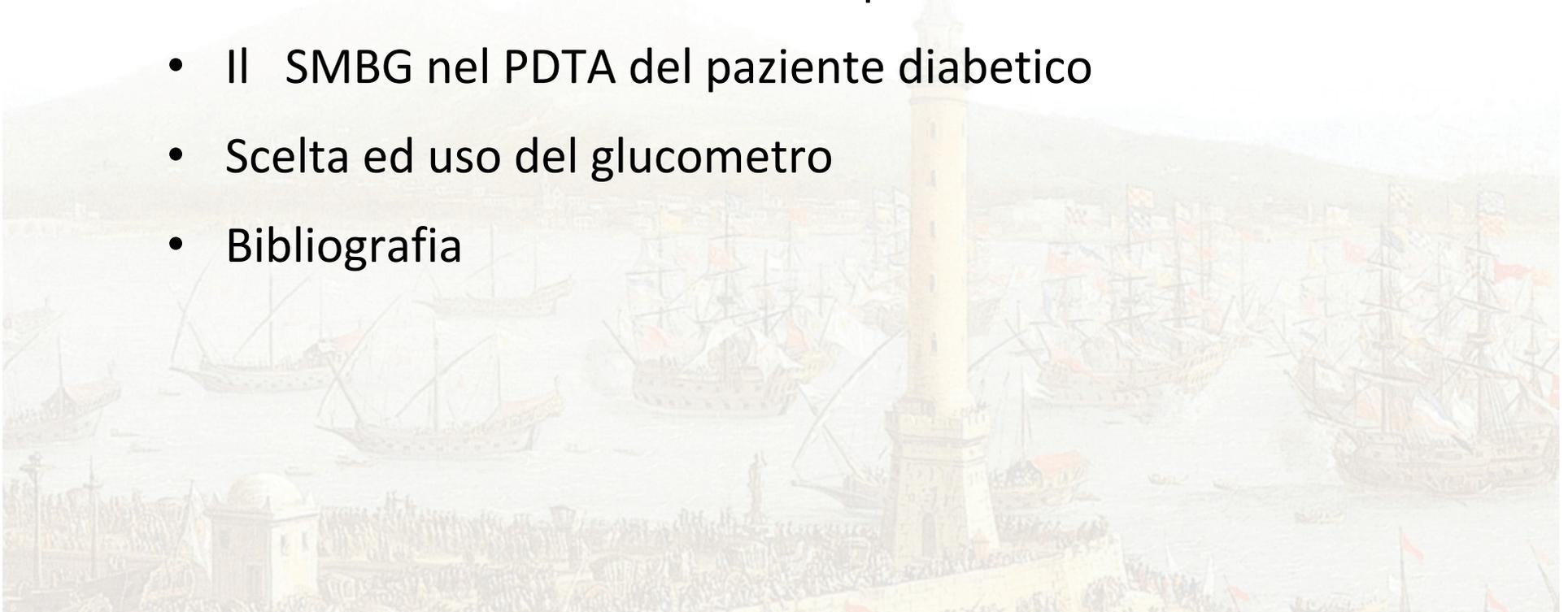




VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012
AMD CENTRO CONGRESSI STAZIONE MARITTIMA AMD

Consensus Autocontrollo 2012: Indice

- Revisione critica delle evidenze EBM
- Il percorso educativo
- Raccomandazioni sull'uso e la periodicità di SMBG
- Il SMBG nel PDTA del paziente diabetico
- Scelta ed uso del glucometro
- Bibliografia





Consensus Autocontrollo 2012: Revisione critica delle evidenze EBM

- La valutazione dell'evidenze sull'utilizzo dell'autocontrollo è stata effettuata secondo le indicazioni del 'Piano nazionale linee guida (PNLG)'

Nuovi dati ottenuti da studi randomizzati hanno dimostrato che l'**SMBG nei diabetici tipo 2 non in trattamento con insulina è efficace** quando strutturato e frutto di uno specifico percorso educativo.

Lo studio di Bonomo-Trovati ha dimostrato come il monitoraggio strutturato della glicemia anche in diabetici tipo 2 non insulino-trattati si associa ad un miglioramento del controllo glicemico, solo quando il paziente mostra una adeguata compliance (*Bonomo K, et al.. Evaluation of a simple policy for pre- and post-prandial blood glucose self-monitoring in people with type 2 diabetes not on insulin. Diabetes Res Clin Pract 2010;87:246-51*)

Lo studio STeP (Structured Testing Program) condotto in soggetti con diabete di tipo 2 non in terapia insulinica con emoglobina glicata >7.5% ha confermato l'efficacia del monitoraggio della glicemia quando sia i pazienti che i medici collaborano nella raccolta, nell'interpretazione e nell'adeguato utilizzo dei valori di glicemia rilevati. (*Polonsky WH et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled, non insulin treated type 2 diabetes: results from the Structured Testing Program study. Diabetes Care 2011;34:262-7*)



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012
CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Consensus Autocontrollo 2012: Revisione critica delle evidenze EBM

- La valutazione dell'evidenze sull'utilizzo dell'autocontrollo è stata effettuata secondo le indicazioni del 'Piano nazionale linee guida (PNLG)

Lo studio ROSES ha evidenziato che la strategia educativa, ad opera del team diabetologico, associata ad un incremento della frequenza del monitoraggio, porta ad un miglioramento del compenso metabolico ed a modifiche dello stile di vita, in particolare ad un migliore controllo del peso corporeo (*Franciosi M, Lucisano G, Pellegrini F et al.. ROSES: role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial. Diabet Med 2011;28:789-796*)

Lo studio PRISMA ha dimostrato in pazienti con T2DM non insulino-trattati e valori di HbA1c vicino al target ottimale stabilito che l'uso intensivo e strutturato di SMBG ha permesso di ottimizzare la terapia del diabete, migliorare lo stile di vita e ridurre l'HbA1c senza aumentare la frequenza di ipoglicemie gravi ed il peso (*Scavini M et al. Prospective, randomized trial on intensive SMBG management added value in non-insulin-treated T2DM patients (PRISMA): a study to determine the effect of a structured SMBG intervention. Acta Diabetol published online 22 december 2011; Giorgino F. L'automonitoraggio glicemico nel diabete di tipo 2 non trattato con insulina: il contributo dello Studio PRISMA. G It Diabetol Metab 2012;32:53-5*)

Le raccomandazioni



- L'autocontrollo quotidiano (almeno 3-4 controlli/die) è **INDISPENSABILE** per la persona con diabete tipo 1 in terapia insulinica intensiva (*Livello della prova II, Forza della raccomandazione A*)
- L'autocontrollo glicemico continuativo, con frequenza e modalità diverse, è **UTILE** per la persona con diabete tipo 2 insulino-trattato (*Livello della prova II, Forza della raccomandazione B*)
- L'autocontrollo glicemico non continuativo è **POTENZIALMENTE UTILE** per la persona con diabete tipo 2 in terapia orale o dietetica, ma non sono disponibili chiare evidenze di efficacia sul controllo glicemico (*Livello della prova VI, Forza della raccomandazione C*)



Consensus Autocontrollo 2012: Raccomandazioni

- L'autocontrollo quotidiano (almeno 3-4 controlli/die) è **INDISPENSABILE** per la persona con diabete tipo 1 in terapia insulinica intensiva (*Livello della prova II, Forza della raccomandazione A*)
- L'autocontrollo glicemico continuativo, con frequenza e modalità diverse, è **UTILE** per la persona con diabete tipo 2 insulino-trattato (*Livello della prova II, Forza della raccomandazione B*)
- L'autocontrollo glicemico non continuativo è **UTILE** per i pazienti con diabete tipo 2 in terapia orale o dietetica solo in presenza di una adeguata azione educativa e di un intervento strutturato ed attivo nelle modifiche della terapia (*Livello di evidenza II, Forza della raccomandazione B*)



Consensus Autocontrollo 2012: Il percorso educativo

- SMBG fa parte delle competenze teoriche e pratiche che il paziente deve acquisire durante il processo educativo (*Livello di evidenza I, Forza della raccomandazione A*).
- SMBG deve quindi essere parte integrante di un programma di ETS con una metodologia che permetta al paziente di imparare a usare lo strumento, la tecnica per misurare e la pratica dell'autocontrollo.
- SMBG deve, inoltre, essere associato a piani di autogestione sviluppati tra personale sanitario qualificato e paziente, per rispondere ai bisogni del paziente stesso (*Livello di prova I, forza della raccomandazione A*).

Raccomandazione

- Si richiede una formazione qualificata del personale per favorire lo sviluppo delle capacità del paziente in partecipazione attiva.

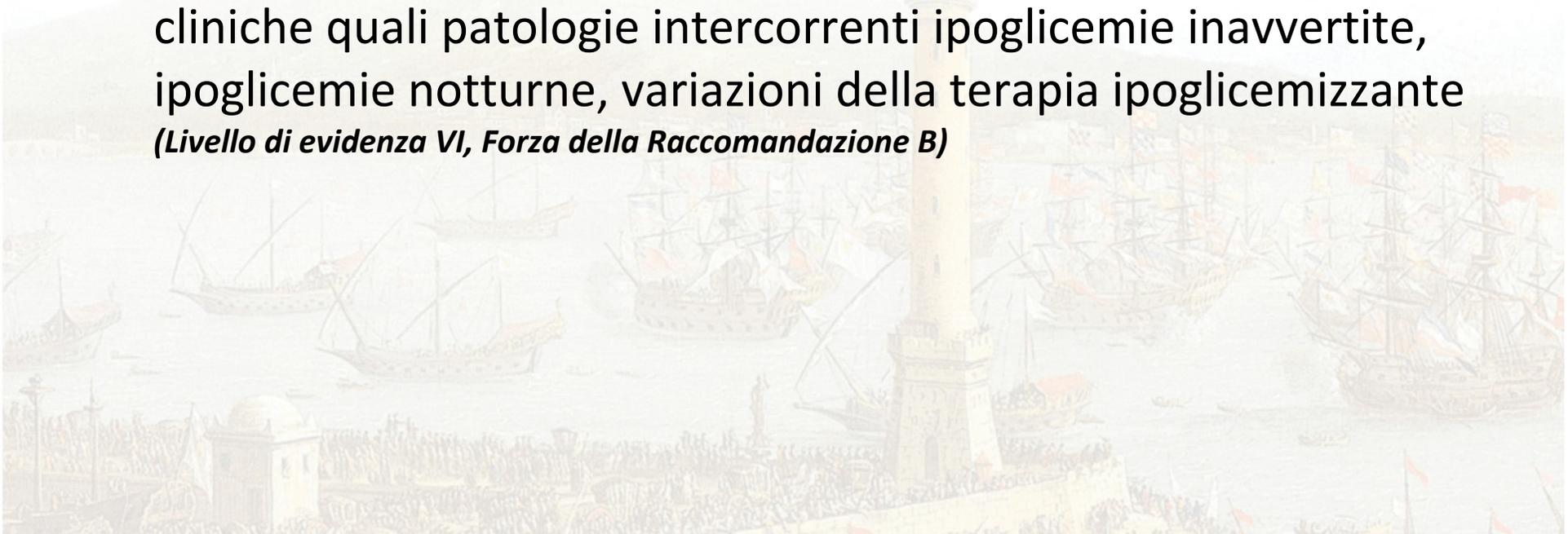
Qualificazione del personale sanitario secondo specifici requisiti formativi (IDF, DESG)



Consensus Autocontrollo:

Raccomandazioni sull'uso e la periodicità di SMBG

- L'uso e la periodicità dell'autocontrollo glicemico devono essere stabiliti sulla base della terapia del diabete (*Livello di evidenza II, Forza della Raccomandazione B*)
- La frequenza dell'autocontrollo deve essere adattata agli eventi intercorrenti ed intensificata in presenza di situazioni cliniche quali patologie intercorrenti ipoglicemie inavvertite, ipoglicemie notturne, variazioni della terapia ipoglicemizzante (*Livello di evidenza VI, Forza della Raccomandazione B*)





Consensus Autocontrollo:

Raccomandazioni sull'uso e la periodicità di SMBG

- Vengono **fornite indicazioni sulla periodicità dell'autocontrollo** tenendo conto delle evidenze della letteratura e delle raccomandazioni nazionali ed internazionali (ADA, IDF, Standard italiani per la cura del diabete mellito, raccomandazioni SIEDP) per livelli di intensità di cura e al rapporto beneficio/sicurezza per il paziente
- Vengono **suggeriti/raccomandati i quantitativi di strisce** per la determinazione della glicemia capillare da erogare in ottemperanza alle normative vigenti per la fornitura gratuita ai soggetti affetti da diabete dei presidi necessari per l'automonitoraggio della glicemia.
- E' auspicato che la normativa che regola la prescrizione e l'erogazione dell'autocontrollo e la distribuzione dei presidi si uniformi alle linee di indirizzo nazionali.



Raccomandazioni sull'uso e la periodicità di SMBG

5 classi di pazienti in funzione della terapia e del quadro clinico

- Paziente in trattamento insulinico intensivo (basal-bolus o con microinfusore)
- Paziente in trattamento insulinico non intensivo o in trattamento combinato
- Paziente in trattamento con ipoglicemizzanti orali secretagoghi
- Paziente in trattamento dietetico e/o con farmaci insulinosensibilizzanti e/o incretinomimetici
- Paziente con diabete gestazionale



Classe 1. Paziente in trattamento insulinico intensivo (basal-bolus o con microinfusore)

CLASSE	Periodicità SMBG
1. Paziente in trattamento insulinico intensivo (basal-bolus o con microinfusore)	Pazienti in terapia insulinica basal-bolus (suggerite/raccomandate 150 strisce/mese).
	Pazienti in terapia con microinfusore, per le pazienti con diabete pregestazionale in gravidanza e per i soggetti con età inferiore a 18 anni (suggerite/raccomandate 250 strisce/mese)
	Bambini con età inferiore a 6 anni (suggerite/raccomandate 300 strisce/mese)
	Pazienti che iniziano il trattamento insulinico (suggerite/raccomandate 200 strisce/mese per il primo trimestre)
	Pazienti con diabete di tipo 2 in terapia insulinica basal-bolus, in condizioni di controllo glicemico stabile (suggerite/raccomandate 125 strisce/mese)
	E' consigliato un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento.



Classe 2. Paziente in trattamento insulinico non intensivo o in trattamento combinato

CLASSE	Periodicità SMBG
2. Paziente in trattamento insulinico non intensivo o in trattamento combinato	Pazienti in trattamento misto (ipoglicemizzanti orali + insulina basale 1 iniezione/die) (suggerite/raccomandate 40 strisce/mese).
	Pazienti che presentano un rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante) e nei soggetti che svolgono professioni in grado di esporli a un rischio potenzialmente grave di ipoglicemie (autisti, piloti, gruisti, lavoratori su impalcature, ecc.) (suggerite/raccomandate 75-100 strisce/mese).
	Pazienti che iniziano la terapia insulinica (suggerite/raccomandate 75-100 strisce/mese per il primo trimestre)
	E' consigliato un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento.



Classe 3. Paziente in trattamento con ipoglicemizzanti orali secretagoghi

CLASSE	Periodicità SMBG
3. Paziente in trattamento con ipoglicemizzanti orali secretagoghi	Pazienti in condizioni di controllo glicemico stabile (suggerite/raccomandate 25-50 strisce/ mese)
	Pazienti che presentano un rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante) e nei soggetti che svolgono professioni in grado di esporli a un rischio potenzialmente grave di ipoglicemie (autisti, piloti, gruisti, lavoratori su impalcature, ecc.) (suggerite/raccomandate 50-75 strisce/mese).
	Pazienti alla diagnosi e periodicamente, soprattutto quando viene modificata la terapia, in condizioni cliniche particolari (suggerite/raccomandate 75-100 strisce/mese per un periodo limitato 3-6 mesi)
	E' consigliato un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento.



Classe 4. Paziente in trattamento dietetico e/o con farmaci insulino-sensibilizzanti e/o con incretinomimetici

CLASSE	Periodicità SMBG
4. Paziente in trattamento dietetico e/o con farmaci insulino-sensibilizzanti e/o incretinomimentici	Automonitoraggio concentrato in brevi periodi di tempo, all'inizio della malattia e periodicamente, per raccogliere dati che facilitino l'identificazione degli andamenti della glicemia nel corso della giornata. (suggerite/raccomandate 25-50 strisce/trimestre).
	E' consigliato un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento.



Classe 5. Paziente con Diabete Gestazionale

CLASSE	Periodicità SMBG
5. Paziente con diabete gestazionale	Pazienti in trattamento dietetico (suggerite/raccomandate 75 strisce/mese)
	Pazienti in trattamento insulinico (suggerite/raccomandate 100-250/mese in relazione alla situazione clinica)

Il diabetologo deciderà una intensificazione del monitoraggio in relazione alle singole situazioni cliniche, fino allo schema a 7/8 punti/die per le pazienti in trattamento insulinico intensivo.



Consensus Autocontrollo:

Il SMBG nel PDTA del paziente diabetico

Un vero “**percorso di assistenza e cura**” dalla fase di presa in carico del paziente da parte del team diabetologico, fino al momento in cui il paziente utilizza i presidi per il SMBG ed adotta le azioni necessarie all’autogestione della malattia

prescrizione - erogazione - distribuzione

- **il diabetologo certifica la diagnosi e autorizza la prestazione assistenziale**
- **il team diabetologico qualificato si fa carico dell’addestramento-educazione** del paziente e eroga la prestazione nell’ambito dell’educazione terapeutica e secondo le indicazioni per la gestione del rischio clinico
- **il diabetologo redige “il piano terapeutico”**, definendo obiettivi terapeutici le modalità ed il timing del SMBG e “**prescrive**” il dispositivo più appropriato al profilo, clinico e sociale, del paziente individuandolo tra quelli contenuti nell’apposito Repertorio dei dispositivi per il diabete
- **il paziente**, con la ricetta, **si reca da chi ha competenza per distribuire il prodotto** (farmacia, distretto, azienda sanitaria, ecc.), effettua il monitoraggio della glicemia e le registrazioni secondo le indicazioni ricevute, adotta le azioni adeguate
- **il team diabetologico verifica le abilità del paziente e l’efficacia della cura**
- **Il team diabetologico si fa carico della formazione dei MMG e delle altre figure sanitarie coinvolte** nel PDTA per la cura delle persone con diabete sul tema.



Consensus Autocontrollo: Il SMBG nel PDTA del paziente diabetico

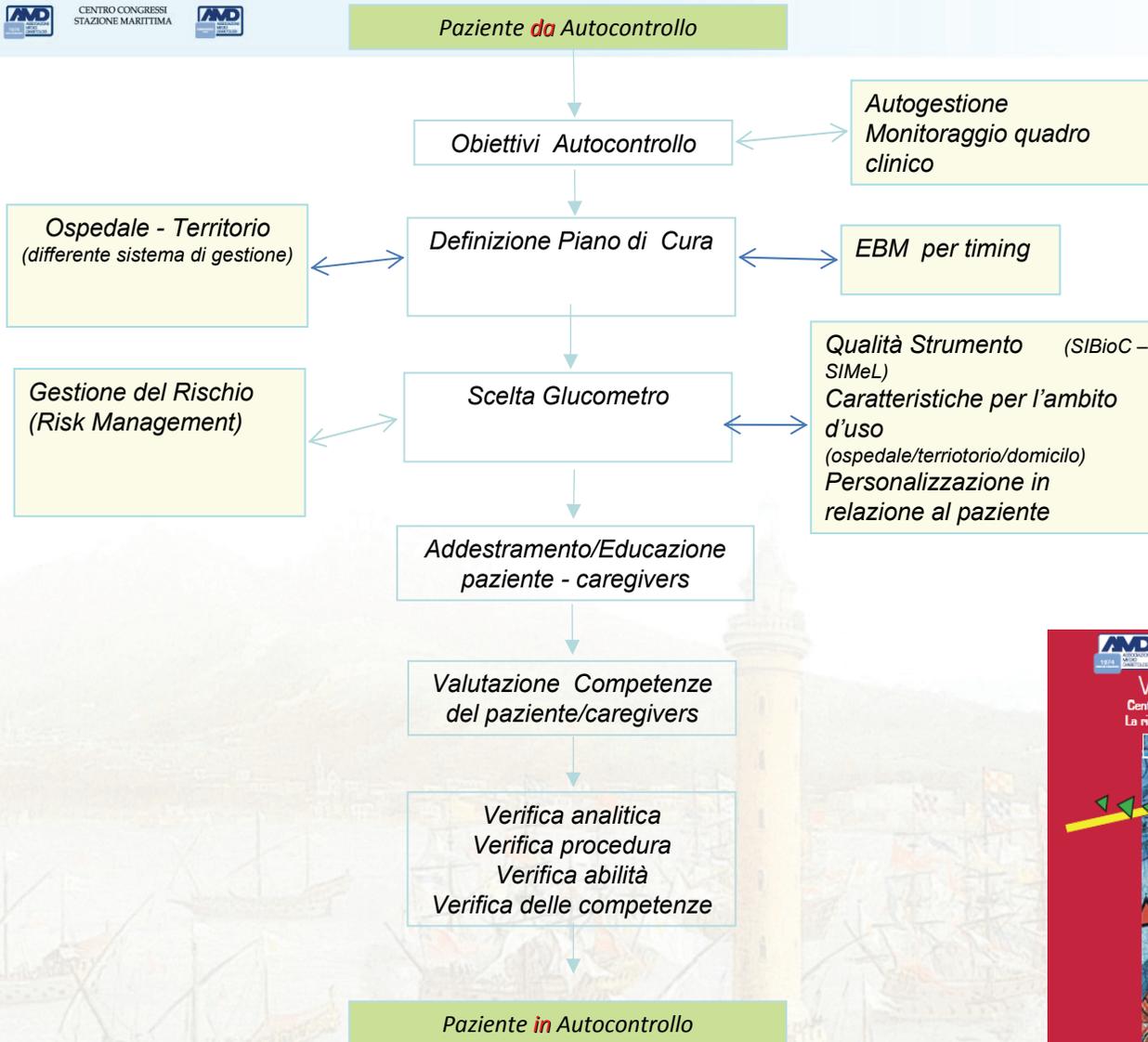
Il Processo SMBG : definizione dei ruoli

Attività	Diabetologo	Infermiere	MMG	Laboratorista	ASL
Definire il bisogno clinico del paziente	R	C	C		
Definire il bisogno educativo del paziente	C	R	C		
Obbiettivi metabolici autocontrollo	R		C		
Addestramento strumento/verifica	C	R	C		
Educazione all'autocontrollo/verifica	C	R	C		
Qualificazione del paziente (*)	R	C	C		
Scelta dello strumento	R	C		C	
Verifica esterna qualità analitica	C	C		R	
Prescrizione presidi (quantità e tipo glucometro)	R		C		C
Fornitura presidi					R
Valutazione clinica	R	C	C		
Formazione del personale	R	C	C	C	C

R= Responsabile – C= Coinvolto

* anche in relazione alla normativa per la certificazione di idoneità al rilascio/rinnovo della patente di guida (DL n.59 del 30 aprile 2011) che richiede al diabetologo di certificare la capacità del paziente di avvertire e gestire la ipoglicemia (con l'autocontrollo saprà riconoscere e gestire meglio il rischio).

Per esigenze di contesto alcune funzioni possono essere delegate con attribuzione della responsabilità.



PDTA per il SMBG (S. Gentile, CSR Firenze 2010), modificata

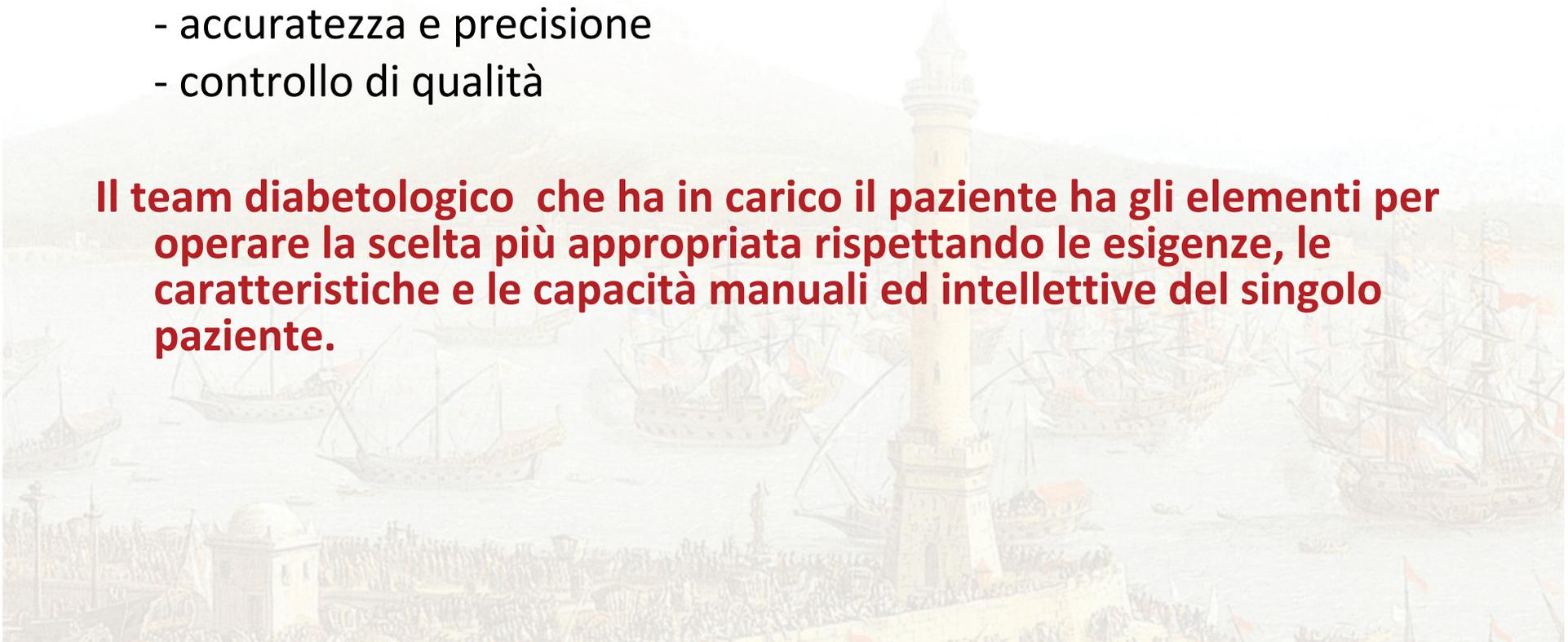


Consensus Autocontrollo: Scelta ed uso del glucometro

Le caratteristiche che devono essere tenute presenti e che possono condizionare la scelta di uno strumento rispetto ad un altro in relazione al tipo di paziente (stile di vita, limitazioni manuali o visive,...) nella cura a domicilio devono garantire

- praticità d'uso e adeguatezza alla fenotipizzazione del paziente
- accuratezza e precisione
- controllo di qualità

Il team diabetologico che ha in carico il paziente ha gli elementi per operare la scelta più appropriata rispettando le esigenze, le caratteristiche e le capacità manuali ed intellettive del singolo paziente.





Consensus Autocontrollo: Scelta ed uso del glucometro

Caratteristiche da tener presenti e che possono condizionare la scelta dello strumento

- dimensioni dello strumento
- tipo di enzima e interferenze, tecnologia di misura, riferibilità della calibrazione (sangue o plasma), influenza dell'ematocrito
- intervallo di lavoro, range di temperatura operativa, conservazione strisce
- durata test, volume campione, durata delle batterie
- modalità di calibrazione, modalità di inserzione ed espulsione della striscia
- leggibilità del display
- caratteristiche del pungidito associato e smaltimento dello stesso
- possibile determinazione della chetonemia
- capacità di memorizzare i valori glicemici e disponibilità di Software per la gestione dei dati dell'automonitoraggio
- possibile funzione di suggerimento bolo (per i pazienti in terapia insulinica intensiva)
- facilità d'uso

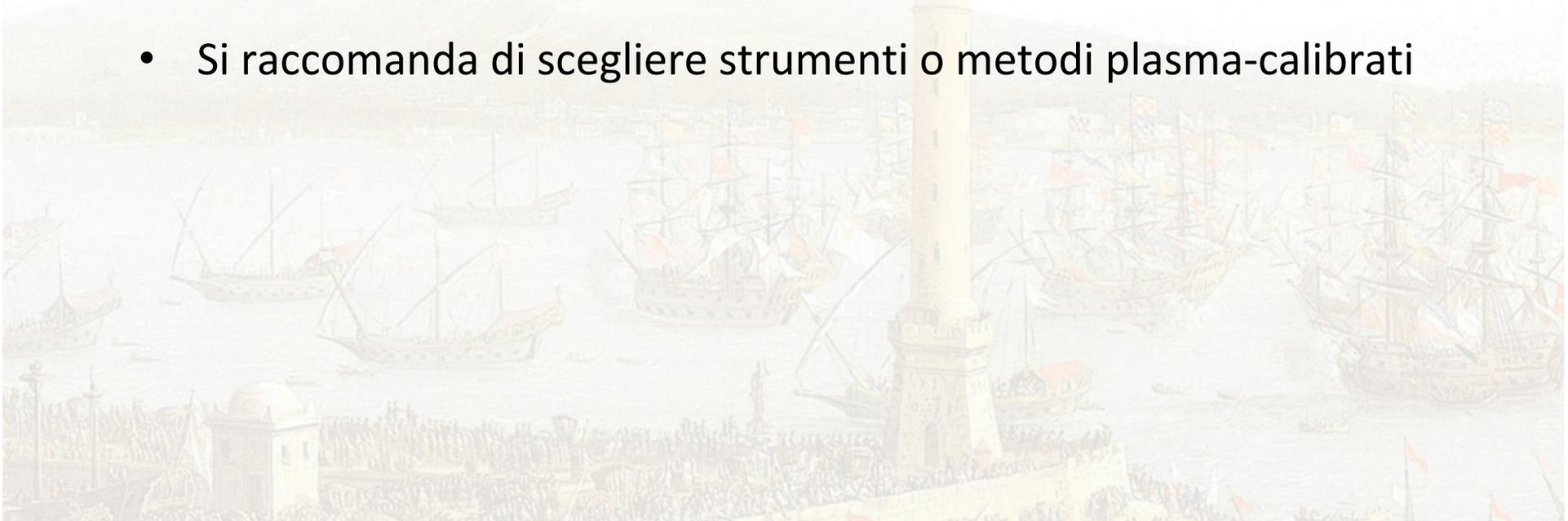
*La possibilità di **registrare ed analizzare i dati dell'autocontrollo dopo download** in diversi formati analitici (grafici, indici di variabilità glicemica) permette di poter gestire la terapia e di disporre di uno strumento obiettivo ai fini della valutazione delle ipoglicemie in relazione alla certificazione per il rilascio/rinnovo della patente di guida.*



Consensus Autocontrollo: Scelta ed uso del glucometro

Nel documento vengono definiti i requisiti qualitativi minimi e quelli desiderabili relativamente alle prestazioni analitiche, quale guida ad una scelta accurata del dispositivo da adottare

- Si raccomanda che **alle ditte proponenti i glucometri** di esibire la conformità alla norma ISO 15197/2003 e le caratteristiche analitiche (soprattutto imprecisione, inaccuratezza)
- Si raccomanda di scegliere strumenti o metodi plasma-calibrati





Consensus Autocontrollo: Scelta ed uso del glucometro

- Si raccomanda **alle regioni e alle Aziende Sanitarie di garantire** la disponibilità di scelta tra modelli diversi di strumenti in relazione alle caratteristiche individuali dei pazienti e un efficace controllo analitico sugli stessi.
- Si raccomanda **al diabetologo di specificare**, nella prescrizione del piano terapeutico, il tipo di strumento scelto per quel paziente (modello e nome commerciale; la **prescrizione non è genericabile**).
- Si raccomanda **ai soggetti erogatori/distributori** (farmacie private, servizi farmaceutici ASL) **di non sostituire** lo strumento indicato dallo specialista prescrittore. La sostituzione dello strumento con modello non equivalente (stesse caratteristiche tecniche), da parte di personale non qualificato per la formazione del paziente all'impiego di altro prodotto, è responsabilità del distributore e può essere fonte di rischio per il paziente stesso.



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012
CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Ministero della Salute

Piano Nazionale Diabete

Documento per la formulazione e l'implementazione di un Piano Strategico Nazionale sulla malattia diabetica

Per quanto riguarda *l'autocontrollo domiciliare della glicemia (SMBG)*, il suo obiettivo è educare il paziente, e la sua famiglia fornendo gli strumenti adatti al fine di conseguire un adeguato compenso metabolico per prevenire o posticipare l'insorgenza delle complicanze acute e croniche.

Per gli aspetti più prettamente tecnici relativi all' autocontrollo glicemico può essere utile fare riferimento al “Documento di consenso AMD-SID-SIEDP-OSDI- SIBioC – SIMeL, 2012”

Tale documento sulla SMBG ha l'obiettivo di favorire l'impiego di strumenti e di procedure idonei ad ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio e i costi, personali e sociali, connessi ad un non appropriato autocontrollo glicemico



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012
CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Ministero della Salute

Piano Nazionale Diabete

Documento per la formulazione e l'implementazione di un Piano Strategico Nazionale sulla malattia diabetica

In particolare va ricordata la parte relativa alla scelta del glucometro dove si riportano *“le caratteristiche che devono essere tenute presenti e che possono condizionare la scelta di uno strumento rispetto ad un altro in relazione al tipo di paziente (stile di vita, limitazioni manuali o visive,....) nella cura a domicilio e che devono garantire a) praticità d'uso e alla fenotipizzazione del paziente, b) accuratezza e precisione; c) controllo di qualità”*.

Inoltre viene evidenziato che, nel confrontarsi con nuove apparecchiature, è necessario sempre considerare gli aspetti organizzativi assieme alla appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche, enfatizzando il concetto secondo cui al corretto utilizzo della strumentazione si deve sempre affiancare un corretto apprendimento sia dell'operatore che del paziente e un appropriato utilizzo di competenze.



Consensus autocontrollo 2012

L'autocontrollo glicemico non continuativo è **UTILE** per i pazienti con diabete tipo 2 in terapia orale o dietetica solo in presenza di una adeguata azione educativa e di un intervento strutturato ed attivo nelle modifiche della terapia (*Livello di evidenza II, Forza della raccomandazione B*)

Autocontrollo glicemico = pratica che comprende misurazione, interpretazione, interventi

Autocontrollo glicemico = attività del percorso educativo

Autocontrollo = fase del percorso di cura della persona con diabete

Riconosciuto il ruolo specifico del diabetologo e del team diabetologico

Definite le fasi del processo autocontrollo (prescrizione, erogazione, distribuzione) ed i ruoli dei vari attori

Sono presi in esame caratteristiche e requisiti degli strumenti per il monitoraggio della glicemia



L'autocontrollo, quale fase del percorso di cura: basato su un adeguato percorso educativo.

- **SMBG migliora gli esiti del trattamento del diabete**
 - L'asserzione va sostanziata dimostrando che chi pratica SMBG ha esiti migliori
- **SMBG funziona solo nei pazienti che sono stati educati**
 - Le attività di educazione terapeutica vanno misurate

Gruppo Clinical Governance: L'impatto del SMBG in termini di HTA



Processo SMBG: cosa e come misurare?

- **SMBG è il processo di automisurazione della glicemia che si compone di sottoprocessi**
 - Per ognuno occorrono delle attività, che se registrate possono essere misurate
 - Dalle registrazioni si possono estrarre indicatori e fare valutazioni



SMBG migliora out-put_s / outcome_s?

Processo SMBG

1. Prescrizione SMBG

1. Selezione paziente
2. Consenso informato
3. Addestramento
 - Requisiti
4. Qualificazione
 - Criteri
5. Verifica
6. Valutazione
 - Efficacia
 - Sicurezza
7. Revisione

2. RegISTRAZIONI SMBG

3. Erogazione/distribuzione SMBG

4. Estrazioni SMBG

- Dati clinici
- Dati consumo
- Dati salute



Esempio di estrazioni

- N. di pazienti con prescrizione
 - N. di pazienti Addestrati
 - N. di pazienti Qualificati
 - N. di pazienti Verificati
- N. di prescrizioni per “Tipo” di materiale
- N. di prescrizioni con la Frequenza di SMBG/settimana o mese
- N. di prescrizioni con “Durata” dell’SMBG

% DMT2 educati che fanno SMBG

% DMT2 che usano il pattern raccomandato



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



grazie per l'attenzione

