



XVIII
CONGRESSO
NAZIONALE
25|28 MAGGIO 2011

Rossano Calabro
Complesso Nautica - Itaca
c.da Zofara, 1 - 87067, Rossano (CS)

LA PERSONALIZZAZIONE DELLA TERAPIA ATTRAVERSO L'AUTOCONTROLLO: Ruolo del Diabetologo

Giorgio Grassi
AOU S. Giovanni Battista di Torino



rossano

Circa 3.250.000 risultati (0,16 secondi)

Google

- Tutto
- Immagini
- Video
- Notizie
- Shopping
- Più contenuti

Torino
Cambia località

Nel Web
Pagine in italiano

Rossano CS maps.google.it



[Comune di Rossano | Sito Istituzionale](#)

Portale del Comune di **Rossano**. Servizi, novità, informazioni e guide per l'orientamento nella Pubblica Amministrazione a **Rossano (CS)**
Contatti - Bando Progetto "M.E.T.A." - Settori - Servizi
www.comune.rossano.cs.it/ - Copia cache - Simili

At a meeting in 1956, Priscilla White of the Joslin Clinic asked:

- ‘Do you think patients should learn to do their own blood sugars?’
- “this was greeted with laughter from the audience who clearly regarded it as an outrageous ideas.”
 - Gates EW, et al. Diabetes 1956; 5 (1): 55-60
 - Tattersal R. Diabetes Digest 2007, 6. 73-4

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve saper:

- **Essere**
- **Fare**
- **Organizzare**

Per ottenere una risposta efficace alla pratica dell'autocontrollo il diabetologo deve:

- **Essere:**
 - Convinto dell'utilità dell'autocontrollo
 - Essere consapevole del diverso ruolo che l'autocontrollo può avere nelle diverse forme di diabete

Standard Italiani ed altre raccomandazioniqualcosa di nuovo ?

- 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. (VI, C)
- For patients using less-frequent insulin injections, noninsulin therapies, medical nutrition therapy (MNT) alone, SMBG may be useful as a guide to the success of therapy. (E)
- ADA 211

Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review

- SMBG may lead to improved glycaemic control only in the context of appropriate education – both for patients and health-care professionals – on how to respond to the data, in terms of lifestyle and treatment adjustment. Also, SMBG may be more effective if patients are able to self-adjust drug treatment.

Studi che portano verso un cambiamento di prospettiva

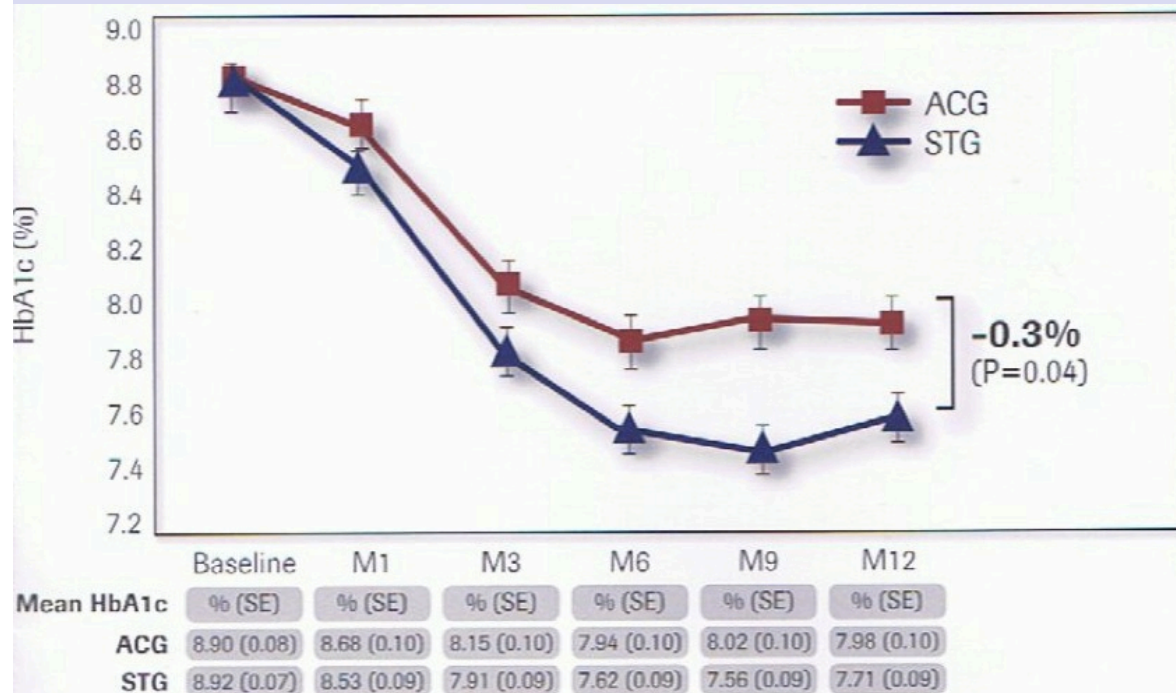
- STeP
- ROSES

Structured Testing Program (STeP) Study

- 552 DMT2 non insulin-treated poorly controlled (HbA1c $\geq 7.5\%$)
- Structured testing protocol (STG): 7-point glucose profiles over 3 consecutive days on a quarterly basis with **an easy-to-use paper tool**
- Active control (ACG), standardized instruction in smbg, pattern recognition and interpretation
- **All STG and ACG subjects received free blood glucose meters and test strips**



Structured Testing Program (STeP) Study

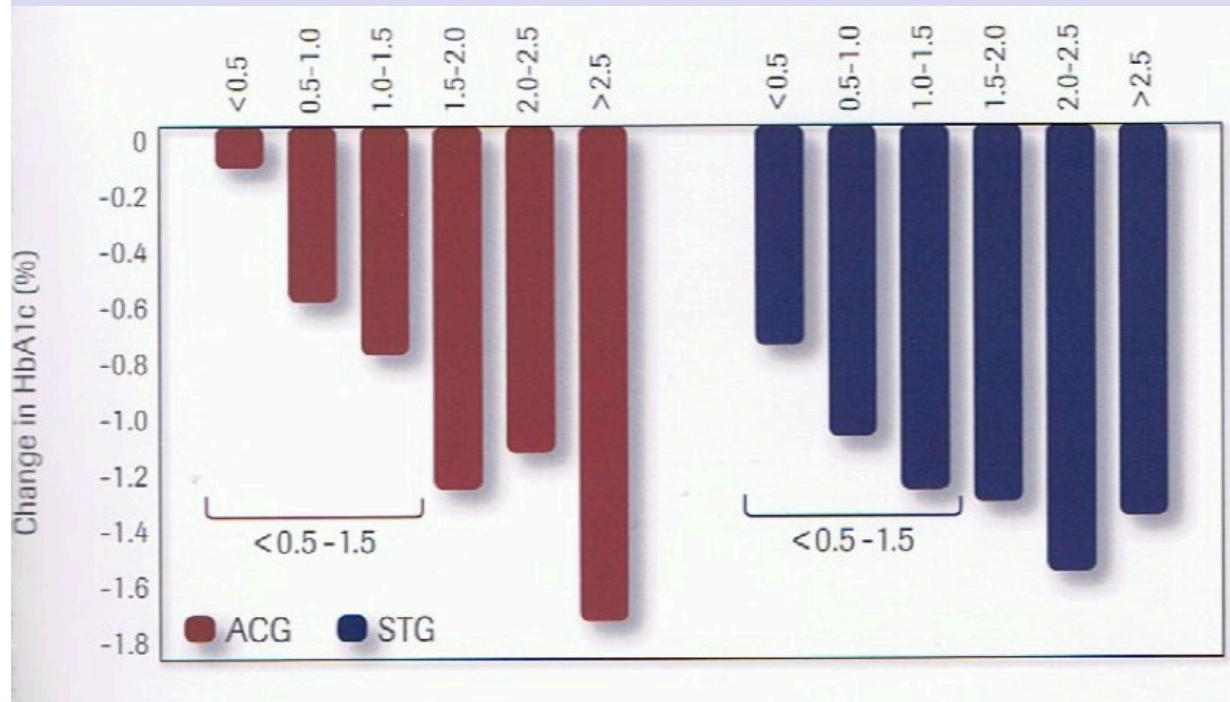


Intent-to-treat analysis:
Adjusted mean HbA1c over 12 months in patients with non-insulin treated type 2 diabetes according to randomization group

STG patients achieved a significantly greater HbA1c improvement at 12 months compared with ACG patients (P=0.04).



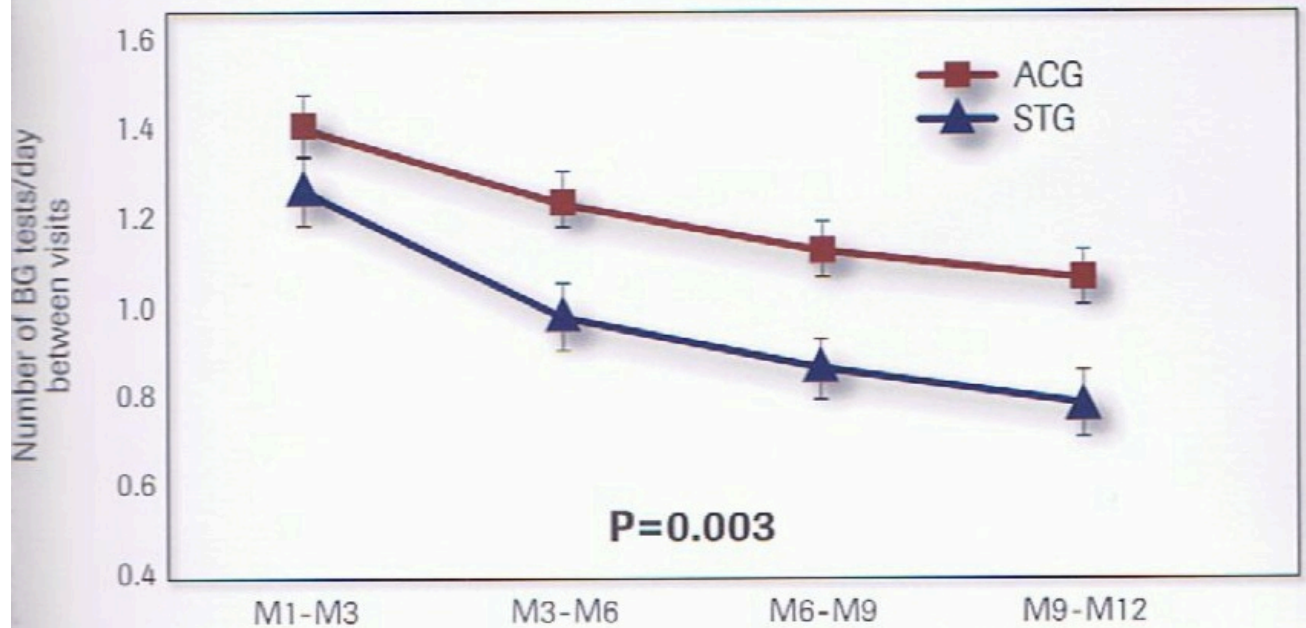
Structured Testing Program (STeP) Study



Relationship between SMBG frequency (tests/day) and HbA1c reduction

At testing frequencies of <0.5 to 1.5 tests/day, STG patients achieved greater reductions in HbA1c than ACG patients.

Structured Testing Program (STeP) Study



Extrapolating over time, this equate to a 25% Difference in annual test strips consumption

Intent-to-treat analysis: SMBG frequency (test strips/day) during study period

Although meter upload over time showed reductions in SMBG frequency in both ACG and STG patients, the mean number of daily blood glucose tests was significantly lower for the STG than for the ACG at months 6 ($P=0.007$), 9 ($P=0.001$), and 12 ($P<.0004$).

Structured Testing Program (STeP) Study

- ‘**low tech,**’ intensive, and episodic monitoring approach (i.e., seven-point blood glucose profiles over three consecutive days, completed once each quarter, immediately before each physician visit) can significantly reduce HbA1c and alleviate distress, especially in patients who were markedly stressed or depressed at baseline.

- **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**
- M. Franciosi, G. Lucisano, F. Pellegrini, A. Cantarello*, A. Consoli†, L. Cucco†, R. Ghidelli‡, G. Sartore*, L. Sciangula‡ and A. Nicolucci, on behalf of the ROSES Study Group

Roses

- INTERVENTION: Patients assigned to intervention received specific education addressing how to perform self-monitoring of blood glucose, how to modify diet and level of physical activity according to blood glucose levels and the actions to undertake in case of abnormal values (hypoglycaemia, markedly elevated glucose levels).

Roses

- The control group received standard counselling with focus on diet and lifestyle, and follow-up visits were scheduled every 3 months.

Roses

- **Endpoints**
- The primary efficacy measurement was the change in HbA1c values after 6 months in the self-monitoring-based disease management strategy group vs. the control group.
- Secondary efficacy measurements were percentage of patients reaching the target HbA1c (i.e. $< 7.0\%$; < 53 mmol/mol), percentage of patients requiring therapy modifications, changes in body weight, lipid profile and blood pressure values.

ROSES

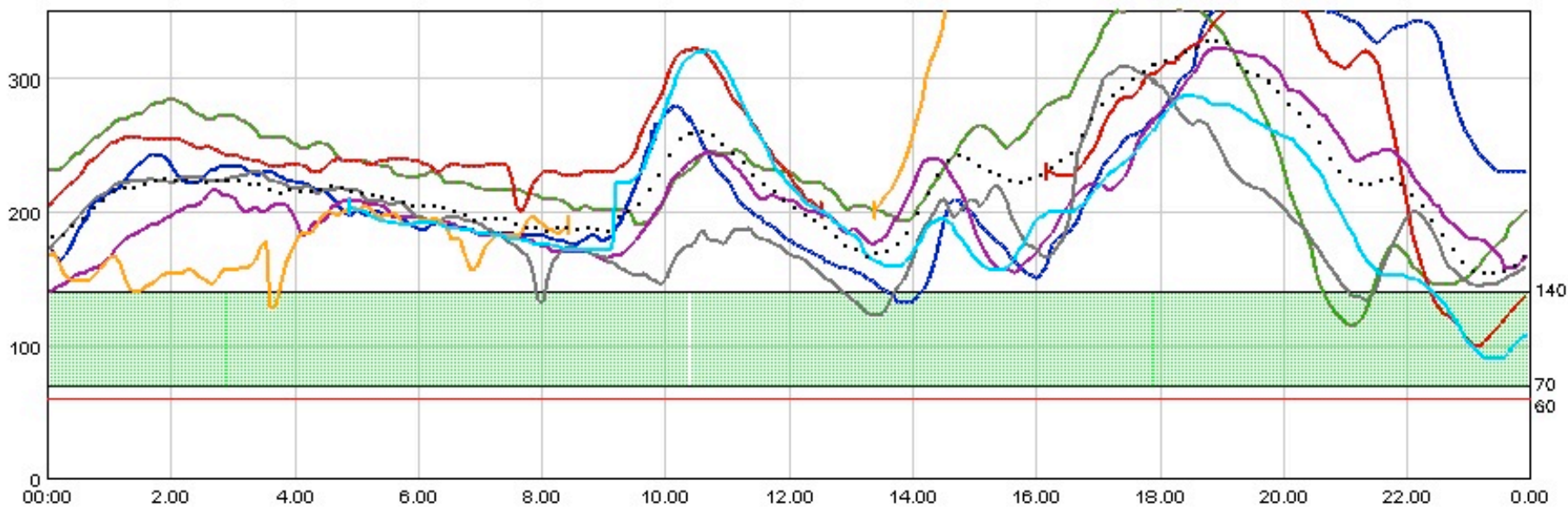
Number of patients (SMBG = 46; usual care = 16)	Baseline (mean \pm SE)	After 6 months (mean \pm SE)	Absolute mean difference (95% CI)	<i>P</i>
HbA _{1c} (%)			-0.5 (-0.9 to -0.0)	0.04
Self-monitoring	8.0 \pm 0.1	6.7 \pm 0.1		
Usual care	7.9 \pm 0.2	7.2 \pm 0.2		
HbA _{1c} (mmol/mol)			-5 (-8 to 0)	0.04
Self-monitoring	63 \pm 1	50 \pm 1		
Usual care	62 \pm 2	55 \pm 2		
Weight (kg)			-3.99(-7.26 to -0.73)	0.02
Self-monitoring	88.4 \pm 2.4	83.9 \pm 2.4		
Usual care	88.0 \pm 4.2	87.5 \pm 4.1		
BMI			-1.4 (-2.6 to -0.21)	0.03
Self-monitoring	31.8 \pm 0.7	30.2 \pm 0.7		
Usual care	30.2 \pm 1.1	30.1 \pm 1.2		

ROSES

- In conclusion, this pilot study shows that a self-monitoring disease management strategy, primarily led by diabetes nurses and allowing a timely and efficient use of self-monitoring readings, is able to improve metabolic control, primarily through lifestyle modifications leading to weight loss.

Dati sensore (mg/dl)

17/10/08 — 18/10/08 — 19/10/08 — 20/10/08 — 21/10/08 — 22/10/08 — 23/10/08 — Media - - -



Studio STAR3

Il sistema integrato (SAP) è risultato efficace nel ridurre i livelli di HbA1c in tutte le fasce di età

	SAP	MDI	Differenza	p-value
Popolazione totale (n=485)	- 0.8 ± 0.8%	- 0.2 ± 0.9%	- 0.6%	<0.001
Gruppo adulti (n=329)	- 1.0 ± 0.7%	- 0.4 ± 0.8%	- 0.6%	<0.001
Gruppo pediatrico (n=156)	- 0.4 ± 0.9%	+ 0.2 ± 1.0%	- 0.5%	<0.001

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- **Essere:**
 - capace di lavorare in Team

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- capace di lavorare in Team
 - Studio ROSES: primarily led by diabetes nurses

capace di lavorare in Team

- **Carbohydrate counting improves coping ability and metabolic control in patients with Type 1 diabetes managed by Group Care.**

Trento M, Trinetta A, Kucich C, Grassi G, Passera P, Gennari S, Paganin V, Tedesco S, Charrier L, Cavallo F, Porta M.

Background and aims: To assess, in patients with Type 1 diabetes (T1DM), the effects of adding a carbohydrate counting programme (CCP) to continuing education by Group Care on coping ability, quality of life (QoL), knowledge of diabetes, and metabolic control.

At the end of study, patients on CCP had better scores in knowledge [difference 0.72 (95% CI 0.44; 0.99), $p < 0.0001$] and the 3 coping areas [problem solving: 1.75 (1.2; 2.3), $p < 0.0001$; social support seeking: -1.4 (-2.3 ; -0.48) $p < 0.005$; avoidance: -1.59 (-2.6 ; -0.56), $p < 0.005$] than controls

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- **Essere:**

- attento al paziente, capace di mediare tra EBM ed esigenze e caratteristiche del paziente

Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review

C Clar, K Barnard, E Cummins, P Royle
and N Waugh for the Aberdeen Health
Technology Assessment Group



- **SMBG may lead to improved glycaemic control only in the context of appropriate education – both for patients and health-care professionals – on how to respond to the data, in terms of lifestyle and treatment adjustment.**
- **SMBG may be more effective if patients are able to self-adjust drug treatment.**

I pazienti hanno bisogno di comprendere i benefici che derivano dall'automonitoraggio

- Quando i pazienti non credono che un trattamento raccomandato (come l'automonitoraggio della glicemia) permetta di ottenere qualche risultato positivo o quando non vedono concreti miglioramenti, tendono a perdere interesse nel continuarlo.
- Molti pazienti:
 - Riferiscono che i loro medici non controllano i valori di glicemia raccolti con l'automonitoraggio.
 - Non sanno come interpretare i risultati.
 - Ritengono che l'automonitoraggio possa far perdere loro motivazione.
 - Spesso considerano singoli valori di glicemia come prove dei loro personali successi o fallimenti.
 - Si scoraggiano e ritengono che i loro sforzi non contino nulla vedendo come siano variabili i propri valori di glicemia.

**Understanding Self-Monitoring of Blood Glucose Among Individuals With Type 1 and Type 2 Diabetes :
An Information –Motivation–Behavioral Skills Analysis**
William A. Fisher, Taylor Kohut, Holly Schachner and Patricia Stenger
The Diabetes Educator 2011 37: 85
DOI: 10.1177/0145721710391479

- To evaluate self-monitoring of blood glucose (SMBG) information deficits, motivational obstacles, and behavioral skills limitations in individuals with type 1 and type 2 diabetes, and to assess the relationship of these deficits with SMBG frequency.

**Understanding Self-Monitoring of Blood Glucose Among Individuals With Type 1 and Type 2 Diabetes :
An Information –Motivation–Behavioral Skills Analysis**
William A. Fisher, Taylor Kohut, Holly Schachner and Patricia Stenger
The Diabetes Educator 2011 37: 85
DOI: 10.1177/0145721710391479

- With respect to SMBG information, approximately 75% of respondents with type 1 and type 2 diabetes did not disagree with the statement that “My body tells me without testing if my blood sugar is low or high.”

**Understanding Self-Monitoring of Blood Glucose Among Individuals With Type 1 and Type 2 Diabetes :
An Information –Motivation–Behavioral Skills Analysis**
William A. Fisher, Taylor Kohut, Holly Schachner and Patricia Stenger
The Diabetes Educator 2011 37: 85
DOI: 10.1177/0145721710391479

- More than one quarter of respondents with type 1 and type 2 diabetes did not disagree with the statement that “My doctor does not need to know my daily blood sugars because he or she has my A1C value.”

- Half of those with type 1 and type 2 diabetes failed to agree that “I should test my blood sugar after meals,”
- 21% of those with type 1 diabetes and 40% of those with type 2 diabetes did not agree that “I know how to look for patterns in my blood sugar readings.”

- **A substantial proportion of participants scored as SMBG uninformed, unmotivated, and unskilled on specific assessment items.** SMBG information, motivation, and behavioral skills deficits were significantly correlated with SMBG frequency, such that **individuals with type 1 or type 2 diabetes, who were less informed, less motivated, and less behaviorally skilled, reported lower frequency of SMBG.**

LA MOTIVAZIONE

La motivazione: Evaluation of a simple policy for pre- and post-prandial blood glucose self-monitoring in people with type 2 diabetes not on insulin

- 273 type 2 diabetic patients not on insulin with HbA1c >7% attending our Diabetes Clinic and already using SMBG were randomized as follows:
- Group A: **one BG profile/month with fasting and post-prandial values**
- Group B: **one BG profile every 2 weeks with pre- and post-prandial values.**

La motivazione

- SMBG was carried out as recommended by 73% of Group A and 44% of Group B patients.
- The influence on BG control was similar for the two policies when compliance was not considered.
- Conclusions: The more intensive SMBG policy considered is associated with improvements in glycaemic control in compliant subjects

Per ottenere una risposta efficace dalla pratica dell'autocontrollo il diabetologo deve:

- **Fare:**
 - Formare il paziente: La personalizzazione della terapia passa attraverso un'istruzione non “generica” ma legata allo scopo

Consensus Recommendations for Improving SMBG Accuracy, Utilization, and Research

- I risultati dei Lavori specifici restano molto variabili soprattutto nei pz. Non insulino trattati. Questo perché gli studi non considerano:
 - Le reali condizioni di utilizzo degli strumenti
 - Quando, per cosa e come i pz. sono stati educati all'utilizzo dell'autocontrollo ed all'interpretazione del dato al fine di una corretta azione
 - **L'insieme di circostanze (fisiologiche, di comportamento e sociali) all'interno delle quali l'autocontrollo viene realizzato.**

Role of Paired-Meal SMBG

L. Jovanovic *The Diabetes Educator* 2009 35: 1023

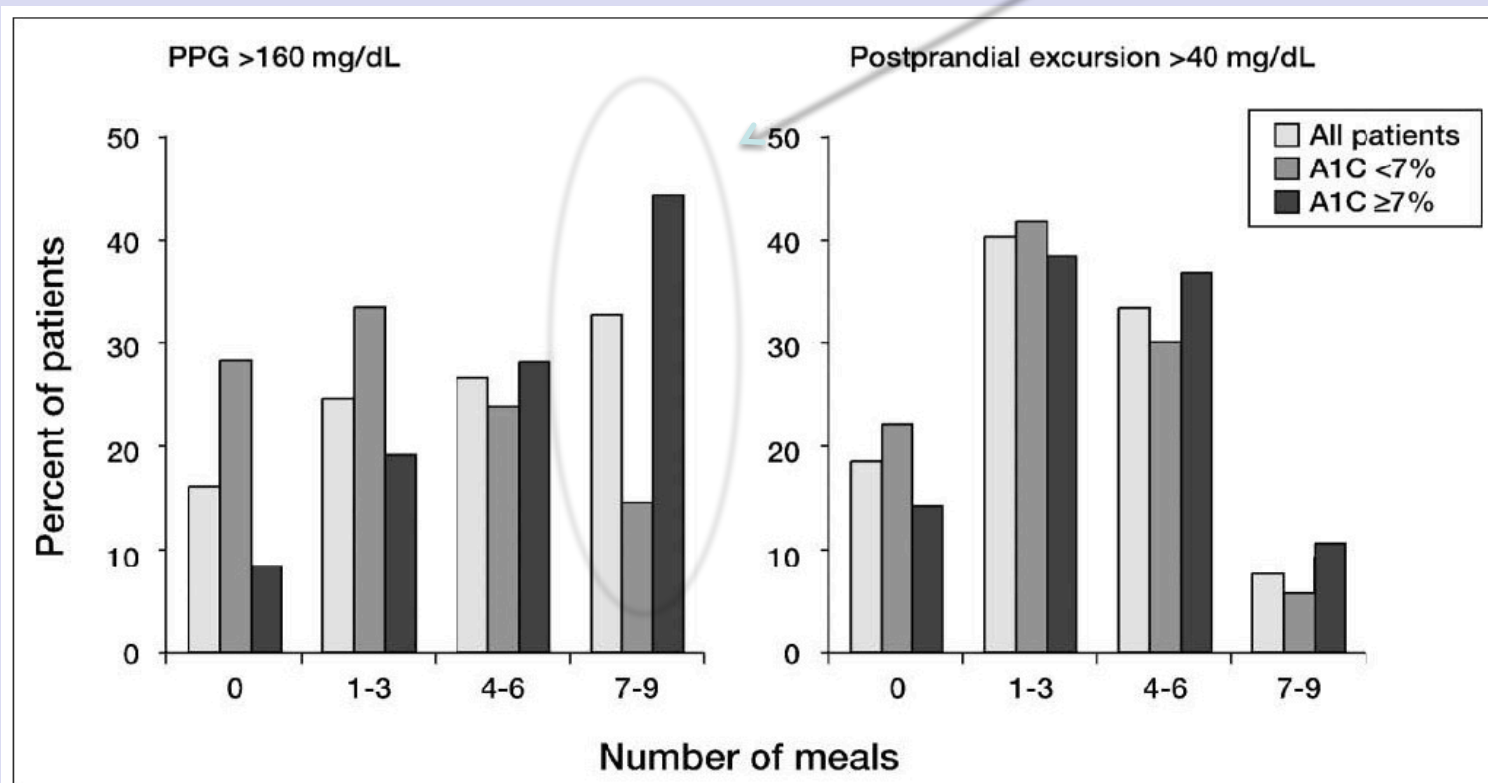


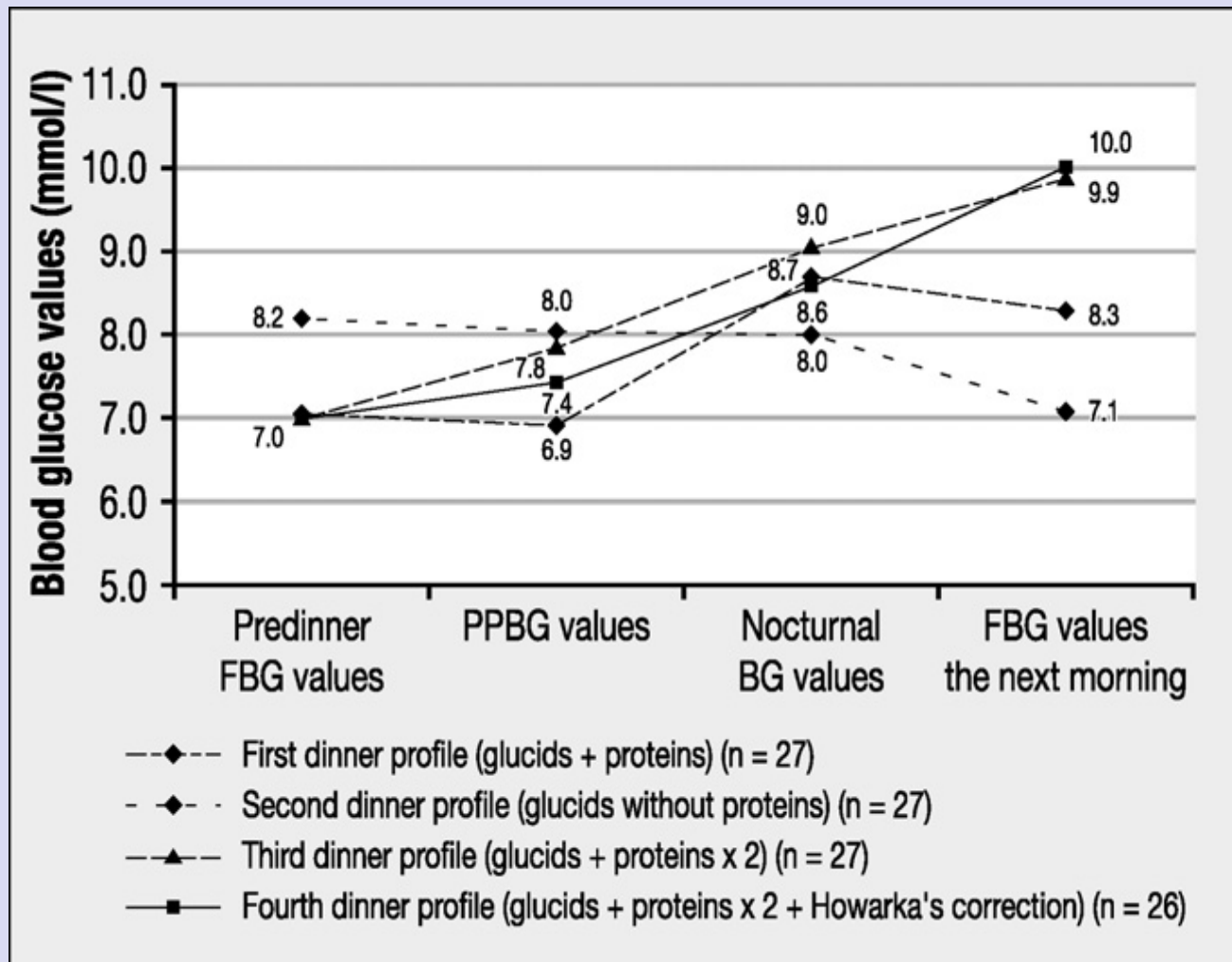
Figure 1. Frequency of PPG >160 mg/dL and glucose excursions >40 mg/dL over 3 days (9 meals) in 3284 noninsulin-treated types 2 diabetes patients.⁶ Source: Bonora E, Corrao G, Bagnardi V, et al. Prevalence and correlates of postprandial hyperglycaemia in a large sample of patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia*. 2006;49:846-854. Adapted with permission from Springer-Verlag.



Real-life application and validation of flexible intensive insulin-therapy algorithms in type 1 diabetes patients[☆]

S. Franc^{a,b,*}, D. Dardari^{a,b,1}, B. Boucherie^{a,b}, J.-P. Riveline^{a,b}, M. Biedzinski^{a,b}, C. Petit^{a,b}, E. Requeda^a, P. Laurent^c, M. Varroud-Vial^a, G. Hochberg^a, G. Charpentier^{a,b}

La conoscenza del puro dato glicemico non è sufficiente



Improvement of glycemic control in subjects with poorly controlled type 2 diabetes: comparison of two treatment algorithms using insulin glargine. [Export](#)

by: [Melanie Davies](#), [Fred Storms](#), [Simon Shutler](#), [Monique Bianchi-Biscay](#), [Ramon Gomis](#), [ATLANTUS Study Group](#)

Diabetes care, Vol. 28, No. 6. (June 2005), pp. 1282-1288.

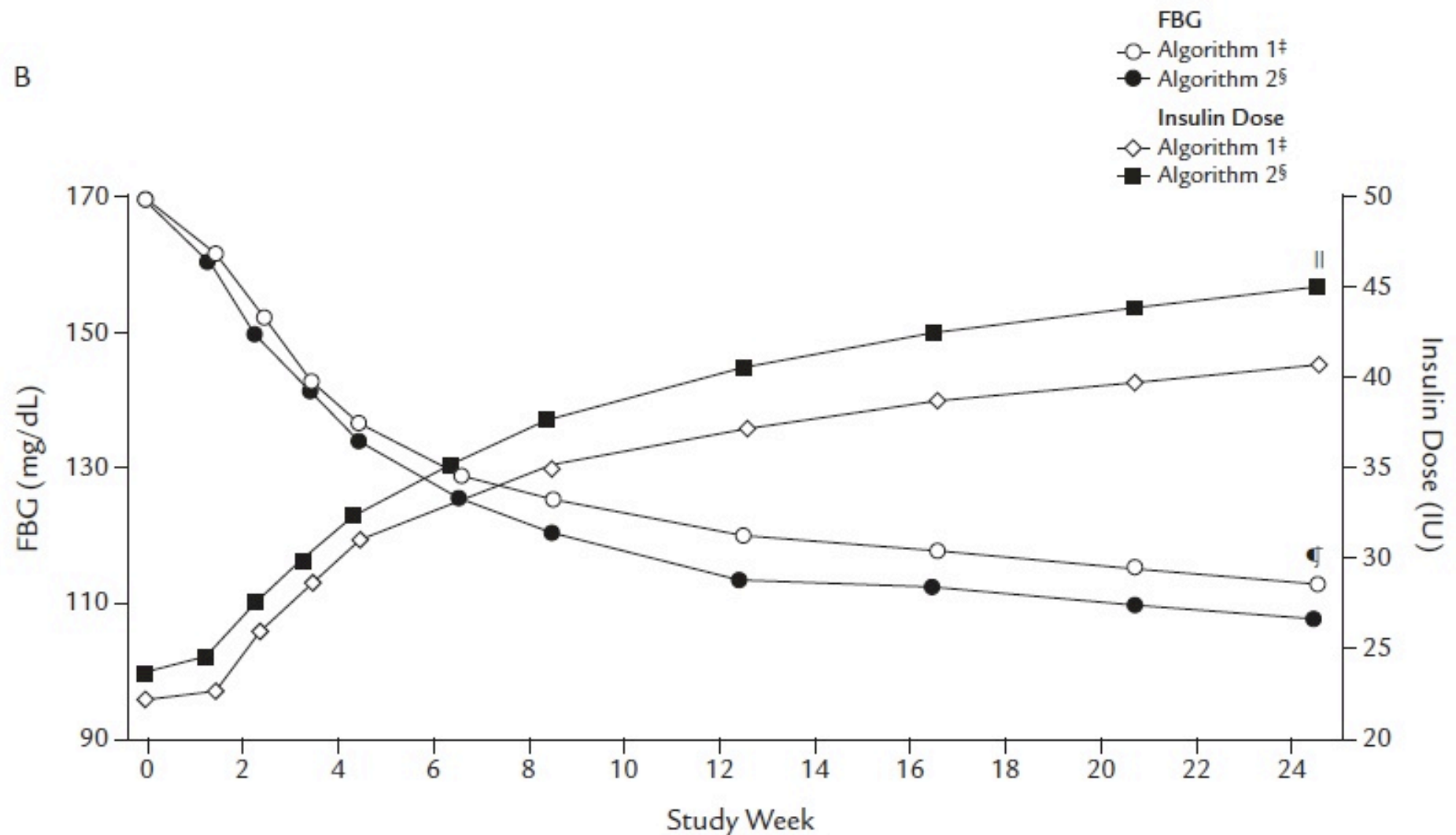
Mean FBG for the previous 3 consecutive days	Increase in daily basal insulin glargine dose (IU)*	
	Algorithm 1: titration at every visit; managed by physician†	Algorithm 2: titration every 3 days; managed by subject†
≥100 mg/dl and <120 mg/dl (≥5.5 mmol/l and <6.7 mmol/l)	0–2 (at the discretion of the investigator)‡	0–2 (at the discretion of the investigator)‡
≥120 mg/dl and <140 mg/dl (≥6.7 mmol/l and <7.8 mmol/l)	2	2
≥140 mg/dl and <180 mg/dl (≥7.8 mmol/l and <10 mmol/l)	4	2
≥180 mg/dl (≥10 mmol/l)	6–8 (at the discretion of the investigator)‡	2

*Target FBG ≤100 mg/dl (≤5.5 mmol/l). †Reviewed by physician at each visit, either in person or over the telephone; titration occurred only in the absence of blood glucose levels <72 mg/dl (<4.0 mmol/l). ‡Magnitude of daily basal dose was at the discretion of the investigator.

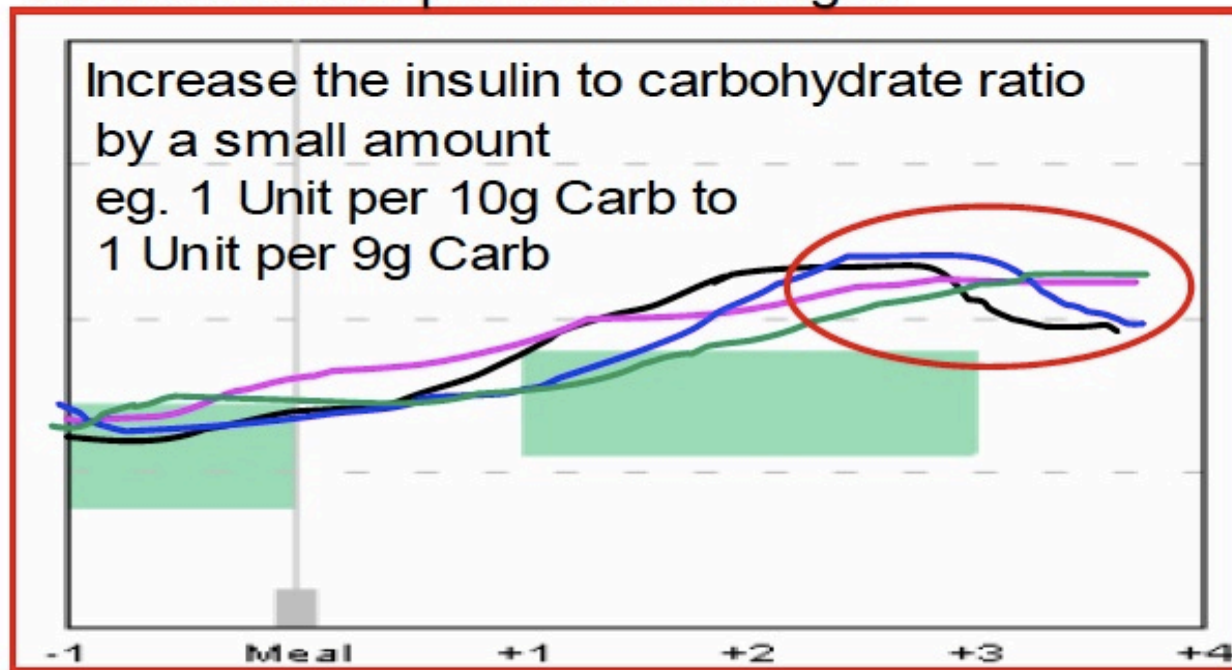
Improvement of glycemic control in subjects with poorly controlled type 2 diabetes: comparison of two treatment algorithms using insulin glargine. [Export](#)

by: [Melanie Davies](#), [Fred Storms](#), [Simon Shutler](#), [Monique Bianchi-Biscay](#), [Ramon Gomis](#), [ATLANTUS Study Group](#)

Diabetes care, Vol. 28, No. 6. (June 2005), pp. 1282-1288.



Are the post meal readings on an average greater than 2mmol/L of the pre-meal readings?



Componenti per il successo dell'autocontrollo

- Motivazione
- **Indicazioni semplici e chiare fornite attraverso un efficace educazione**
- Accuratezza
- Glucometri che con immediatezza fornisco dati necessari alla decisione terapeutica per una analisi efficace

Per ottenere una risposta efficace alla pratica dell'autocontrollo il diabetologo deve:

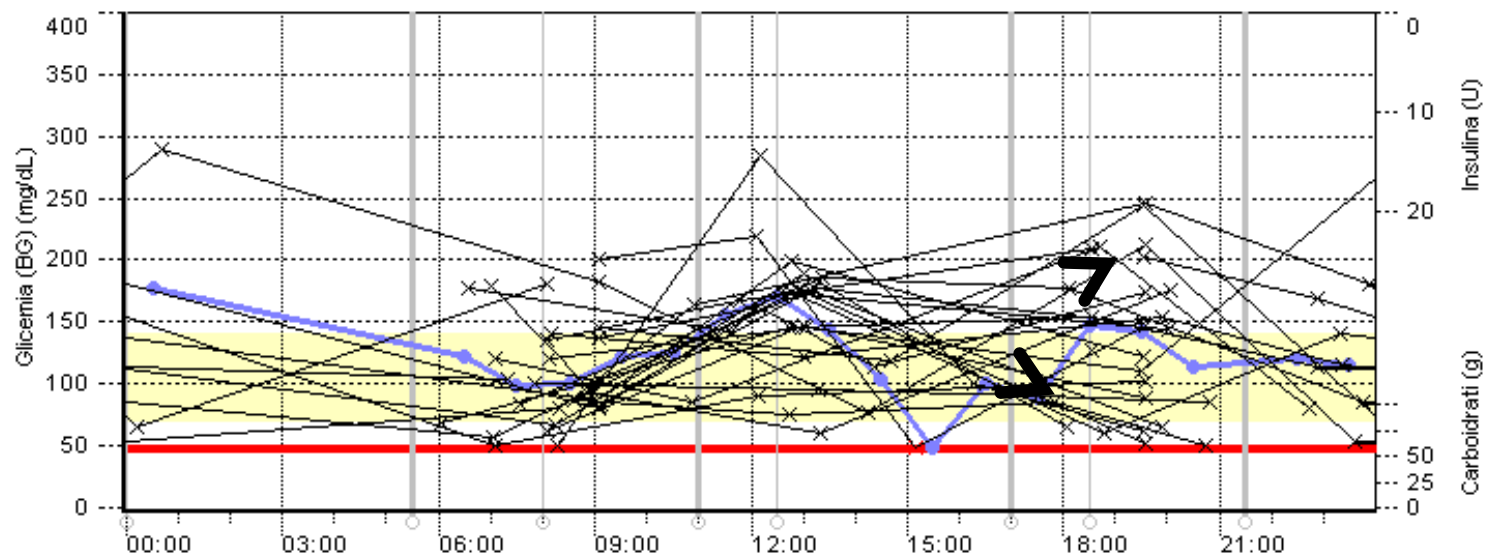
- **Fare:**
- gestire con efficacia i dati (glucometrica); fase assolutamente essenziale per una personalizzazione della terapia

Il trend

Andamento giornaliero
4 settimane fino al 31.03.2011



Numero di serie
693322



Stampa pagina

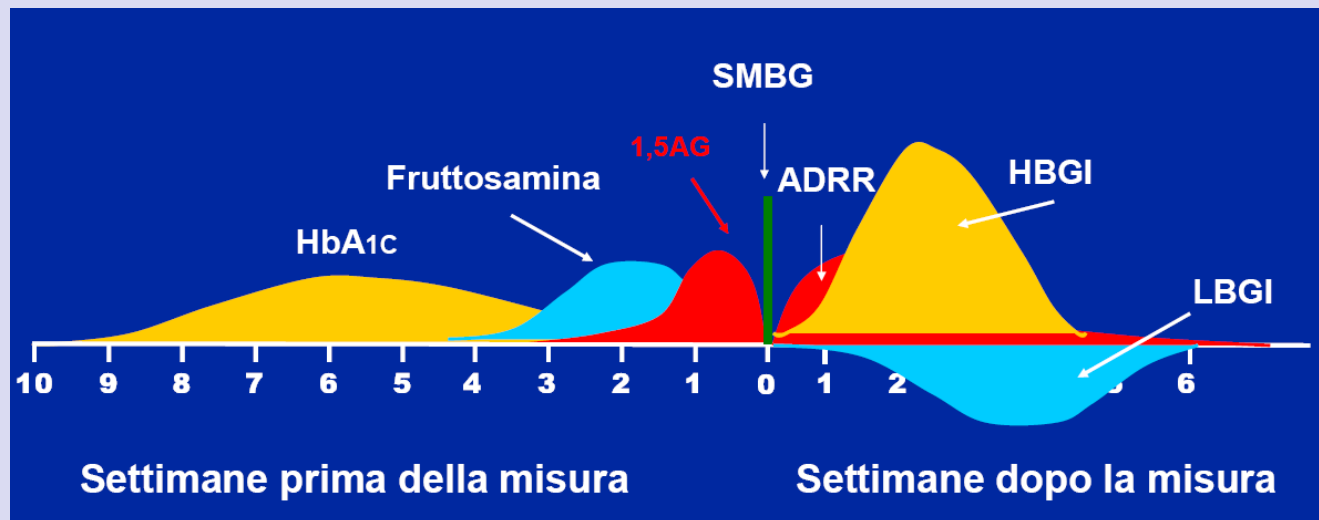
- x Glicemia (BG)
- BG (prima del pasto)
- x Ipo
- BG (dopo il pasto)
- ◆ Glicemia media (MBG)

Valutazione della variabilità glicemica

Come misurarla?

Altri indici sintetici di variabilità glicemica e di rischio ipo/iperglicemico

- Indice M (1969)
- MAGE (1970)
- Lability Index (LI) (2004)
- GRADE (2007)
- LBGI/HBGI/ADRR (1998-2006) ←
- Indici relativi al CGM : analisi temporale della variabilità glicemia



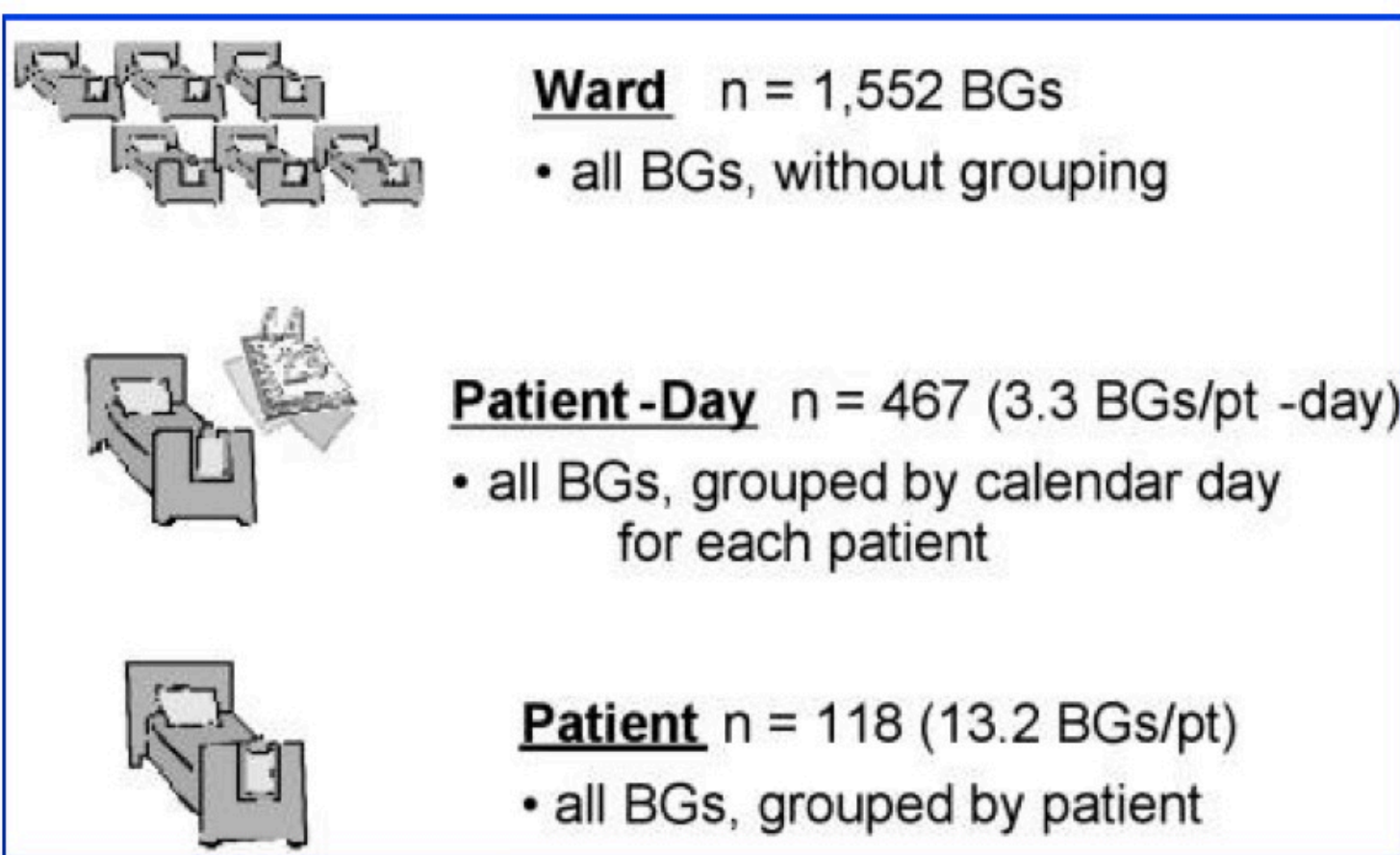


Introducing Glucometrics

- Glucometrics may be defined as the systematic analysis of blood glucose data. This section assumes that you now have a stream or sets of glucose measures data available for analysis as outlined above. Even if this is not so, the principles presented will apply to the more limited data you can obtain using chart or laboratory database sampling strategies

<http://www.hospitalmedicine.org>

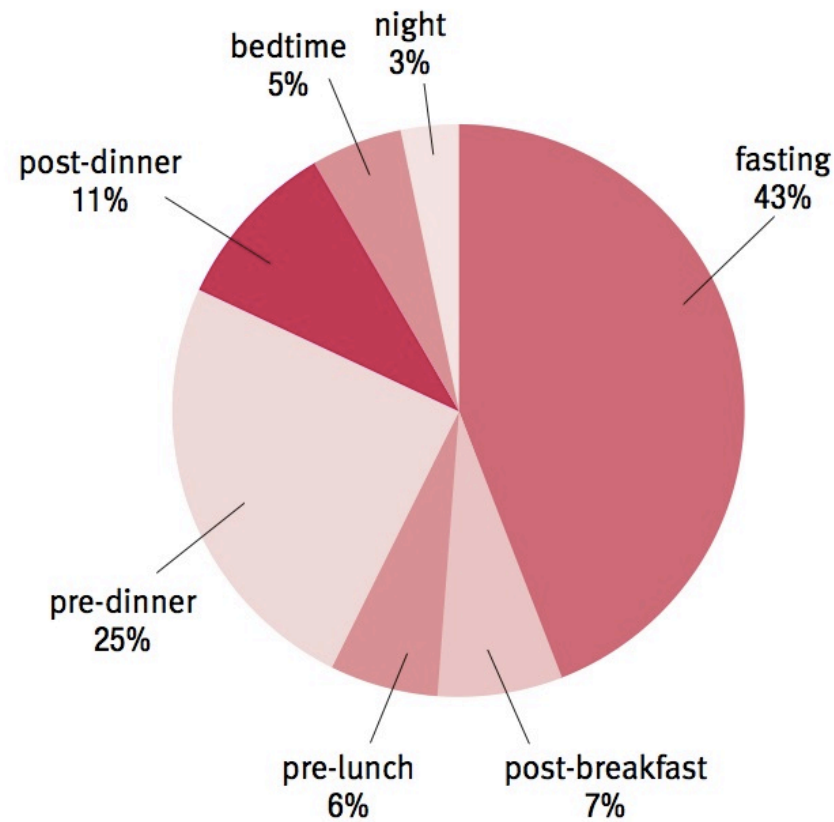
Inpatient glucose metrics



Diabetes Care June 2009 vol. 32 no. 6 1119-1131
Diabetes Technol Ther. 2006 Oct;8(5):560-9

institutional glucometrics to determine glucose control as Practiced by general medicine wards

Figure 1. Distribution of glucose readings throughout the day



Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- **Fare:**
- conoscere gli strumenti che utilizza:
 - Accuratezza

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- **Fare:**
- conoscere gli strumenti che usa:
 - Valutare la funzionalità legata alle caratteristiche del paziente

consecutivi		Prima di colazione	2 ore dopo colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo pranzo	Prima di cena	2 ore dopo cena	Prima di coricarsi	Prima di colazione	2 ore dopo colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo pranzo	Prima di cena	2 ore dopo cena	Prima di coricarsi	Prima di colazione	2 ore dopo colazione	Prima di pranzo	2 ore dopo pranzo	Prima di cena	2 ore dopo cena	
Ora	9,00			12,30	15,30	19,30	22,00	23,00	9,00		12,30	15,00	19,45	20,15	23,10	8,30	10,30	13,00	16,00	19,30	22,00	
Tipo di pasto (Tabella A)	L	L M A		L M A	-	L M A	-	-	-	L M A	-	L M A	-	X M A	-	-	X M A	-	X M A	-	L M A	
Attività fisica (Tabella B)	X 1 2 3	X 1 2 3	X 1 2 3	X 1 2 3	0 X 2 3	X 1 2 3	0 X 2 3	0 X 2 3	0 1 2 3	0 X 2 3	0 X 2 3	0 X 2 3	0 1 X 3	0 X 2 3	0 X 2 3	X 1 2 3	0 1 2 3	0 X 2 3	0 1 X 3	0 X 2 3	X 1 2 3	
Glicemia mg/dl	132		118	172	97	177	101	108		126	116	94	65	77	104	117	119	100	84	182	182	
LIVELLO GLICEMICO	> 288 mg/dl																					
	252-267 mg/dl																					
	216-251 mg/dl																					
	180-215 mg/dl																					
	144-179 mg/dl																					
	108-143 mg/dl	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	72-107 mg/dl																					
36-71 mg/dl																						
< 35 mg/dl																						
Tabella A																						
Tipo di pasto		L	M	A																		
		Leggero	Medio	Abbondante																		
Tabella B																						
Commenti (stress, malattia, sensazione di affaticamento, ecc.)																						
<p>* ADA, Standards of Medical Care in Diabetes</p>																						

Le giornate di dicembre

27/12		28/12	
Colazione	THE senza zucchero 4 Biscotti 1 Caffè	COLAZIONE	1 THE S/ZUCCHERO 4 BISCOTTI 2 CAFFÈ con Saccarina
Pranzo	Roast Beef + carote formaggio 1 Be. VINO 2 fette Pane	PRANZO	PESCE AL FORNO CON VERDURA 1 Be VINO 1 CAFFÈ c/SACCARINA
Cena	Panate Verdine Roast Beef + carote 1 Be VINO 2 Fette Pane	CENA	PROSCIUTTO FORMAGGI PANE 2 FETTE 1 Be VINO

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- Gestire:
 - Il Team

The National Diabetes Education Program (NDEP): Team Care

- Commitment of policy makers to establish and sustain an infrastructure supportive of team care.
- Reimbursement for the services of core team members proportional to their expertise and time involved in diabetes team care.
- Regular communication among team members and documentation of provided care.
- Forming a team requires a planning group to do the following:
 - Ensure the commitment of leadership.
 - Gain support from care providers.
 - Identify team members.
 - Identify the patient population.
 - Stratify the patient population according to the intensity of services needed.
 - Assess resources.
 - Develop a system for coordinated, continuous, quality care.



Cosa è AMD

Gruppo percorsi assistenziali AMD

La nozione di percorsi assistenziali è un po' la stella polare nell'attività teorica e pratica più recente dell'AMD, come spiega il presidente Umberto Valentini nell'intervista, il Gruppo mira non solo e non tanto ad approfondire il concetto quanto a tradurlo in esperienze concrete.



Nicoletta Musacchio

- Nella patologia cronica, e non solo nel diabete, l'assistenza al paziente si esprime attraverso una successione di 'atti di cura' (visite, test, esami clinici, momenti di formazione, interventi sullo stile di vita) messi in atto da diverse persone (incluso il paziente). Nella Medicina delle malattie acute l'"atto di cura" può essere isolato. Nella assistenza al paziente diabetico occorre invece che questi atti siano coordinati fra loro.

Per ottenere una risposta efficace
alla pratica dell'autocontrollo il
diabetologo deve:

- Gestire:
 - I rapporto con gli amministratori



**SOCIETA' ITALIANA
DI DIABETOLOGIA
SEZIONE LOMBARDIA**



Presidi per la cura domiciliare del diabete: una componente strategica nella terapia del diabete da normare nel rispetto dei principi dell'appropriatezza prescrittiva, della qualità e della centralità del paziente.

Legislatura 16 Atto di Sindacato Ispettivo n° 1-00388 Atto n. 1-00388 Pubblicato il 15 marzo 2011 Seduta n. 520

BAIO , TOMASSINI , ADERENTI , ASTORE , BASSOLI , BIANCONI , BIONDELLI , BOSONE , CALABRO' , CHIAROMONTE , D'AMBROSIO LETTIERI , DI GIACOMO , FOSSON , MARINO Ignazio , MASCITELLI , RIZZI , RIZZOTTI , SACCOMANNO

Il Senato, premesso che:

i presidi sanitari sono strumenti essenziali per il controllo medico, per il decorso terapeutico di stati morbosi e/o invalidanti e in alcuni casi sostituiscono o integrano una parte mancante o danneggiata del corpo umano;

impegna il Governo:

A promuovere una corretta diagnosi e terapia delle patologie croniche, come il diabete, o di altre affezioni invalidanti e ad ammettere all'utilizzo nazionale una pluralità di dispositivi medici che siano conformi ai requisiti della normativa comunitaria e alle innovazioni tecnico-scientifiche e rispondano alle esigenze cliniche e personali dei pazienti;

A provvedere alla redazione di linee guida di riferimento per la fornitura dei presidi diabetici al fine di garantire la qualità dei dispositivi, la libera scelta del paziente, un'uniformità su tutto il territorio nazionale e un risparmio della spesa pubblica.

Valore dell'autocontrollo nella cura del Diabete

La persona con Diabete

- Valutare efficacia dello stile di vita adottato e delle terapie
- Valutare l'impatto dei cambiamenti nello stile di vita
- Guida sui cambiamenti nella terapia
- "Self-titration" dei farmaci
- Sistema di Warning per le emergenze glicemiche

Il Diabetologo

- Valutare l'impatto dell'alimentazione ed attività fisico
- Valutare l'efficacia delle modifiche allo stile di vita e terapie
- Sorvegliare:
 - Effetto della titolazione farmaci
 - Variazione terapeutiche
 - Rischio ipo/iperglicemico

Grazie per l'attenzione !



Diabetometro Bottini, per
l'autocontrollo domiciliare
della glicosuria.
(Fonte *TELEDIAB Magazine*,
Ottobre 1993)

Il Museo del Diabete



A cura di:

ASSOCIAZIONE
CENTRO DI DIABETOLOGIA
KAREN BRUNI BØCHER