

# Risultati dell'audit "Subito! Autocontrollo": aumentare il confronto fra specialisti e istituzioni per omogeneizzare i percorsi assistenziali e la spesa sanitaria

Maria Chiara Rossi<sup>1</sup>, Concetta Suraci<sup>2</sup>, Antonino Di Benedetto<sup>3</sup>, Giuseppe Armentano<sup>4</sup>, Paolo Fogliani<sup>5</sup>, Maria Franca Mulas<sup>6</sup>, Carlo B. Giorda<sup>7</sup>, Sandro Gentile<sup>8</sup>  
mrossi@negrissud.it



Safe Uniform Behavioral and drug Intensive Treatment for Optimal control

<sup>1</sup> Dip. Farmacologia Clinica ed Epidemiologia, Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro (CH); <sup>2</sup> U.O.C. Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale Sandro Pertini, Roma; <sup>3</sup> U.O.C. Malattie Metaboliche, A.O.U. Policlinico G. Martino, Messina; <sup>4</sup> Centro Diabetologico DEA - ASP Cosenza; Rossano (CS); <sup>5</sup> U.O.S. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale di Fermo, Fermo; <sup>6</sup> U.O. Diabetologia, Ospedale San Martino ASL 5 Oristano; Oristano; <sup>7</sup> Servizio Dipartimentale di Malattie Metaboliche e Diabetologia, ASL Torino 5, Chieri (TO); <sup>8</sup> Università Federico II, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Napoli.

**Parole chiave:** autocontrollo, prestazione educazione, opinione/attitudini dei medici, aderenza dei pazienti all'autocontrollo

**Key words:** self-monitoring blood glucose, education, opinion/attitude of physicians, patient compliance to self-monitoring blood glucose



Il Giornale di AMD, 2011;14:28-34

## Riassunto

Mentre l'utilità dell'autocontrollo nel paziente con diabete di tipo 1 adulto è indiscussa, il suo utilizzo nel tipo 2 e nel diabete gestazionale è meno supportato dalle evidenze. AMD nell'ambito dell'iniziativa "SUBITO!" ha promosso una survey on-line con l'obiettivo di indagare la variabilità esistente nell'applicazione/utilizzazione dell'autocontrollo in diverse tipologie di pazienti, evidenziando le differenze nell'organizzazione/legislazione delle diverse regioni o aziende sanitarie, e testare le opinioni/attitudini dei diabetologi sulla formazione dei pazienti.

Complessivamente, sono stati compilati 160 questionari da diabetologi operanti in 18 diverse regioni e in strutture con diverso livello di complessità strutturale/organizzativa. Emerge un quadro che delinea una marcata variabilità nell'approccio verso regolamentazione e utilizzo dell'autocontrollo glicemico da parte delle istituzioni, dei medici e dei pazienti. Ad esempio, i dati evidenziano una marcata variabilità tra le regioni nei tetti massimi di prescrizione in categorie analoghe di pazienti; una difforme e per alcuni versi sub-ottimale modalità di gestione della formazione dei pazienti; eterogeneità nell'attitudine dei diabetologi alla prescrizione dell'autocontrollo in base ai profili clinici; una diversa aderenza dei pazienti all'autocontrollo.

Questa fotografia verrà utilizzata da AMD come base conoscitiva per promuovere attività di formazione e produzione di documenti di indirizzo in grado di supportare l'attività degli operatori dei servizi di diabetologia e di garantire un maggiore equità di accesso alle cure alle persone con diabete, a prescindere dal contesto assistenziale in cui sono seguiti.

## Summary

While the role of self-monitoring blood glucose (SMBG) in adults with type 1 diabetes is uncontested, its use in type 2 and gestational diabetes is not supported by equally strong evidence. In the context of the larger "SUBITO!" initiative, the AMD scientific society promoted an on-line survey aiming to investigate the level of variability in the application/use of SMBG in several categories of patients, taking into consideration possible differences in the regional legislation or between-center organization and in the opinions/attitudes of physicians towards SMBG.

Overall, the questionnaire was filled in by 160 diabetologists working in 18 different Italian regions and in diabetes centers having different levels of structural/organization complexity. Results suggest the existence of a wide variability in terms of regulation, use of SMBG, attitudes of physicians, and skills of patients. A large geographic variability was found in the maximum number of SMBG strips allowed for reimbursement in a same category

*of patients. Approaches to patient education and attitudes to prescribe SMBG on the basis of specific clinical profiles also showed a marked variation, such as the patient compliance.*

*These findings will be used by AMD to promote educational activities for healthcare operators and to produce new guidelines/documents to support clinical practice and policy making, in order to ensure equity of care, irrespectively of the healthcare context.*

## Premessa

Prosegue con successo la grande iniziativa SUBITO! AMD, finalizzata a migliorare il compenso metabolico alla diagnosi, esordio e presa in carico del paziente nel più breve tempo possibile al fine di ridurre le complicanze negli anni successivi.

In tale contesto, SUBITO! si sta avvalendo di una serie di questionari on-line finalizzati a conoscere le opinioni e le attitudini dei soci su specifici aspetti dell'assistenza.

La terza survey, disponibile sul sito dell'associazione nel periodo dicembre 2010 - febbraio 2011, era specificamente incentrata sulla problematica dell'autocontrollo glicemico. Infatti, mentre le linee-guida internazionali e italiane sanciscono l'utilità dell'autocontrollo nel diabete di tipo 1, le evidenze sulla sua efficacia nel diabete tipo 2 sono più controverse. Mentre l'utilizzo dell'autocontrollo paziente con diabete di tipo 1 adulto è indiscusso, è importante, in attesa di nuovi trial clinici che risolvano le controversie, omogeneizzare i comportamenti in quelle popolazioni (tipo 2 e gestazionale) in cui l'uso dell'auto-monitoraggio è meno supportato dalle evidenze.

Allo stato attuale, studi recenti e revisioni sistematiche dimostrano che, quando usato in modo opportuno per una modifica tempestiva della terapia, l'autocontrollo può produrre miglioramenti significativi sul controllo metabolico anche nel diabete di tipo 2 (1-6). Di contro, un uso sub-ottimale dell'autocontrollo, ovvero misurazioni glicemiche frequenti accompagnate da un'azione educativa inadeguata/incompleta o da un uso parziale o assente dei dati raccolti da parte del medico per modificare la terapia hanno un impatto negativo sulla qualità di vita del paziente e sui costi della terapia (7-8).

In questo contesto di incertezza sull'utilizzo dell'autocontrollo in specifiche tipologie di pazienti, di regionalizzazione dell'assistenza e di necessità di contenimento dei costi sanitari, questa survey aveva l'obiettivo di indagare le differenze esistenti nell'applicazione/utilizzazione dell'autocontrollo nei diversi centri italiani, evidenziare le differenze nell'organizzazione/normativa delle diverse regioni o aziende sanitarie, e testare le opinioni/attitudini dei diabetologi sull'autocontrollo e sulla formazione dei pazienti.

## Materiali e metodi

Il questionario era compilabile on-line previa registrazione dell'utente. La scheda era suddivisa in 6 sezioni, riguardanti rispettivamente:

- dati dell'utente: nome, età, sesso, regione, centro di appartenenza, se apicale del servizio e specializzazione;
- dati sul centro di diabetologia: collocazione ospedalie-

ra, universitaria o territoriale del servizio, numero ore/settimana di attività ambulatoriale di medici, infermieri e dietisti, disponibilità di una cartella informatizzata, volume di pazienti con diabete di tipo 1, di tipo 2 e gestazionale visti nell'anno 2009;

- dati regionali sull'autocontrollo: esistenza di un regolamento regionale per la prescrizione di strisce, di un piano terapeutico per l'erogazione, retribuzione dell'attività educativa individuale e di gruppo, pagamento del ticket per le prestazioni educazionali, esistenza di una commissione diabetologica regionale sulla normativa per l'autocontrollo;
- dati sull'organizzazione delle strutture per le attività legate all'autocontrollo: esistenza di un regolamento interno per la prescrizione di strisce, figure deputate all'addestramento, tempi dedicati all'addestramento, attività formative di gruppo, verifiche delle abilità acquisite dal paziente, utilizzo della cartella informatizzata, utilizzo di materiale educativo, prescrizione di algoritmi per la gestione della terapia insulinica, tetto massimo di strisce prescrivibili in diverse tipologie di pazienti, norme per la prescrizione.
- opinione dei medici su: livello di conoscenza delle norme cui devono rispondere gli strumenti, utilità dell'autocontrollo in determinate tipologie di pazienti e per migliorare specifici aspetti della cura, approccio personale alla prescrizione di glucometri e strisce.
- dati sul comportamento dei pazienti avviati all'autocontrollo: livello di aderenza compliance e di empowerment.

I risultati dell'indagine sono espressi come percentuali, mediana e range oppure, per i dati più asimmetrici, come mediana e range oppure come mediana e range interquartile.

I risultati si riferiscono generalmente al totale degli intervistati. Nelle sezioni 'Caratteristiche dei centri' e Dati sull'organizzazione delle strutture per le attività legate all'autocontrollo' alcune analisi sull'organizzazione del sistema e delle normative sono state effettuate selezionando solo gli apicali dei servizi (N=53), per evitare la moltiplicazione delle risposte relative ad uno stesso centro.

## Risultati

### 1. Caratteristiche degli utenti

Complessivamente, sono stati compilati 173 questionari, di cui 160 analizzabili. Il 59,7% dei responders aveva partecipato al precedente AUDIT SUBITO!; il 65,5% era di sesso maschile e l'età (mediana e range) era 52 (27-71) anni, con le donne mediamente più giovani dei maschi: 47 vs. 53 anni.

Il 39,7% dei partecipanti era rappresentato dagli apicali dei servizi, mentre, per quanto riguarda la distribuzione delle specializzazioni, il 64,2% era rappresentato da diabetologi, l'11,6% da internisti e il 5,8% da endocrinologi. Il 64,2% era impiegato strutture ospedaliere, il 29,8% in strutture universitarie e il 6,0% in strutture territoriali.

**Tabella 1.** Caratteristiche degli intervistati per regione.

	N totali	% apicali	% maschi	Età media (anni)
Abruzzo	9	67,7	33,3	55 (51 - 58)
Calabria	3	33,3	33,3	51 (51 - 51)
Campania	34	26,5	79,4	51 (32 - 71)
Emilia Romagna	10	63,6	60,0	58 (36 - 59)
Friuli Venezia Giulia	6	83,3	80,0	59 (49 - 70)
Lazio	14	35,7	57,1	56 (42 - 66)
Liguria	4	25,0	75,0	60 (45 - 62)
Lombardia	12	41,7	66,7	52 (40 - 64)
Marche	7	28,6	28,6	52 (43 - 58)
Molise	6	50,0	66,7	54 (42 - 60)
Piemonte	15	20,0	73,3	47 (33 - 59)
Puglia	6	50,0	66,7	48 (44 - 60)
Sardegna	7	14,3	57,1	47 (39 - 53)
Sicilia	15	26,7	73,3	52 (27 - 61)
Toscana	3	0,0	100,0	44 (42 - 46)
Trentino Alto Adige	1	0,0	100,0	Non disponibile
Umbria	3	33,3	66,7	49 (37 - 57)
Veneto	3	0,0	75,0	41 (38 - 44)

Con l'eccezione di Basilicata e Val D'Aosta, tutte le regioni italiane erano rappresentate. Il numero mediano di partecipanti per regione era di 7 con range da 1 (Trentino Alto Adige) a 34 (Campania). Le caratteristiche dei partecipanti sono riassunte in tabella 1.

## 2. Caratteristiche dei centri

Selezionando il sottogruppo degli apicali del servizio (N=53) per avere una sola risposta per centro, nei diversi servizi rappresentati, il volume di pazienti visti nell'anno 2009 era così distribuito (mediana e range):

- Diabete di tipo 1: 110 (3 - 1200) pazienti;
- Diabete di tipo 2: 2444 (180 - 8345) pazienti;
- Diabete gestazionale: 30 (0 - 350) pazienti;

Il numero di ore/settimana (mediana e range) di attività ambulatoriale del medico e dell'infermiere sono sovrapponibili ma con una variabilità maggiore per quest'ultimo: 35 (5-266) e 36 (0-114) ore, rispettivamente. Il numero di ore/settimana di attività ambulatoriale dei dietisti è invece pari a 6 (0-114) ore.

Il 79,6% dei responders ha dichiarato di utilizzare una cartella informatizzata nella propria struttura; questa nel 20,0% dei casi era rappresentata da una cartella aziendale e nell'80,0% dei casi da una cartella diversa, che nell'83,9% dei casi era rappresentata da Eurotouch-Lifescan SpA).

## 3. Dati regionali sull'autocontrollo:

Passando ai dati regionali, è emerso che l'esistenza

di un documento regionale per la prescrizione/erogazione delle strisce era nota dal 100% dei responders di Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria e Veneto, mentre l'assenza di tale documento era segnalata dal 100% dei responders del Molise. Nelle altre regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Lombardia, Sardegna, Campania e Sicilia) l'esistenza del documento era nota alla maggioranza dei responders (dal 75% al 93,3%). Interessante è il dato della Puglia, l'unica regione con risposte molto disomogenee: per il 50% 'No', per il 33% 'Non so', per il 16% 'Sì'.

Alla domanda 'Per l'erogazione dei presidi (strisce) è previsto un piano terapeutico?', hanno risposto 'Sì' nel 100% dei casi nelle seguenti regioni: Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Trentino Alto Adige, Veneto. In Friuli Venezia Giulia si è registrata una netta prevalenza dei 'No' pari all'80% dei responders, mentre nelle altre regioni la prevalenza dei 'Sì' oscillava tra il 66,7 e il 93,3% dei casi.

Alla domanda 'Il paziente paga il ticket per le prestazioni di educazione terapeutica se non esente per reddito o per invalidità?', per alcune regioni il risultato è stato più netto, con una prevalenza di oltre il 60% dei 'Sì' in Abruzzo, Campania, Sicilia, Lombardia e Liguria e Trentino Alto Adige o una prevalenza del 'No' in Molise, Toscana, Emilia Romagna, Sardegna, Veneto, Piemonte e Marche. Di questo dato colpisce la elevata prevalenza dei 'Non so', tra il 25% e il 100%, in regioni come il Friuli Venezia Giulia, il Lazio, il Molise, la Toscana, l'Umbria, la Puglia e la Calabria.

Una certa variabilità tra le regioni nelle risposte è stata riscontrata anche per quanto riguarda la domanda 'Esiste una commissione diabetologica regionale che ha competenza sulla normativa per l'autocontrollo?'; infatti, una prevalenza di oltre il 60% dei 'Sì' è stata riscontrata in Toscana, Umbria, Campania, Marche e Piemonte contro una prevalenza di 'No' in Veneto, Abruzzo, Calabria, Liguria e Trentino Alto Adige. Di nuovo, colpisce l'entità della prevalenza dei 'Non so', tra il 30% e l'80% in diverse regioni quali Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Lombardia e Puglia.

La retribuzione per l'attività educativa è circa 1 euro/seduta per gli incontri di gruppo e circa 4,4 euro/seduta per gli incontri individuali in quasi tutte le regioni; solo in Friuli Venezia Giulia è lievemente più elevata (1,3 e 5,5 euro/seduta rispettivamente), mentre in Toscana la retribuzione è praticamente raddoppiata a 2,34 e 8,18 euro/seduta.

## 4. Dati sull'organizzazione delle strutture per le attività legate all'autocontrollo

Selezionando il sottogruppo degli apicali del servizio (N=53) per avere una sola risposta per centro, la percentuale (mediana e range interquartile) di pazienti con diabete di tipo 1 in autocontrollo nel 2009 nei diversi centri

**Tabella 2.** Tetto massimo mensile di strisce per l'autocontrollo prescrivibili ad alcune specifiche categorie di pazienti in condizioni di base (non in fase di scompenso) presso ciascuna struttura.

Categoria	% di centri in cui non è previsto l'autocontrollo per la specifica categoria di pazienti	% di centri in cui non è previsto tetto massimo mensile per la specifica categoria di pazienti	tetto massimo di strisce prescrivibili nelle diverse strutture in cui il dato è applicabile (mediana e range interquartile)
Donne con GDM in terapia dietetica	11,1	8,9	55 (27,5 - 100)
Donne con GDM in trattamento insulinico	2,2	6,5	137,5 (100 - 175)
Diabetiche in gravidanza	2,1	10,4	150 (120 - 175)
Pazienti con DMT2 in trattamento solo dietetico	55,1	2,0	13,75 (8 - 20)
Pazienti con DMT2 in trattamento con insulino-sensibilizzanti	25,5	2,1	15 (8 - 25)
Pazienti con DMT2 in trattamento con secretagoghi	4,2	4,2	25 (20 - 35)
Pazienti con DMT2 in trattamento con I-DPP4	22,9	2,1	25 (10 - 27,5)
Pazienti con DMT2 in trattamento con agonisti GLP-1	22,9	2,1	25 (16,5 - 30)
Pazienti con DMT2 in terapia combinata (1 insulina + ipo-orali)	4,2	2,1	50 (32 - 60)
Pazienti con DMT2 in terapia insulinica convenzionale (2 somministrazioni/die)	2,1	2,1	60 (50 - 90)
Pazienti adulti DMT1 o DMT2 in terapia insulinica intensiva (3 o 4 somministrazioni/ die)	2,1	2,1	120 (100 - 125)
Pazienti in terapia con microinfusore	10,6	6,4	150 (120 - 175)
Pazienti con DMT1 in età pediatrica	20,0	5,0	150 (120 - 180)

era pari al 100 (95-100)%, mentre per il tipo 2 la proporzione era pari al 70 (50-90)%.

Al quesito 'Presso la tua struttura, quale figura professionale si occupa dell'addestramento all'autocontrollo', nell'83,3% dei casi è stato risposto 'solo l'infermiere', nel 9,3% dei casi 'solo il medico', in nessun centro 'medico + infermiere', nel 7,4% dei casi 'Altro' (dietista, assistente sociale o nessuno).

Per quanto riguarda il tempo in cui viene effettuato l'addestramento dei pazienti all'autocontrollo, il 29,6% dei partecipanti ha risposto "Durante la visita", il 18,5% "In tempi dedicati" e la quota restante "In entrambe le situazioni".

Inoltre, i centri nei quali erano strutturati incontri di gruppo erano il 53,9%; 'Verifiche generiche' delle abilità acquisite dal paziente venivano effettuate dal 73,1% dei centri, mentre 'Verifiche con check-list specifiche' venivano effettuate dal 23,1%; di contro, il 3,9% dei centri dichiarava di non fare nessuna verifica. Nella maggioranza dei casi le verifiche venivano fatte dall'infermiere (87,7%), mentre venivano fatte dal medico nel 10,2% dei casi e da altre figure nel 3,5%; le informazioni per l'autogestione venivano date dall'infermiere nel 53,8% dei centri, dal medico nel 44,2%, da altre figure nell'1,9%.

La tabella 2 riporta informazioni sui tetti massimi mensili di strisce prescrivibili in condizioni di base (non in fase di scompenso) presso ciascuna struttura ad alcune specifiche categorie di pazienti.

Nel 42,9% dei centri nella prescrizione dell'autocontrollo l'indicazione del nome delle strisce è 'obbligatoria', nel 53,1% è opzionale, nel 4,1% è vietata.

Le stesse regole per la prescrizione dell'autocontrollo

applicate in ciascun centro valevano per l'intera ASL nel 76,9% dei casi e per l'intera regione nel 39,6% dei casi.

Considerando il campione totale di partecipanti, invece, è emerso che i medici soliti registrare le informazioni sull'attività educativa, i risultati e le verifiche sulla cartella clinica erano il 50,9%.

Materiale educativo veniva fornito regolarmente ai pazienti dal 76,6% dei medici, mentre non veniva fornito dal 22,1%; l'1,2% ha dichiarato di fornire solo "a volte" materiale educativo ai pazienti.

Algoritmi per l'autogestione della terapia venivano sistematicamente forniti ai pazienti dal 43% dei responders, non forniti dal 10,9% e forniti "solo ad alcuni pazienti" dal 46,1%.

Utilizzavano lo scarico dei dati dal glucometro sul computer complessivamente il 67,7% degli intervistati e la percentuale media dei pazienti coinvolti nello scarico era pari al 20% con range 0-100%.

Alla domanda 'Esiste un documento/regolamento per la prescrizione dell'autocontrollo presso la struttura ove operi?', il 67,3% ha risposto 'Sì', il 28,6% ha risposto 'No', il 4,1% ha risposto 'Non so'.

### 5. Opinione dei medici su alcuni aspetti dell'autocontrollo

Questa sezione del questionario è stata utilizzata per chiedere ai medici alcuni pareri sui glucometri oggi disponibili in Italia e sull'approccio al loro utilizzo. In particolare:

- al quesito 'Conosco le norme alle quali devono rispondere gli strumenti in commercio in Italia?' il 55,6% ha risposto 'Sì' e il 44,4% 'No';
- al quesito 'Per immettere sul mercato uno strumento per l'automonitoraggio glicemico è sufficiente che il produttore dichiari che lo strumento è confor-

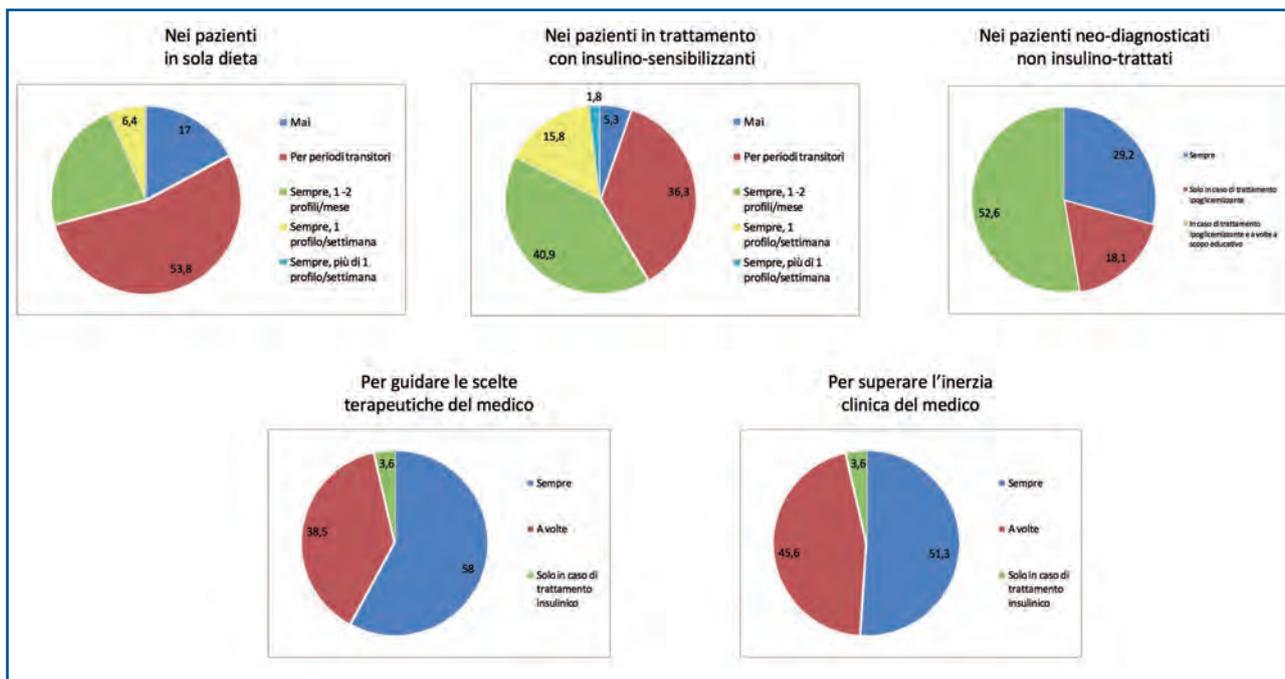


Figura 1. Opinione dei medici: nel diabete di tipo 2, l'autocontrollo è utile ?

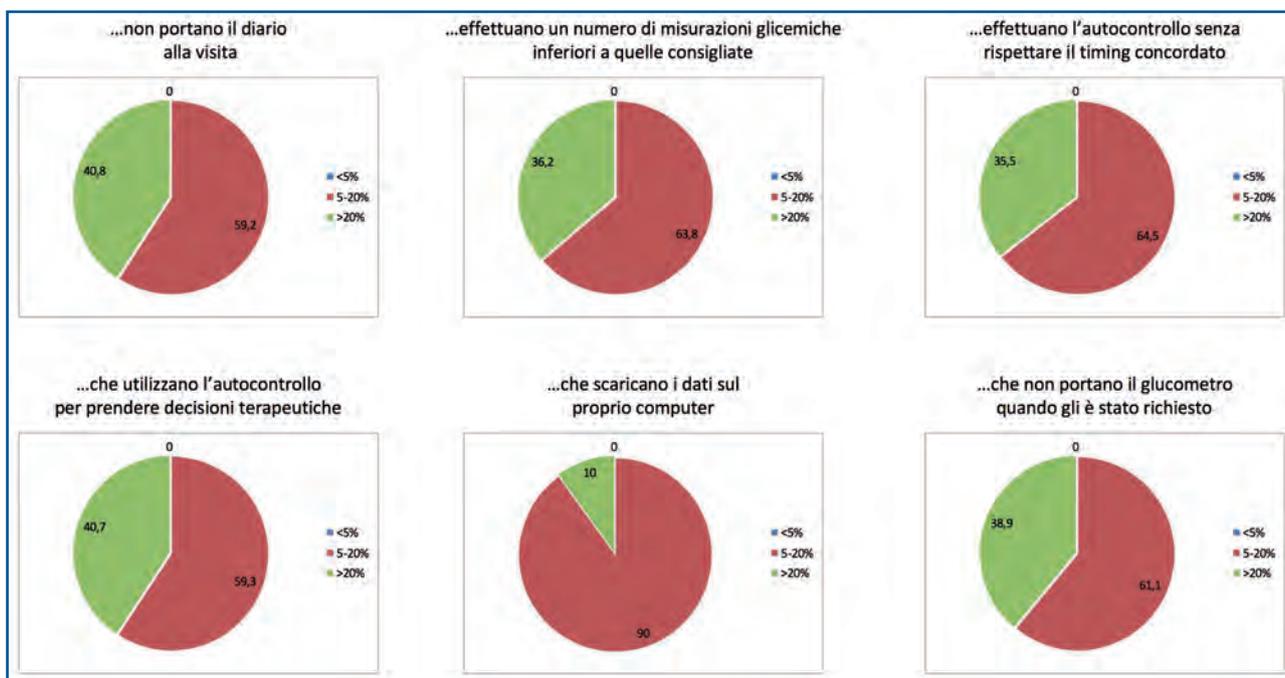


Figura 2. Comportamento dei pazienti avviati all'autocontrollo. Percentuale di pazienti che...?

me alle norme ISO in relazione all'accuratezza della misurazione del valore della glicemia?' il 36,8% ha risposto 'Sì', il 24,0% 'No' e il 39,2 'Non so';

- al quesito 'Eseguo un test di accuratezza versus dato di laboratorio prima di utilizzare un nuovo strumento?' 23,8% ha risposto 'Sì', il 32,9% 'No', il 43,9% 'A volte'.

Poi, è stata verificata l'opinione dei partecipanti sull'utilità dell'autocontrollo in specifiche tipologie di

pazienti con diabete di tipo 2 (trattati con sola dieta, trattati con insulino-sensibilizzanti, neo-diagnosticati che non necessitano di insulina) oppure per guidare le scelte terapeutiche e per superare l'inerzia clinica del medico (Figura 1).

Inoltre, al quesito 'Ritengo utile la prescrizione autonoma da parte del medico di medicina generale dell'autocontrollo?' il 15,2% ha risposto 'Sì', il 38,4% 'No' e

il 46,3% 'Solo in casi particolari'; al quesito 'Ritengo utile il coinvolgimento di parenti o caregivers nella gestione dell'autocontrollo?' il 15,2% ha risposto 'Sì, ma solo con persone non autosufficienti', il 38,4% 'Sì, l'autocontrollo serve anche a sensibilizzare la famiglia al problema del diabete' e il 46,3% 'Quasi mai'; al quesito 'Ritengo che un eccesso di attenzione all'autocontrollo nei pazienti non insulino-trattati può distogliere il paziente da altri fattori (peso, pressione, lipidi)?' il 23,9% ha risposto 'Sì', il 46,6% 'No' e il 29,9% 'Molto raramente'; per il quesito 'Ritengo sostanziali alcune caratteristiche specifiche dei diversi tipi di glucometri in commercio?', la distribuzione delle risposte è stata 'Sì': 56,9%, 'No': 7,8%, 'Solo per patologie particolari di pazienti': 35,3%; infine per il quesito 'Ritengo importante indicare nelle prescrizioni il nome commerciale delle strisce?', le risposte sono state 'Sì' nel 72,4% dei casi, 'No' nel 22,7%, 'Non so' nel 4,9%.

#### 6. Comportamento dei pazienti avviati all'autocontrollo

Le informazioni sull'atteggiamento dei pazienti in termini di aderenza al trattamento e di capacità di utilizzare i valori misurati per modificare stile di vita e terapia sono riassunte in figura 2.

## Conclusioni

In attesa di poter implementare le linee-guida sulla base di nuove evidenze cliniche, questa survey offre importanti spunti di riflessione. Innanzitutto, l'indagine è riuscita a mappare piuttosto bene le diverse realtà assistenziali presenti in Italia. Si evidenzia, quindi, che non solo le caratteristiche strutturali/organizzative dei singoli centri possono differire in misura marcata in termini di collocazione, ore di attività ambulatoriali, volume di pazienti e disponibilità di personale, ma che anche le normative o i regolamenti differiscono in maniera sostanziale da regione a regione, se non tra singole ASL. D'altra parte, nella maggioranza delle regioni non è attiva una Commissione regionale per il Diabete.

Inoltre, è degno di nota come le prestazioni educative vengano retribuite in maniera difforme in alcune realtà e, in ogni caso, probabilmente con tariffe che non ne riflettono la reale rilevanza assistenziale; tuttavia in Piemonte attualmente si è in attesa della applicazione del nuovo tariffario che prevede un costo di 11 euro a seduta.

Inoltre, è possibile osservare come in alcuni casi, ma non in altri, siano previsti il ticket, i tetti massimi per la prescrizione o l'indicazione del nome specifico delle strisce nella prescrizione.

Emerge in aggiunta come ogni singolo centro organizzi l'attività di formazione del paziente, la verifica delle abilità acquisite e la revisione dei dati dell'autocontrollo in modo autonomo, sulla base delle attitudini personali e delle risorse informatiche e professionali di cui dispone. Emerge, inoltre, un quadro piuttosto etero-

geneo sulle opinioni di utilità dell'autocontrollo nei pazienti neo-diagnosticati non trattati con insulina ed in quelli in sola dieta o trattati con insulino-sensibilizzanti, nei quali la prescrizione dell'autocontrollo è sostanzialmente guidata dall'opinione del singolo medico.

D'altra parte, come ricaduta, i quesiti che riassumono l'aderenza del paziente verso l'autocontrollo mostrano come, in presenza di programmi educativi e di strumenti di verifica del livello di consapevolezza raggiunto non pienamente standardizzati e intensivi, le potenzialità dell'autocontrollo non siano del tutto comprese o sfruttate; tuttavia, in questo ambito, colpisce positivamente la quota di pazienti in grado di utilizzare l'autocontrollo per prendere decisioni terapeutiche.

Questa fotografia verrà utilizzata da AMD come base conoscitiva per promuovere attività di formazione e produzione di documenti di indirizzo in grado di guidare le azioni dei diabetologi e del team multidisciplinare operante nei servizi; lo scopo primario sarà ridurre la variabilità esistente nell'approccio all'autocontrollo glicemico da parte delle istituzioni, dei medici e dei pazienti, per garantire un maggiore equità di accesso alle cure e una piena efficacia degli strumenti terapeutici a disposizione a tutti le persone con diabete, a prescindere dal contesto assistenziale nel quale vengano seguite.

## BIBLIOGRAFIA

1. Franciosi M, Lucisano G, Pellegrini F, Cantarello A, Consoli A, Cucco L, Ghidelli R, Sartore G, Scianguola L, Nicolucci A; on behalf of the ROSES Study Group. 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; [in press]
2. Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005; 28: 1510-1517.
3. Sarol JN Jr, Nicodemus NA Jr, Tan KM, Grava MB. Self-monitoring of blood glucose as part of a multi-component therapy among non-insulin-requiring type 2 diabetes patients: a meta-analysis (1966-2004). *Curr Med Res Opin* 2005; 21: 173-184.
4. Clar C, Barnard K, Cummins E, Royle P, Waugh N. Aberdeen Health Technology Assessment Group. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. *Health Technol Assess* 2010; 14: 1-140.
5. Poolsup N, Suksomboon N, Jiamsathit W. Systematic review of the benefit of selfmonitoring of blood glucose on glycemic control in type 2 diabetes patients. *Diabetes Technol Ther* 2008; 10: S51-S66.
6. Bergenstal RM, Gavin JR 3rd. Global Consensus Conference on Glucose Monitoring Panel. The role of self-monitoring of blood glucose in the care of people with diabetes: report of a global consensus conference. *Am J Med* 2005; 118: 15-6S.
7. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Cavaliere D, Di Nardo B et al. The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients: an urgent need for better educational strategies. *Diabetes Care* 2001; 24: 1870-1877.
8. Davidson MB. Counterpoint: self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetic patients not receiving insulin: a waste of money. *Diabetes Care* 2005; 28: 1531-1533.

**Lista dei diabetologi partecipanti**  
(in ordine alfabetico per regione)

**ABRUZZO:** Daniela Antenucci, Paolo Di Berardino, Ercole D'Ugo, Juliette Grosso, Rossella Iannarelli, Giuliana La Penna, Vincenzo Paciotti, Giulietta Vetrini, Ester Vitacolonna; **CALABRIA:** Mariantonella Ferraro, Achirpita Pucci, Gaudenzio Stagno; **CAMPANIA:** Mariano Agrusta, Bruno Angiulli, Maria Caterina Barone, Emilio Bellinfante, Giuseppe Capobianco, Gelsomina Capuano, Francesco Carlino, Miryam Ciotola, Angelo Cocca, Gerardo Corigliano, Andrea Del Buono, Giuseppina De Simone, Andrea Del Buono, Oreste Egione, Pasquale Federico, Iole Gaeta, Sandro Gentile, Giuseppina Guarino, Luciano Improta, Claudio Lambiase, Antonio Lampitella, Mario Laudato, Antonio Luciano, Ada Maffettone, Stefano Masi, Sabato Mignano, Iazzetta Nicolangelo, Mario Parillo, Dionisio Pascucci, Andrea Perrelli, Ettore Petraroli, Giuseppe Pozzuoli, Michele Riccio, Giuseppe Rota, Luigi Sardelli; **EMILIA ROMAGNA:** Silvia Acquati, Adolfo Ciavarella, Maria Cristina Cimicchi, Valeria Manicardi, Piero Melandri, Marcello Monesi, Dario Pelizzola, Antonio Pezzarossa, Emilio Rastelli, Donatella Zavaroni; **FRIULI VENEZIA GIULIA:** Riccardo Candido, Giuseppe Felace, Stefano Parini, Claudio Taboga, Carla Tortul, Mario Velussi; **LAZIO:** Rocco Bulzomi, Francesco Chiamonte, Gennaro Clemente, Sergio Di Pietro, Lucia Fontana, Sergio Leotta, Angela Napoli, Maria Rosaria Nardone, Grazia Pia Ricciardi, Angela Sabbatini, Graziano Santantonio, Enrico Santilli, Felice Strollo, Concetta Suraci; **LIGURIA:** Alberto De Micheli, Andrea Corsi, Luca Lione, Paola Ponzani; **LOMBARDIA:** Anna Burattin, Antonio Conti, Olga Eugenia Disoteo, Linneo Enzo Mantovani, Giuseppe Marelli, Paolo Marengo, Cinzia Massafra, Giancarlo Pascal, Gianluigi Pizzi, Donata Richini, Alberto Rocca, Luigi Sciangula; **MARCHE:** Lina Clementi, Luisella Cotti, Marianna Galetta, Gabriella Garrapa, Illidio Meloncelli, Elena Tortato, Giacomo Vespasiani; **MOLISE:** Antonio Antonelli, Bartolomeo Cantelmo, Mariarosaria Cristofaro, Giovanni Amedeo Di Nucci, Simonetta Di Vincenzo, Marco Tagliaferri; **PIEMONTE:** Giovanna Bendinelli, Alberto Blatto, Anna Rosa Bogazzi, Franco Cavalot, Marco Comoglio, Riccardo Fornengo, Emanuele Fraticelli, Marco Gallo, Carlo Bruno Giorda, Giampaolo Magro, Roberta Manti, Alessandro Ozzello, Maria Chantal Ponziani, Francesco Romeo, Giuseppe Saglietti; **PUGLIA:** Angelo Michele Carella, Lorenzo De Candia, Salvatore Lorusso, Giuseppina Palamà, Daniele Pantaleo, Maria Isabella Ramunni; **SARDEGNA:** Raffaella Derai, Alessandro Gentilini, Alessio Lai, Gianfranco Madau, Maria Franca Mulas, Paola Pisanu, Giancarlo Tonolo; **SICILIA:** Gioacchino Allotta, Vincenzo Arlotta, Antonino Di Benedetto, Maurizio Di Mauro, Giacomina Di Vieste, Marco Giordano, Giovanni Galluzzo, Domenico Greco, Antonino Lo Presti, Francesca Novara, Giovanni Ridola, Mario Rizzo, Giovanni Saitta, Antonietta Maria Scarpitta, Maria Vaccaro; **TOSCANA:** Fabio Baccetti, Andrea Marcocci, Giovanni Notario; **TRENTINO ALTO ADIGE:** Paolo Emilio Marchetto; **UMBRIA:** Palo Bottini, Natalia Busciantella Ricci, Sergio Pocciati; **VENETO:** Andrea Nogara, Massimo Orrasch, Antonella Senesi.

