

Newsletter n. 12

# Newsletter ANNALI AMD



**ANNALI AMD**

**Direttore:**

- Paolo Di Bartolo

**Componenti:**

- Giuseppe Armentano
- Rocco Bulzoni
- Katherine Esposito
- Edoardo Mannucci
- Andrea Nogara

**Consulenti esterni:**

- Antimo Aiello
- Riccardo Candido
- Antonino Cimino
- Marina Maggini
- Iliadio Meloncelli
- Alberto Rocca
- Giacomo Vespasiani

**Consulenti esterni CORE:**

- Antonio Nicolucci
- Maria Chiara Rossi

**Referente CDN:**

- Antonio Ceriello

**Referente Fondazione:**

- Carlo B. Giorda

**CONTATTI**

**Segreteria**

Segreteria Nazionale AMD  
Viale delle Milizie, 96  
00192 Roma  
Tel.: 06.7000599  
Fax: 06.7000499  
segreteria@aemmedi.it

**ECM**

ecm@aemmedi.it

**Eventi**

eventi@aemmedi.it



Una delle prossime sfide degli Annali AMD sarà l'analisi dei dati dell'automonitoraggio glicemico.

Un utilizzo ottimale dei dati dell'automonitoraggio domiciliare della glicemia (SMBG) è infatti fondamentale:

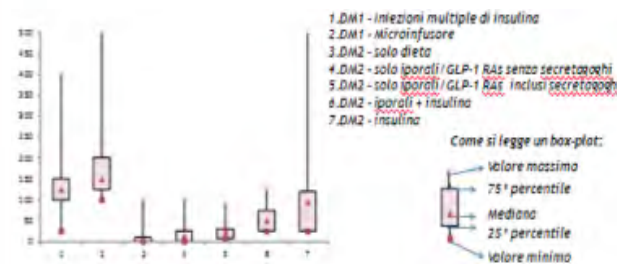
- per guidare le scelte terapeutiche
- per educare il paziente all'autogestione.

Ma quanta attenzione viene posta all'SMBG dagli operatori sanitari dei centri di diabetologia nella pratica clinica quotidiana?

Per rispondere a questa domanda AMD ha promosso una survey on-line dal titolo "Indagine AMD sulle pratiche dei servizi di diabetologia inerenti il monitoraggio domiciliare della glicemia e la valutazione dell'adesione del paziente alla terapia".

La survey si è conclusa ad Aprile 2015. In totale sono stati compilati 192 questionari. Di seguito alcune delle risposte più emblematiche, presentate come poster all'ultimo congresso nazionale AMD (Genova, Maggio 2015). Il report finale sarà a breve disponibile sul sito AMD.

## 1. Numero mediano di strisce reattive prescritte mensilmente in base al regime terapeutico.



Il numero mediano di strisce aumenta all'aumentare dell'intensità terapeutica. Nei soggetti con DM1 in trattamento multiiniettivo, il 50% dei partecipanti ha dichiarato di prescrivere tra 100 e 150 strisce mensili. Nel 25% dei partecipanti, le strisce oscillano tra 25 e 100 e in un altro 25% il numero è maggiore e oscilla tra 150 e 400.

Applicando questa modalità di lettura a tutti i box, si osserva un'ampia eterogeneità di approccio, soprattutto nei pazienti con DM1 e DM2 trattati con insulina.

È di rilievo anche il diverso utilizzo dell'SMBG nei soggetti con DM2 non trattati con farmaci che aumentano il rischio di ipoglicemia, quindi a scopo prettamente educativo: in alcuni centri il numero di strisce raggiunge le 100 unità mensili, mentre nel 75% dei casi il numero è compreso tra 0 e 25.

## 2. Indichi nei gruppi DM2 il tipo di SMBG effettuato (% SI in ogni cella).

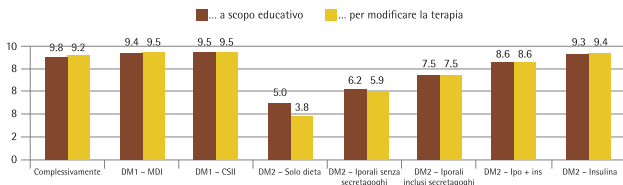
Tipologia SMBG	DM2 - solo dieta	DM2 - iporali no secret	DM2 - iporali secret	DM2 - iporali + insulina	DM2 - insulina
Monitoraggio a scacchiera	6.5	13.7	15.9	18.8	30.2
Monitoraggio a scacchiera a bassa intensità	15.3	24.2	20.2	7.3	1.6
Monitoraggio per la valutazione dell'iperglicemia a digiuno	6.5	8.9	5.6	17.7	3.2
Profilo a 6 punti/die ogni 2 settimane	0.8	5.6	8.9	7.3	6.4
Profilo a 7 punti/die per 3 giorni a trimestre	1.6	4.8	1.6	4.0	2.4
Profilo a 4 punti per 3 giorni/settimana di cui 1 festivo	1.6	4.0	7.3	12.1	12.9
Prima dei 3 pasti	0	0	1.6	7.3	25.3
Prima dei 3 pasti e prima di dormire	0	0	0	4.8	14.0

L'intensità del verde vuole offrire una misura riassuntiva della densità di risposte "SI" all'interno delle varie celle. È da notare che in nessun caso c'è una concentrazione di risposte che va oltre il 30%. Ciò indica che, a parità di regime terapeutico, esiste un'ampia eterogeneità di approccio nella prescrizione dello schema di automonitoraggio.



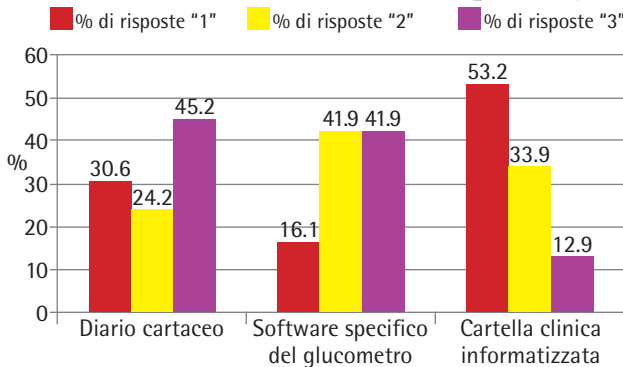
Nei pazienti non trattati con insulina, comunque, la tendenza è di concentrarsi su schemi a scacchiera a bassa intensità, nei soggetti trattati con insulina il monitoraggio a scacchiera è preferito da non oltre un quarto dei partecipanti, mentre una quota rilevante predilige le misurazioni delle glicemie pre-pasto.

**3. In una scala da 0 (minimo) a 10 (massimo), quanto è importante revisionare i dati dell'SMBG...**



In termini di utilità, allo scopo educativo e a quello terapeutico si tende a dare la stessa rilevanza; i punteggi aumentano all'aumentare dell'intensità di trattamento. L'importanza attribuita all'SMBG come strumento educativo nei soggetti in sola dieta o in iporali non secretatoghi merita attenzione.

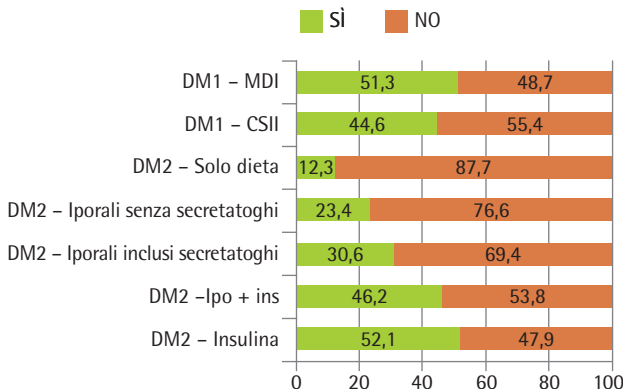
**4. Quale supporto preferisce per revisionare i dati dell'SMBG? Faccia una classifica da 1 (preferito) a 3.**



La cartella clinica informatizzata viene giudicata dalla maggioranza dei partecipanti come il supporto preferito per la revisione dei dati dell'SMBG. In termini di valori medi (std), i voti da 1 a 10 ottenuti dai 3 tipi di supporto sono risultati rispettivamente:

- Cartella clinica informatizzata: 8.2 (2.4)
- Software forniti con i glucometri: 6.9 (2.7)
- Diario cartaceo: 6.6 (2.8)

**5. Considerando le diverse tipologie di pazienti con diabete, per quanti sono stati scaricati i dati dell'SMBG nella cartella clinica informatizzata almeno una volta nel corso dell'anno 2013?**



Nonostante la maggioranza riconosca una elevata utilità, specie nei pazienti trattati con insulina, anche su questi pazienti lo scarico dei dati sulla cartella informatizzata è stata praticata dalla metà degli intervistati. Percentuali tra il 10 e il 30% caratterizzano invece i gruppi non trattati con insulina.

**6. Quali considera i principali problemi/difficoltà allo scarico sistematico dei dati sulla cartella informatizzata? Assegna un voto da 0 a 10 a ciascuna delle seguenti voci.**

	Media (ds)
Mancanza di tempo	5.1 (3.8)
Difficoltà tecniche per scaricare i dati	5.0 (3.3)
Troppi glucometri diversi	4.9 (3.3)
Mancanza di capacità ad eseguire lo scarico dei dati	2.9 (2.7)
Mancanza di capacità a leggere ed interpretare i dati	1.9 (2.3)
Mancanza di utilità della revisione dei dati	1.8 (2.1)

Nella classifica delle barriere ad uno scarico sistematico dei dati, ai primi posti sono risultati mancanza di tempo e difficoltà tecniche, oltre alla disponibilità di troppi glucometri diversi. La media del numero glucometri utilizzati nella pratica clinica è di 8.5 con un range di 3-20 per i diversi partecipanti; la media dei glucometri di cui i partecipanti hanno dichiarato di saper scaricare i dati è 5 con un range 0-20.

**Conclusioni**

- A parità di classe di trattamento, esiste un'ampia variabilità nel numero medio di strisce mensili prescritte ed una discreta variabilità negli schemi di SMBG adottati;
- Sebbene l'utilità della revisione del diario dell'SMBG a "scopo educativo" e per "modificare la terapia" sia considerata molto elevata, l'utilizzo dei dati glicemici è in molte realtà ancora sub-ottimale;
- I comportamenti sono eterogenei anche per quanto riguarda il supporto utilizzato per la revisione dei dati dell'SMBG, sebbene lo scarico dei dati dei glucometri sulla cartella informatizzata è il sistema preferito dalla maggioranza dei partecipanti;
- La mancanza di tempo, le difficoltà tecniche e l'elevato numero di glucometri, non tutti compatibili con la cartella clinica elettronica, sono i principali problemi emersi ad un uso più efficiente dei dati dell'SMBG.
- Grazie a questa survey, AMD pianificherà future attività di miglioramento, sia attraverso gli Annali AMD sia attraverso iniziative di monitoraggio sia attraverso attività di formazione degli operatori sanitari, finalizzate a rendere più efficiente ed omogeneo sul territorio nazionale l'utilizzo dei dati dell'SMBG e la gestione delle problematiche legate all'adesione dei pazienti alla terapia.