

Linee guida del trattamento del Diabete in pazienti istituzionalizzati

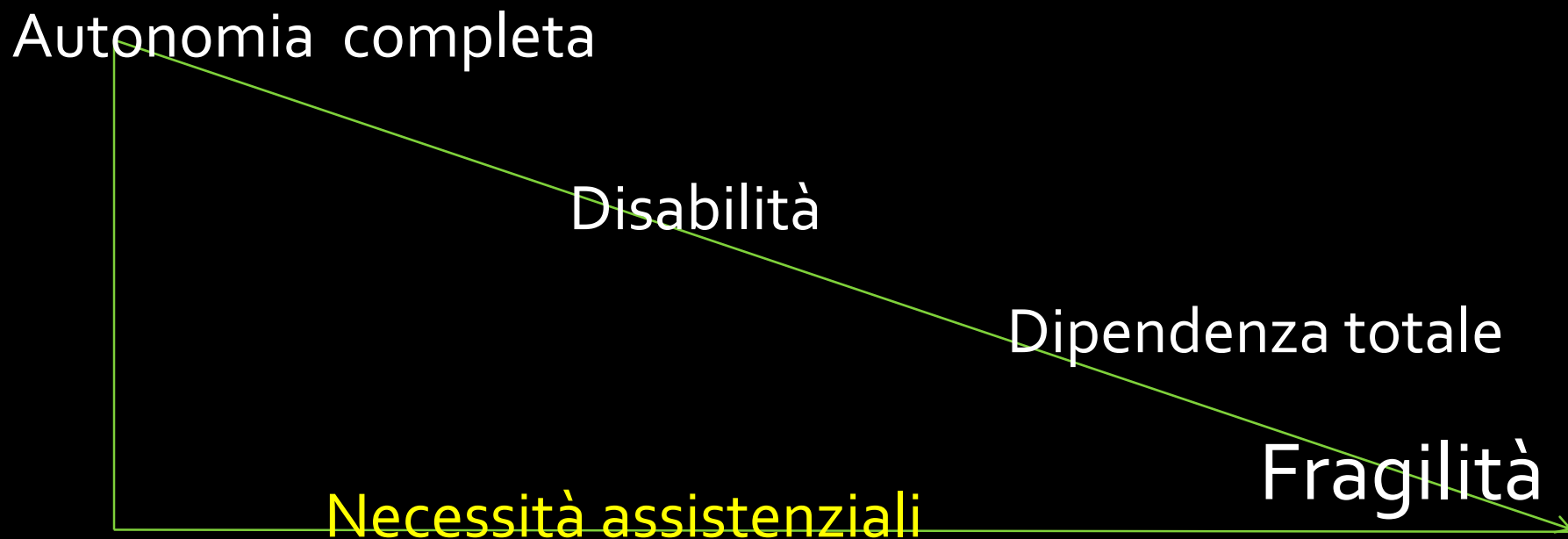
Dott. Claudio G. Iacovella
Servizio Diabetologia

Casa di Cura San Raffaele Cassino



Cassino 13 Giugno 2015

Anziani: popolazione molto eterogenea



Giovane anziano: soggetto tra i 65 e i 75 anni (Senior)

Anziano anziano: soggetto tra i 75 e gli 84 anni (Old)

Ultra anziano: dagli 84 il poi (Very old)

(OMS, 2002).

Ospite in Casa di riposo/RSA

Decadimento cognitivo



Allettamento

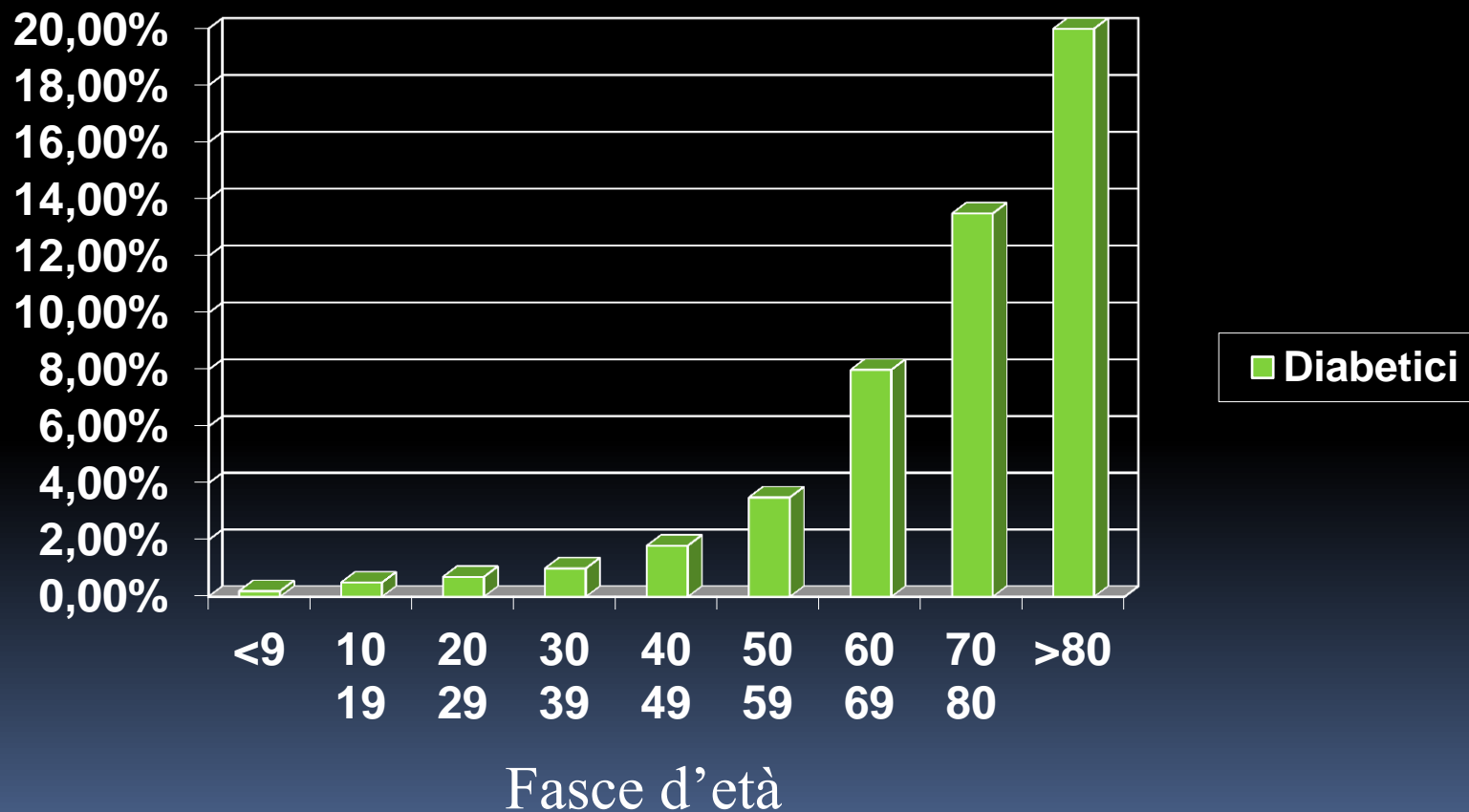
Importante impedimento
funzionale arti

Storia di comorbidità
invalidanti

Anziano fragile: persona anziana affetta da una o più patologie che, per la particolare sinergia età-malattie, presenta un equilibrio di salute particolarmente instabile

(OMS, 2002).

Prevalenza del diabete nelle varie età



Fisiopatologia del Diabete nell'anziano

Età

Riduzione
attività fisica

Aumento massa grassa
Obesità addominale

Sarcopenia

Diabete

*modello di invecchiamento
patologico accelerato ed
amplificato*

Insulinoresistenza

Polifarmacoterapia

Diminuzione
Effetto incretinico

Polipatologie

Aumento Prodotti avanzati
della glicosilazione (AGE)

Diminuzione
secrezione insulinica

Aumento citochine

Infiammatorie (TNF α ; IL6; PAI)

Anziani diabetici: popolazione molto eterogenea

Complicanze specifiche micro e macroangiopatiche croniche ed acute (Ipoglicemia)

Depressione

Osteoporosi – Cadute

Declino cognitivo

Demenza

Autonomia completa

Disabilità

Necessità assistenziali

Dipendenza totale

Vari tipi di diabete: Neodiagnosi; Diabete noto tipo I o II;
Terapie ipoglicemizzanti diverse (*nutrizionale; orale; combinata; insulina*). Comobilità associate...

Diabete: concausa di Fragilità

-Controllo metabolico inadeguato:

iperglicemia–glicosuria- perdita di peso – riduzione difese immunitarie – Infezioni

-Polifarmacoterapia: *fattore di rischio per importanti eventi avversi e tossicometabolici (soprattutto neurologici e cardiovascolari) con aggravamento dell'autonomia*

- Più alto rischio di morte prematura e morbilità cardiovascolare. Maggiore frequenza di sindromi geriatriche che inducono disabilità e diminuzione aspettativa di vita (NANHES-III; ESEPE; ILSA)

Fragilità

Ricovero in strutture
per lungodegenza

**Approccio terapeutico al
Diabetico anziano fragile
istituzionalizzato:**

**Protocollo comune
uguale per tutti?**

Protocollo terapeutico comune?

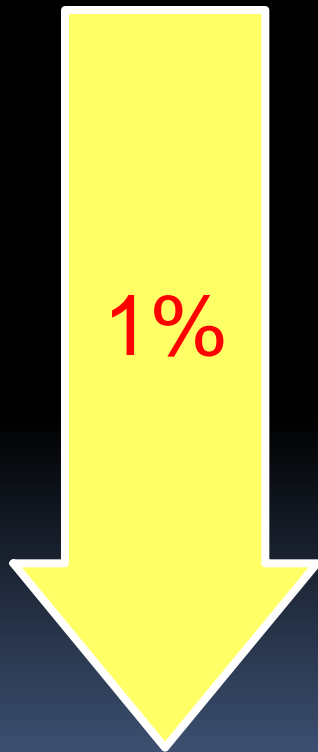
NO: *Estrema personalizzazione*

- Valutazione Geriatrica Multidisciplinare (VGM) per lo studio delle capacità funzionali, affettive, cognitive, sociali. (Scale validate)
- Valutazione nutrizionale (MNA) Mini Nutritional Assessment
- Valutazione della presenza del dolore
- Valutazione dei piedi
- Educazione terapeutica del paziente e del personale di assistenza (gestione iperglicemie ed ipoglicemie)

Studio UKPDS: la riduzione della HbA_{1c} ha ridotto le complicanze correlate al diabete

Per ogni 1% di
RIDUZIONE di HbA_{1c}

**RIDUZIONE
DI RISCHIO***



Mortalità correlata al Diabete

21%

Infarto del Miocardio

14%

Complicanze Microvascolari

37%

Malattie vascolari periferiche

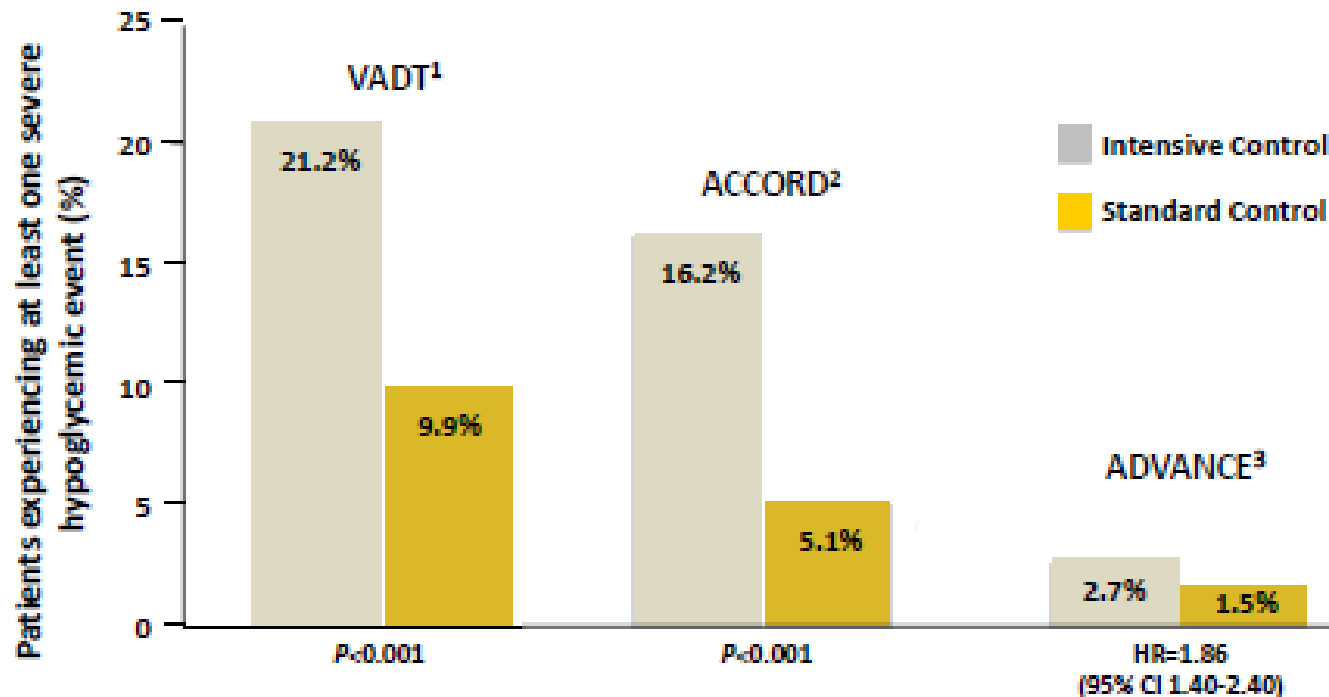
43%

UKPDS = UK Prospective Diabetes Study

*P<0.0001.

Stratton IM et al. UKPDS 35. *BMJ*. 2000;321:405–412.

Aumento di frequenza di ipoglicemie causa di aumento di eventi cardiovascolari nei grandi trials sul diabete



| | | | | | | |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| % HbA _{1c} at study end | 6.9 | 8.4 | 6.4 | 7.5 | 6.5 | 7.3 |
| % change from baseline | -2.5 | -1.0 | -1.7 | -0.6 | -1.0 | -0.2 |

1. VADT Investigators. *N Engl J Med*. 2009 Jan 8;360(2):129-39. 2. Bonds DE, et al. *BMJ*. 2010 Jan 8;340:b4909. 3. ADVANCE Study Group. *N Engl J Med*. 2008 Jun 12;358(24):2560-72

Obiettivi glicemici nei diabetici anziani

Standard italiani
per la cura del diabete mellito
2014

Il compenso glicemico e il trattamento ipoglicemizzante

Nei diabetici anziani gli obiettivi glicemici dovrebbero essere individualizzati. Gli obiettivi di emoglobina glicata potranno essere ambiziosi (<7%-7,5%; 53-58 mmol/mol) per pazienti autosufficienti, in condizioni generali buone e aspettativa di vita di almeno 8-10 anni.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

Negli anziani fragili (con complicanze, affetti da demenza, con pluripatologie, nei quali il rischio di ipoglicemia è alto e nei quali i rischi di un controllo glicemico intensivo superino i benefici attesi) è appropriato un obiettivo meno restrittivo (<8,0-8,5%; 64-69 mmol/mol).

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

Algoritmo F : Anziano fragile (SID-AMD)

Obiettivo glicemia a digiuno:

>136 < 162

Terapia nutrizionale

Standard italiani
per la cura del diabete mellito
2014

Antropometria, valutazione nutrizionale, composizione corporea, fabbisogni energetici
Il BMI è inadatto a valutare lo stato nutrizionale dell'anziano in quanto lo sovrastima e un BMI stabile in un anziano, la cui statura si riduce, rischia di mascherare una malnutrizione.

(Livello della prova IV, Forza della raccomandazione B)

Nell'anziano, come nell'adulto, l'obesità è patogena ma la morbilità, la disabilità e la mortalità sono correlate alla circonferenza addominale e non al BMI. La circonferenza addominale è meno condizionata dalla statura e correla con la obesità viscerale e con il rischio cardiometabolico a essa legato.

(Livello della prova IV, Forza della raccomandazione B)

Nell'anziano diabetico è preferibile utilizzare una valutazione nutrizionale più approfondita utilizzando il Mini-Nutritional Assessment (MNA). Il test è in grado di identificare i soggetti malnutriti e quelli a rischio di malnutrizione fornendo l'indicazione a un intervento nutrizionale.

(Livello della prova IV, Forza della raccomandazione B)

Sono da evitare le diete eccessivamente ipocaloriche che possono contribuire a compromettere lo stato nutrizionale nelle persone anziane. Non è quindi opportuno scendere al di sotto delle 1300-1400 kcal nelle donne e delle 1500-1600 kcal negli uomini.

Terapia farmacologica: Caratteristiche generali

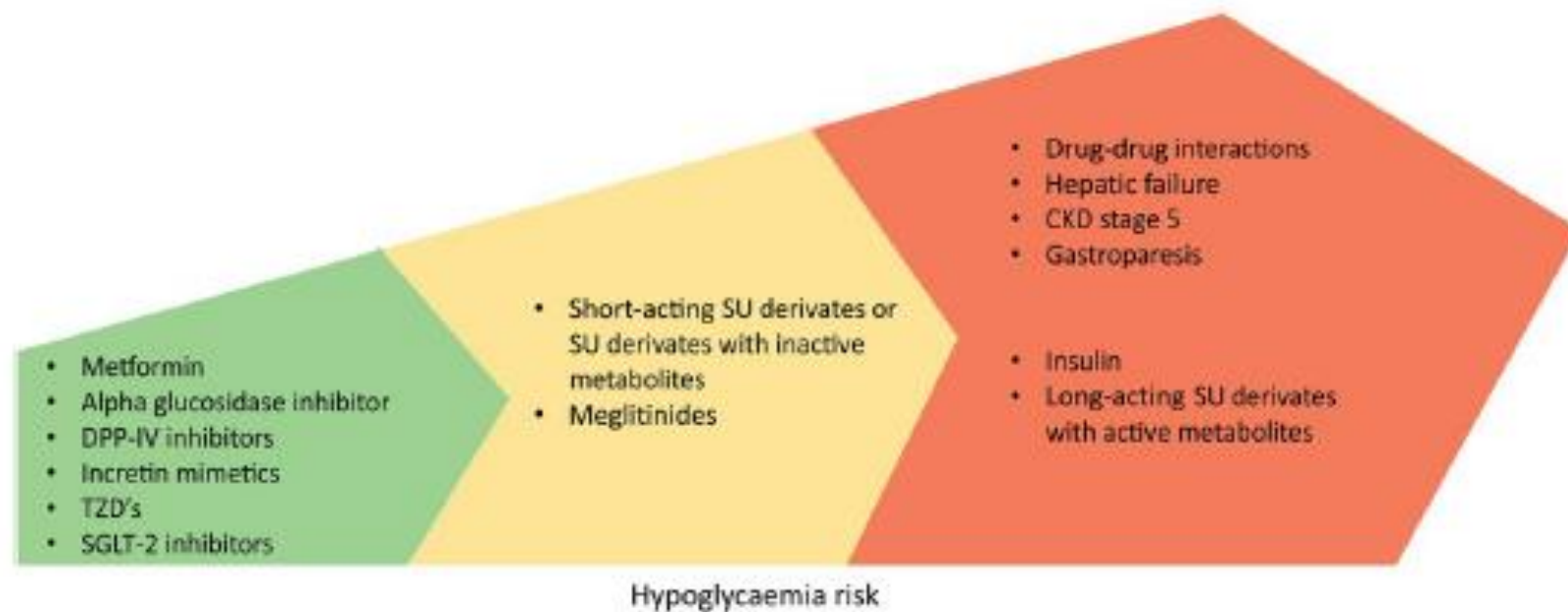


Standard italiani
per la cura del diabete mellito
2014

Terapia ipoglicemizzante

Non esistono studi che abbiano testato gli effetti di un buon controllo glicemico in pazienti con età >a 70-75 anni. I trial clinici di intervento hanno dimostrato che sono necessari almeno 8-10 anni di buon controllo glicemico per ridurre le complicanze microvascolari del diabete (retinopatia e nefropatia) (40,41). I pazienti anziani con diabete hanno un'aumentata frequenza di episodi di severa o fatale ipoglicemia; in particolare l'ipoglicemia severa è associata alla durata della malattia diabetica, all'età e a una maggiore durata del trattamento insulinico. L'ipoglicemia nell'anziano fragile correla con un maggior rischio di cadute, di decadimento cognitivo di rischio cardiovascolare. E' fondamentale la massima personalizzazione della cura, dai target metabolici alla scelta dei farmaci. Il rischio di grave ipoglicemia, potenzialmente fatale, raddoppia nel grande anziano che assume farmaci per il diabete e politerapie (42-43). Nei pazienti anziani la soglia glicemica che scatena i sintomi legati all'ipoglicemia è alterata e una consistente disfunzione cognitiva può contribuire a un'alterata percezione dei sintomi (*hypoglycemia unawareness*) (44). Sulla base di queste premesse AMD ha proposto un percorso terapeutico dedicato al paziente anziano fragile e/o con importanti comorbidità da affiancare ai cinque "algoritmi AMD" dedicati alle altrettante tipologie di pazienti di frequente incontro nella pratica clinica quotidiana (15).

Assessment of risk for hypoglycaemia.



Guideline development group Nephrol. Dial. Transplant. 2015;30:ii1-ii142

Dose recommendations in CKD.

| | CKD-1 | CKD-2 | CKD-3 | CKD-4 | CKD-5ND | CKD-5D |
|-----------------------|---|-------|--|--|--|---------------|
| Metformin | No adjustments | | 1.5g-850 mg/day* | 500 mg/day** | Consider carefully/Awaiting further data | |
| Chlorpropamide | No adjustments | | 300-125 mg/day | To be avoided | | |
| Acetohexamide | To be avoided | | | | | |
| Tolazamide | To be avoided | | | | | |
| Tolbutamide | 250mg, 1-3 times/day | | | To be avoided | | |
| Glipizide | No adjustments | | | | | |
| Glicazide | Start at low doses and dose titration every 1-4 weeks | | | | | |
| Glyburide | To be avoided | | | | | |
| Glibenclamide | Reduce dosage to 1 mg/day | | | | To be avoided | |
| Gliquidone | No adjustments | | | | | |
| Repaglinide | No adjustments | | | | Limited experience available | |
| Nateglinide | No adjustments | | | | Start at 60 mg/day | To be avoided |
| Acarbose | No adjustments | | | Use lowest dose and N-ing | | |
| Miglitol | Limited experience available | | | | | |
| Fliglitazone | No adjustments | | | | | |
| Sitagliptin | No adjustments | | Reduce to 50 mg/day | Reduce to 25 mg/day | | |
| Vildagliptin | No adjustments | | Reduce to 50 mg/once daily | | | |
| Saxagliptin | No adjustments | | | | | |
| Linagliptin | No adjustments | | | | | |
| Alogliptin | No adjustments | | Reduce to 32.5 mg/daily | | | |
| Exenatide | No adjustments | | Reduce dose to 5 mcg/once to twice daily | To be avoided | | |
| Liraglutide | Limited experience available | | | | | |
| Lixisenatide | No adjustments | | Caution use if GFR 80-90 ml/min | No experience available | | |
| Pramlintide | Limited experience available | | | | | |
| Dapagliflozin | Limited experience available | | | | | |
| Canagliflozin | Reduce efficacy | | Careful monitoring | | To be avoided | |
| Empagliflozin | Limited experience available | | | | | |

Guideline development group Nephrol. Dial. Transplant. 2015;30:ii-ii142

Impact of different classes of glycaemia-lowering drugs on different outcomes.

| | All-cause mortality | Cardiovascular events | Risk of hypoglycaemia | Weight gain | HbA1c change | dose adaptation in advanced CKD |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|--------------|---------------------------------|
| Biguanides | | | | | | |
| Metformin | | | | | | Yes |
| Chlorpropamide | | | | | | Avoid |
| Acetohexamide | | | | | | Avoid |
| Tolazamide | | | | | | Avoid |
| Tolbutamide | | | | | | Avoid |
| Sulfonylureas | | | | | | |
| Glipizide | | | | | | no |
| Glicazide | | | | | | Yes |
| Glyburide | | | | | | Avoid |
| Glibenclamide | | | | | | Avoid |
| Gliquidone | | | | | | no |
| Meglitinides | | | | | | |
| Repaglinide | | | | | | Yes |
| Nateglinide | | | | | | Yes |
| α-glucosidase inhibitors | | | | | | |
| Acarbose | | | | | | No |
| Miglitol | | | | | | no data |
| DPP-IV inhibitors | | | | | | |
| Sitagliptin | | | | | | Yes |
| Vildagliptin | | | | | | Yes |
| Saxagliptin | | | | | | Yes |
| Linagliptin | | | | | | No |
| Alogliptin | | | | | | Yes |
| Incretin mimetics | | | | | | |
| Exenatide | | | | | | Avoid |
| Liraglutide | | | | | | most likely not |
| Lixisenatide | | | | | | Yes |
| Pramlintide | | | | | | no data |
| SGLT-2 inhibitors | | | | | | |
| Dapagliflozin | | | | | | avoid/not effective |
| Canagliflozin | | | | | | avoid/not effective |
| Empagliflozin | | | | | | avoid/not effective |

Guideline development group Nephrol. Dial. Transplant. 2015;30:ii-ii142

Il pieghevole dell'Appropriatezza Terapeutica

| Classe | Molecola | Efficacia su | | Durata d'azione (ore) | Rischio ipoglicemico | Effetto sul peso corporeo | Via di eliminazione | Anziano >75 anni in buone condizioni generali |
|---------------------------------|---------------|--------------|-----|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------|---|
| | | FPG | PPG | | | | | |
| Inibitori α -glicosidasi | Acarbose | A | M | 4 | A in monoterapia | ↔ | I | I |
| Insulino-sensibilizzanti | Metformina | M | L | 7-12 | A in monoterapia | ↓ | R | C se IRC o altre cause di accumulo lattato |
| | Pioglitazone | M | L | 24-30 | A in monoterapia | ↑ | SGE + R minimo | C |
| Secretagoghi | Glibenclamide | M | M/F | 20-24 | G | ↑ | R | S |
| | Gliclazide | M | M/F | 10-15 (24 se RM) | M in assenza di alcuni determinanti | ↑ | R | C |
| | Glimpiride | M | M/F | 24 | G | ↑ | R + F | C |
| | Glipizide | M | M | 12-14 | M in assenza di alcuni determinanti | ↑ | R | C |
| | Gliquidone | M | M | 8-10 | M in assenza di alcuni determinanti | ↑ | F | C |
| | Repaglinide | L | F | 6-8 | M in assenza di alcuni determinanti | ↑ | F | C per mancanza di evidenza |
| GLP1-RA | Exenatide BID | M | F | 2-4 | A in monoterapia | ↓ | R | C per mancanza di evidenza |
| | Exenatide LAR | F | M | 4-8 giorni | A in monoterapia | ↓ | R | C per mancanza di evidenza |
| | Liraglutide | F | M | 10-14 | A in monoterapia | ↓ | R + F + SGE | C per mancanza di evidenza |
| | Lixisenatide | M | M/F | 3-4 | A in monoterapia | ↓ | R | C per mancanza di evidenza |
| Inibitori DPP-4 | Sitagliptin | M | M/F | 8-14 | A in monoterapia | ↔ | R | I |
| | Vildagliptin | M | M/F | 2-3 | A in monoterapia | ↔ | R | I |
| | Saxagliptin | M | M/F | 2,2-3,8 | A in monoterapia | ↔ | R | I |
| | Linagliptin | M | M/F | 10-40 | A in monoterapia | ↔ | R | I |
| | Alogliptin | M | M/F | 12-21 | A in monoterapia | ↔ | R | I |
| SGLT2 inibitori | Canaglifozin | M | M/F | 12,9 | A in monoterapia | ↓ | SGE + R | C |
| | Dapaglifozin | M | L | 10,6-13,1 | A in monoterapia | ↓ | R + SGE | S |
| | Empaglifozin | M | L | 13,1 | A in monoterapia | ↓ | R + SGE | C |

| | |
|----------------|----------------|
| A (= assente) | L (= lieve) |
| L (= lieve) | M (= moderata) |
| M (= moderata) | F (= forte) |
| F (= forte) | |

| | | | |
|----------------|-----------------|--------------------------------|---|
| L (= lieve) | ↑ (= aumento) | F (= fegato) | I (= indicato) |
| M (= moderata) | ↔ (= neutro) | R (= rene) | S (= sconsigliato) |
| G (= grave) | ↓ (= riduzione) | SGE (= sistema gastroenterico) | C (= da utilizzare con qualche cautela) |

Giudizio incerto perché la letteratura in merito è scarsa

GLP1- RA = agonisti recettoriali del GLP1

Nota: in riferimento alla nota "M in assenza di alcuni determinanti" si intende che il rischio diventa grave in presenza di determinanti quali basso grado di educazione, nefro- o epatopatia o altro fattore che nel caso specifico risulti clinicamente rilevante.

Il pieghevole dell'Appropriatezza Terapeutica

| Classe | Molecola | Epatopatia | | | Nefropatia con GFR mL/min: | | | | Cardiopatia | | | Altre contro-indicazioni | Effetti collaterali (ved. legenda) |
|--------------------------|---------------|------------|--------------|--------------|----------------------------|---------------------------|--------------|-------------|-------------|------------|--------------|--------------------------|---|
| | | Child A | Child B | Child C | > 60 | 60-30 | < 30 | Dialisi | Assente | CHD | NYHA | | |
| Insulino-sensibilizzanti | Metformina | OK | No | No | SI | Ridurre dose | No | No | OK | OK | II-IV | IR | GE, S |
| | Fluglitazione | OK | Attenzione | No | SI | SI | SI | No | OK | OK | No | V | OS, V, C, F, O |
| Inibitori α-glicosidasi | Acarbose | OK | Attenzione | No | SI | SI | No | No | OK | OK | OK | GE | GE |
| Secretagoghi | Glibenclamide | OK | Attenzione | No | OK | Attenzione | No | No | OK | Attenzione | Attenzione | – | E (deficit G6PD) |
| | Glicazide | OK | Attenzione | No | OK | Attenzione | No | No | OK | Attenzione | OK | – | E (deficit G6PD) |
| | Glimepiride | OK | Attenzione | No | OK | Attenzione | No | No | OK | Attenzione | OK | – | E (deficit G6PD) |
| | Glipizide | OK | Attenzione | No | OK | Ridurre dose, monitorare | No | No | OK | Attenzione | OK | – | Insufficienza surrenalica; E (deficit G6PD) |
| | Gliquidone | OK | Attenzione | No | OK | Ridurre dose | No | No | OK | Attenzione | OK | – | Insufficienza surrenalica; E (deficit G6PD) |
| | Repaglinide | OK | Ridurre dose | No | OK | Attenzione | Attenzione | No | OK | Attenzione | OK | – | – |
| GLP1-RA | Exenatide BID | OK | OK | OK | OK | 5 mg | No | No | OK | OK | OK | GE | GE |
| | Exenatide LAR | OK | OK | OK | OK | No | No | No | OK | OK | OK | GE | GE |
| | Liraglutide | OK | No | No | OK | OK | No | No | OK | OK | III e IV lim | GE | GE |
| | Lixisenatide | OK | OK | OK | OK | Attenzione | No | No | OK | OK | OK | GE | GE |
| Inibitori DPP-4 | Sitagliptin | OK | OK | No | 100 mg | 50 mg | 25 mg | 25 mg | OK | OK | OK* | – | RF, cefalea |
| | Vildagliptin | OK | No | No | 100 mg | 50 mg | 50 mg | 50 mg c lim | OK | OK | IV No* | – | vertigini |
| | Saxagliptin | OK | OK | No | 5 mg | 2,5 mg | 2,5 mg c lim | No | OK | OK | III e IV c* | – | D, vertigini |
| | Linagliptin | OK | OK | OK | 5 mg | 5 mg | 5 mg | 5 mg | OK | OK | OK* | – | Rari |
| | Alogliptin | OK | OK | No | 25 mg | 12,5 mg | 6,25 mg | 6,25 mg | OK | OK | OK* | – | RF, cefalea |
| SGLT2 inibitori | Canagliflozin | OK | OK | No | OK | GFR 60-45 dose max 100 mg | GFR < 45 No | No | OK | OK | OK | – | Infezioni genito-urinarie deplezione di volume |
| | Dapagliflozin | OK | OK | Ridurre dose | OK | No | No | No | OK | OK | OK | V | Infezioni genito-urinarie deplezione di volume |
| | Empagliflozin | OK | OK | No | OK | GFR 60-45 dose max 10 mg | GFR < 45 No | No | OK | OK | OK | – | Infezioni genito-urinarie deplezione di volume |

| | |
|---------|--|
| LEGENDA | Giudizio incerto perché la letteratura in merito è scarsa |
| | c lim = occorre cautela perché l'esperienza è limitata; III e IV c = in III e IV classe NYHA occorre cautela; III e IV lim = in III e IV classe NYHA l'esperienza è limitata |
| | IR (= insufficienza respiratoria); RF (= rinofaringite); F (= fegato); R (= rene); C (= cuore); D (= derma); GE (= gastroenterico); OS (= osso); O (= occhio); S (= sangue); V (= vescica); P (= pancreas) |

* Si rimanda al testo per i particolari

Metformina: farmaco di prima scelta anche nel diabetico anziano

- Generalmente ben tollerato se titolato con gradualità
- Attenua la perdita di massa magra (Sarcopenia)
- Necessario effettuare monitoraggio GFR: annualmente se > 60 ; tra 45 e 60 ogni sei mesi; trimestralmente se < 45 ; sospensione se < 30 .
- Potenziale malassorbimento di Vit. B₁₂: anemia megaloblastica e/o degenerazione assonale.

Sulfaniluree:

- Stimolano la secrezione insulinica pancreaticca (ipoglicemizzanti molto efficaci)
- Possono provocare ipoglicemie: crisi anginose, aritmie, cadute, disturbi comportamentali, aggravamento disfunzioni cognitive.
- Sconsigliato l'uso della Glibenclamide
- Preferibile l'uso della Gliclazide

Metiglinidi: azione ipoglicemizzante rapida e transitoria

- Utili per il controllo delle iperglicemie postprandiali.
- Possibilità di utilizzo fino a gradi estremi di riduzione GFR
- Possibile associazione con sindrome coronarica acuta (scheda tecnica).
- Non raccomandato l'uso oltre 75 anni.
- Non effettuati studi di associazione con insulina, glitazoni, sulfaniluree, acarbosio.

Glitazoni: prudenza negli anziani soprattutto fragili

- Aumento ponderale, ritenzione idrica, scompenso cardiaco.
- Riduzione densità ossea e aumentato rischio di cadute (donne).
- Aumentato rischio di Carcinoma vescicale (uomini).
- Aumentato rischio di Edema maculare.

Acarbosio: utile nel ridurre le iperglicemie postprandiali

- Non provoca ipoglicemie ed è neutro sul peso corporeo
- Scarsa aderenza terapeutica per necessità di somministrazioni multiple e fastidiosi effetti collaterali (flatulenza e frequentemente diarrea)
- Può essere somministrato in caso di insufficienza epatica e renale (fino a 25 ml/dl di GFR).

Analoghi-agonisti GLP-1

- Non ci sono studi negli anziani
- Possono indurre calo ponderale, obiettivo non sempre utile nei diabetici anziani

Non hanno al momento indicazione per i pazienti > 75 anni e non sono sicuramente adatti per il paziente fragile di età < 75 anni

Gli inibitori del DPP-4

- Agiscono prevalentemente sulla glicemia postprandiale senza indurre ipoglicemia.
- Neutri sul peso corporeo
- Maggiore efficacia clinica nei pazienti anziani
- Vi sono studi nei pazienti > 65 anni e nel caso del Vildagliptin anche nei diabetici > 75 anni
- Possono essere usati, a dosaggio ridotto, in caso di IRC. Nel caso di Linagliptin nessun aggiustamento posologico

Glifozine: Inibiscono la proteina SGLT2 (co-trasportatore sodio-glucosio), responsabile del riassorbimento renale del glucosio

- Riducono la glicemia provocando glicosuria
- Inducono diminuzione di peso
- Nessun aggiustamento se GFR > 60 ml/min
- Rischio di deplezione volumica in pazienti > 75 anni.
- Non raccomandate oltre gli 85 anni per limitata esperienza
- Aumentano l'azione dei diuretici tiazidici e dei diuretici dell'ansa (potenziale effetto ipovolemico ed ipotensivo)

La terapia insulinica

- Rappresenta la prima scelta raccomandata nella popolazione anziana, anche istituzionalizzata, per efficacia, riproducibilità e semplicità di gestione.
- Utilizzare insuline che possano uniformarsi il più possibile al profilo fisiologico della secrezione insulinica e con alta riproducibilità d'azione.
- Utilizzare insuline con assente o basso rischio di indurre ipoglicemie. Ideale il regime Basal-Bolus.
- Necessario protocollo interno riconoscimento e gestione delle ipoglicemie.

Conclusioni: L'assistenza ai pazienti diabetici anziani ospiti delle RSA o delle Case di Riposo dovrebbe:

- Garantire il massimo livello di qualità e di benessere, evitando di sottoporre i pazienti ad interventi medici e terapeutici non appropriati e/o superflui
- Prevedere un piano di cura individualizzato (PAI) per ogni ospite con il diabete ed una sua revisione periodica
- Fornire un supporto educativo per consentire ai pazienti di gestire la propria condizione diabetica, ove ciò sia possibile e utile
- Assicurare un piano nutrizionale e dietetico bilanciato al fine di prevenire uno stato malnutritivo (in eccesso e in difetto)
- Prevedere un piano formativo per il personale sanitario e di assistenza con verifiche periodiche

Conclusioni: L'assistenza ai pazienti diabetici anziani ospiti delle RSA o delle Case di Riposo dovrebbe:

- Prevedere la presenza di semplici protocolli per la gestione delle ipo e delle iperglicemie (*regola del 15; schemi di variazione dosi insuliniche*)
- Ottimizzare la cura dei piedi e la cura della vista, per favorire il miglior grado possibile di mobilità, ridurre il rischio di cadute ed evitare ricoveri ospedalieri non necessari
- Raggiungere un controllo metabolico soddisfacente evitando sia l'iperglicemia sia l'ipoglicemia, consentendo il massimo livello di funzione fisica e cognitiva
- Prevedere uno screening efficace delle complicanze del diabete a intervalli regolari, con particolare attenzione alla neuropatia ed alla vasculopatia periferica, che predispongono all'ulcerazione ed all'infezione dei piedi, nonché alle complicanze oculari

Linee guida del trattamento del Diabete in pazienti istituzionalizzati

Dott. Claudio G. Iacovella
Servizio Diabetologia

Casa di Cura San Raffaele Cassino

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Cassino 13 Giugno 2015