

**LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON DIABETE
IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO:
UN UPDATE SULLE PIU' RECENTI ACQUISIZIONI DI GOVERNO CLINICO
E GESTIONE DELLA TERAPIA.**

Cento 28 maggio 2016

La gestione del paziente diabetico dalla dimissione ospedaliera alla presa in carico da parte del Servizio Diabetologico: aspetti infermieristici

Emanuela Frezzati

**(Referente Infermieristica U.O. Medicina Interna delle Malattie Metaboliche e del Ricambio –
Rete Clinica di Diabetologia di Ferrara)**

La dimissione è un momento critico



La fase della **dimissione** dall'ospedale, non sempre ha ricevuto lo stesso livello di attenzione, nonostante i **pazienti dimessi dalle UO di Medicina Interna con terapia insulinica** (per la prima volta o con intensificazione) siano il **60-70%** dei pazienti iperglicemici ricoverati.



a volte:

i pazienti dimessi in terapia insulinica ricevono **informazioni sintetiche solo al momento della dimissione**
la **presa in carico** da parte di un ambulatorio di **Diabetologia** avviene **dopo vari giorni**



Con inevitabili conseguenze

i pazienti spesso non sono obiettivamente in grado di praticare la terapia insulinica in modo corretto:

- **adesione non adeguata** al trattamento (formazione insufficiente, timori, etc ...)
- **eventi avversi** (iperglicemie e ipoglicemie evitabili)
ricorso ai **PS e riospedalizzazioni**



La dimissione ospedaliera è momento fondamentale per garantire un **passaggio sicuro** dalla degenza al domicilio, al fine di **ridurre complicitanze, visite al pronto soccorso e la riospedalizzazione.**

Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016

Educazione del paziente

Educare all'autogestione della malattia diabetica in ospedale è un compito difficile e impegnativo. I pazienti ospedalizzati sono sofferenti, stressati e, inoltre, si trovano in un ambiente che spesso non favorisce l'apprendimento. Durante la degenza è tuttavia necessario fornire un'educazione di base, con informazioni sufficienti a rendere il paziente in grado di non correre rischi al rientro al proprio domicilio. I diabetici di nuova diagnosi e quelli che hanno iniziato il trattamento insulinico o l'autocontrollo della glicemia devono essere addestrati in modo da garantirne una gestione sicura in ambiente extraospedaliero e avviati, al momento della dimissione, al servizio diabetologico anche per la programmazione di un regolare follow-up. Il ruolo della terapia educativa nel paziente diabetico ospedalizzato è stata oggetto di una recente pubblicazione (54) nella quale si è osservato come il tasso di re-ospedalizzazione a 30 giorni fosse ridotto in modo statisticamente significativo nei pazienti che avevano ricevuto una terapia educativa e tale dato rimaneva significativo anche dopo correzione per fattori sociodemografici e per fattori patologia correlati.

Dimissione

La dimissione segna il passaggio di responsabilità da una situazione nella quale il personale ospedaliero gestisce il diabete a una situazione di self-management. Richiede il

TRIALOGUE

La gestione dell'iperglicemia in area medica. Istruzioni per l'uso

Raccomandazione 25. *Durante la fase di ricovero il paziente diabetico autosufficiente deve essere **addestrato all'automonitoraggio glicemico e alla gestione della terapia antidiabetica (insulina e/o antidiabetici orali e/o iniettivi)** prima della dimissione. Nell'eventualità di un paziente non autosufficiente, l'addestramento va somministrato ai familiari.*

Raccomandazione 26. *L'**educazione del paziente** deve essere coordinata dal team diabetologico, se disponibile nel presidio ospedaliero, e comunque il paziente deve essere sempre avviato al servizio di diabetologia di competenza non appena dimesso.*

Raccomandazione 27. *È indispensabile che il sistema ospedaliero sia organizzato a garantire la promozione dell'autogestione della malattia diabetica **in stretta collaborazione** con il team diabetologico.*

TRIALOGUE PLUS

TEMPISTICA DELLE VISITE DIABETOLOGICHE DI CONTROLLO POST-DIMISSIONE

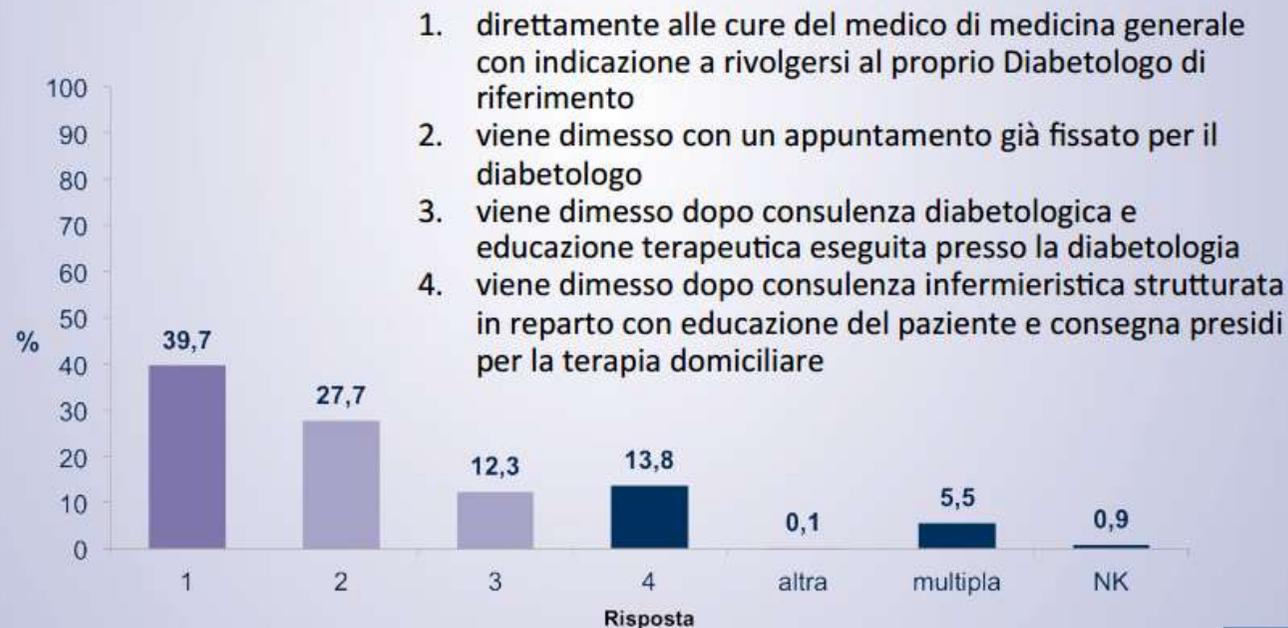
Raccomandazione 28

Al momento della dimissione, tutti i soggetti con diabete noto o di nuova diagnosi vanno inviati al servizio di diabetologia di riferimento, entro un arco di tempo variabile a seconda della terapia ipoglicemizzante in corso (insulina, ipoglicemizzanti orali)

- Nel paziente dimesso con sola TERAPIA INSULINICA o in caso di diabete di nuova diagnosi è raccomandato un controllo diabetologico entro 2 settimane dalla dimissione.
- Nel paziente dimesso con TERAPIA COMBINATA (ANALOGO BASALE DELL'INSULINA + Ipoglicemizzanti orali) è raccomandato un controllo diabetologico entro un mese dalla dimissione.
- Nel paziente dimesso con TERAPIA a base di IPOGLICEMIZZANTI ORALI è raccomandato un controllo diabetologico entro tre mesi dalla dimissione.

Le modalità più comuni di gestione della dimissione

Il paziente diabetico prossimo alla dimissione viene affidato a: (n=660)



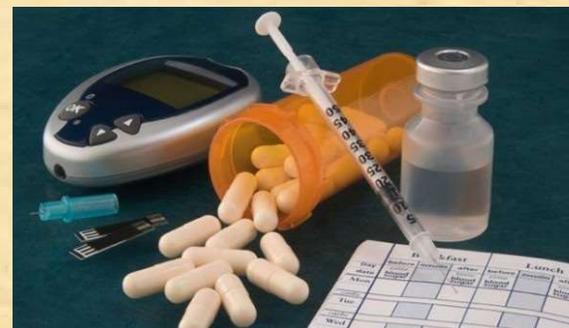
Alla dimissione si dovrebbe provvedere



Educazione
all'autogestione



Consegna appuntamento
Visita Diabetologica



Consegna di Farmaci e Presidi
necessari fino a primo accesso
Diabetologia

Cosa accade nella «vita reale»

E' critica la erogazione di Educazione all'autogestione durante la degenza



A volte il reparto di degenza fornisce un appuntamento all'Ambulatorio Diabetologico di riferimento, in altri casi provvede il paziente o il MMG.



La erogazione di farmaci e presidi da parte delle Farmacie Ospedaliere non è sistematica.



Cosa accade nei Servizi di Diabetologia

- Alla richiesta di appuntamento per visita post-dimissione si fissa l'accesso entro 7 gg ca.
- Visita Diabetologica per la ripresa in carico (sia per casi già assistiti che in Gestione Integrata). Prima visita (se diagnosi diabete in degenza)
- Programmazione accertamenti e controlli successivi
- Educazione Terapeutica al paziente e caregiver in particolare se sono cambiati i farmaci e se sussistono diverse comorbidità
- Consegna Presidi e Farmaci per il periodo fino a nuovo accesso
- Certificazioni (esenzione 013.250 se prima visita), Piani Terapeutici, proposte vaccinali.

Contenuti educativi “minimi”



- Cos'è il diabete
- Breve accenno alle complicanze e alla loro prevenzione
- Obiettivi glicemici
- Riconoscimento, trattamento e prevenzione delle iperglicemie e ipoglicemie
- Informazioni nutrizionali Informazioni sui farmaci
- Autocontrollo glicemico
- Autogestione della terapia insulinica
- Gestione del diabete durante i giorni di malattia
- Informazioni sulle risorse comunitarie

Cos'è il diabete

Obiettivi glicemici

Breve accenno alle complicanze e alla loro prevenzione



Riconoscimento, trattamento e prevenzione delle iperglicemie e ipoglicemie

IPOGLICEMIA =

Livelli glucosio nel sangue inferiori a 70 mg/dl

RICONOSCERE I SINTOMI DELL'IPOGLICEMIA

- GRADO LIEVE: il Paziente può autogestirsi
- GRADO MODERATO: il Paziente può autogestirsi
- GRADO SEVERO: occorre l'aiuto di un terzo

CAUSE IPOGLICEMIA:

- Mancata assunzione cibo
- Scarso apporto carboidrati
- Superalcolici
- Assorbimento insulina troppo rapido (errore somministrazione)
- Attività fisica non adeguatamente programmata rispetto all'alimentazione e alla terapia insulinica

ATTENZIONE AI SINTOMI TIPICI DI IPOGLICEMIA:



sensazione di fame improvvisa, sudorazione, tremore, sensazione di battiti accelerati, improvvisa instabilità o aggressività, vertigini, confusione mentale.



QUANDO SONO PRESENTI MISURARE LA GLICEMIA;
SE NON È POSSIBILE, APPLICARE COMUNQUE LA REGOLA DEL 15:

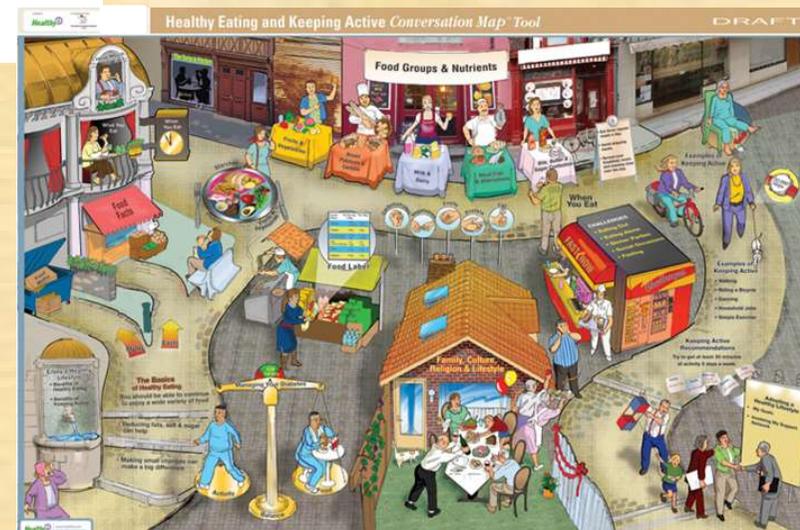
- > **ASSUMERE 15 gr DI ZUCCHERO** (3 cucchiaini o bustine, in alternativa 5 o 6 caramelle zuccherate, 1 cucchiaio grande di miele)
- > **ASPETTARE 15 MINUTI** ed eseguire un nuovo test della glicemia
- > Se ancora inferiore a 70 (o se persistono i sintomi) ripetere l'assunzione di zucchero



Se la glicemia è **INFERIORE A 70 mg/dL**
applicare la **"REGOLA DEL 15"**, ANCHE IN ASSENZA DI SINTOMI.

Informazioni nutrizionali

- **Ridurre** il consumo di **zuccheri semplici** (zucchero, miele, caramelle e dolci)
- **Ridurre** il consumo di **grassi saturi**
- **Incrementare** il consumo di **fibra**
- **Non saltare mai la colazione**
- Consumare **pasti completi** (carboidrati + proteine + verdura + frutta) a pranzo e cena
- **Evitare** periodi di **digiuno prolungato**
- **Suddividere equamente**, nei 3 pasti principali, la quota totale di **carboidrati complessi** (pane, pasta, riso, fette biscottate)



Addestramento all'Autocontrollo Glicemico

1. Lavarsi e asciugarsi accuratamente le mani. 
2. Preparare il dispositivo pungidito:
 - inserire la lancetta
 - togliere il cappuccio
 - regolare la profondità della puntura.
3. Preparare il glucometro:
 - Accendere.
 - Posizionare la striscia reattiva.
 - Verificare che lo strumento sia pronto.
4. Pungere il polpastrello con il dispositivo pungidito e ottenere una goccia di sangue. 

5. Applicare la goccia di sangue sulla striscia. Attendere la comparsa del risultato. 
6. Smaltire il dispositivo pungidito monouso o la lancetta (incappucciata) in un contenitore rigido e rimuovere la striscia usata. 
7. Riportare il valore nel diario. 

FARE ATTENZIONE: 

- Pungidito e strisce sono **monouso**;
- **Controllare la scadenza** prima dell'uso;
- **Non esporre direttamente a fonti di luce e calore.**

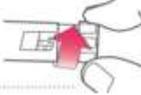
Tabella 9. Obiettivi glicemici in diabetici adulti tipo 1 e 2

HbA _{1c} <53 mmol/mol (<7,0%)* (≤48 mmol/mol [≤6,5%] in singoli pazienti)
Glicemia a digiuno e pre-prandiale 70-130 mg/dl
Glicemia post-prandiale [§] <160 mg/dl [§]

* Facendo riferimento ai valori di 20-42 mmol/mol (4,0-6,0%) della popolazione non diabetica, con il metodo utilizzato dal DCCT.

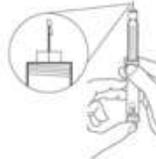
[§] La misurazione della glicemia post-prandiale deve essere effettuata tra 1 e 2 ore dopo l'inizio del pasto (IDF 2011).

Autogestione della terapia insulinica

1. Lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone e asciugarle con cura. 
2. Predisporre la giusta penna
 - Inserire l'ago col cappuccio sulla penna e avvitarlo.
3. Selezionare le unità da somministrare. 
4. Scoprire la zona scelta per l'iniezione. All'inizio si può usare l'addome variando solo il punto di iniezione (sempre a un palmo di distanza dall'ombelico). 
5. Togliere il cappuccio. Inserire l'ago perpendicolare alla cute. 
6. Premere il pulsante di iniezione e contare lentamente fino a 5.
Attendere 10 secondi circa prima di rimuovere l'ago dall'addome. 
7. Estrarre l'ago dalla penna e smaltirlo in un contenitore rigido (NON RIUTILIZZARE L'AGO). 
8. Incappucciare e riporre la penna. 

COSE DA RICORDARE

PRIMO UTILIZZO DELLA PENNA

- **Togliere** la penna dal **frigo 30 minuti prima**.
- **Togliere l'aria** dalla penna selezionando 2-4 UI e premendo il pulsante a vuoto con l'ago verso l'alto fino all'uscita del liquido. 

CONSERVAZIONE E SMALTIMENTO

- La **penna in uso** deve essere conservata a **temperatura ambiente**, lontano da fonti di calore e dura 4 settimane.
- La **scorta** di insulina (almeno 1 penna per tipo) deve essere conservata in **frigo**. 
- La penna è per **uso personale**. L'ago è **monouso** e deve essere smaltito in modo corretto.

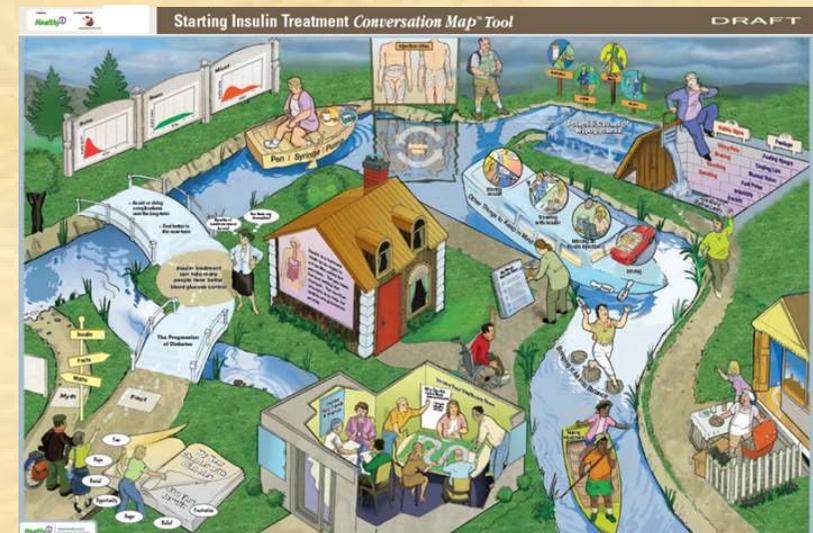
QUANDO SOMMINISTRARE

- L'**insulina basale** deve essere somministrata sempre **nella stessa fascia oraria**.

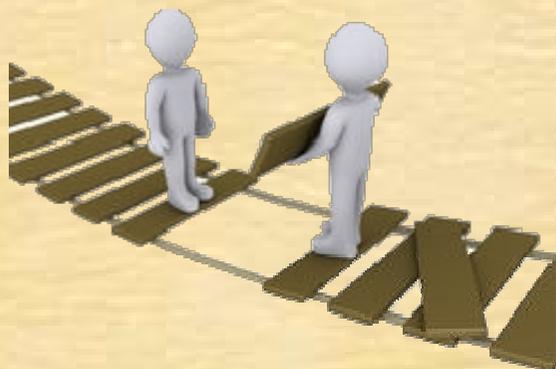
FARE ATTENZIONE:



- **ad avere abbastanza insulina nella penna**
- **a non strofinare la zona dell'iniezione**



Gli snodi dell'Integrazione



Diabete tipo 1: Transizione Pediatria → Servizio Adulti



Diabete tipo 2: Servizio di Diabetologia ↔ M.M.G.



Degenza Ospedaliera ↔ Servizio Diabetologia



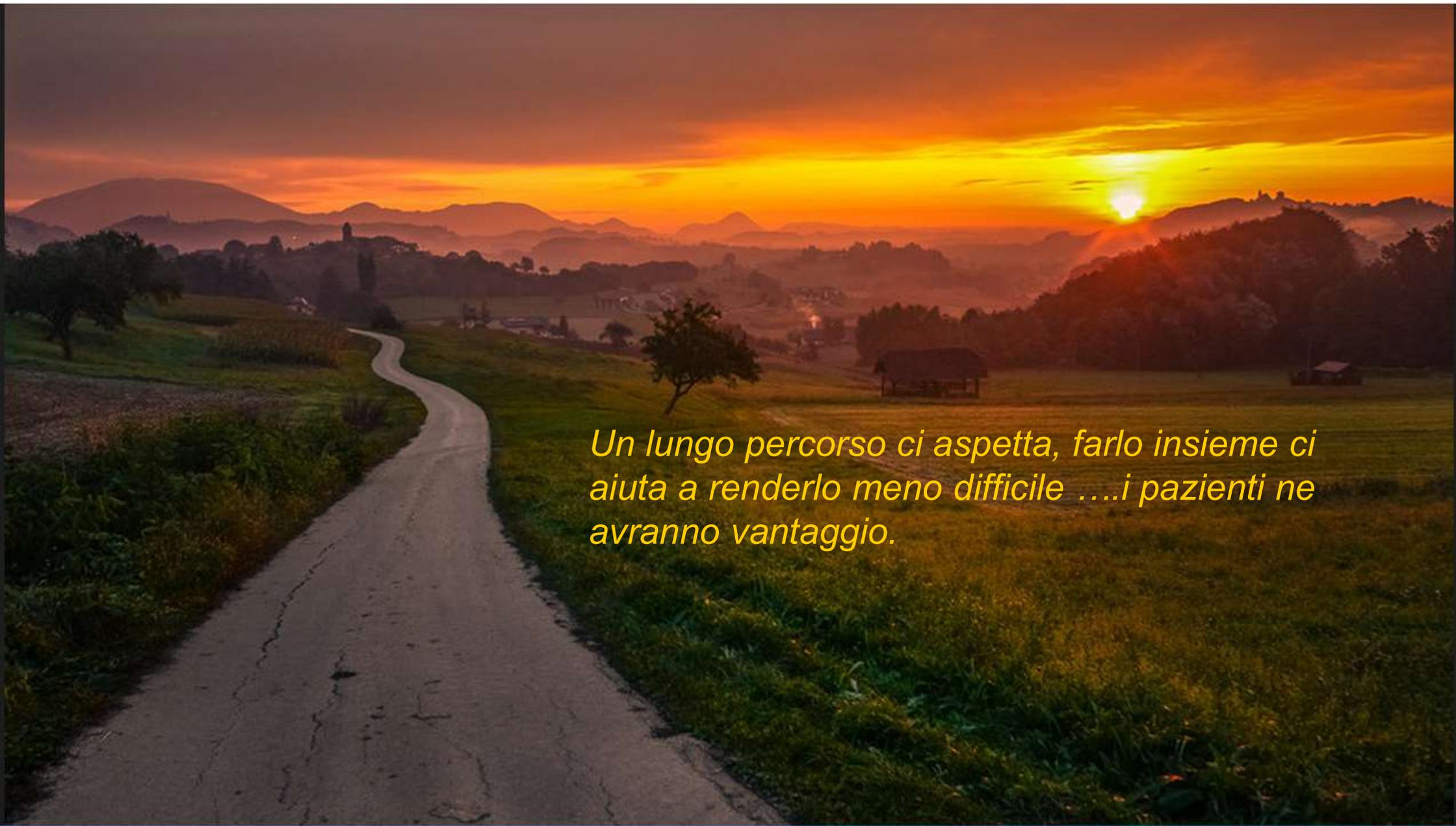
Emergenza ↔ Servizio di Diabetologia



Gli ostacoli all'integrazione tra livelli assistenziali

- Tempo Operatore
- Ordine delle priorità degli ambiti assistenziali
- Formazione degli operatori sui bisogni delle persone con diabete
- Comunicazione tra servizi
- Conoscenza dei diversi ambiti assistenziali
- Prevalenza degli Obiettivi di processo sugli outcome di salute
- Prevalenza della Identità professionale rispetto alla Integrazione





Un lungo percorso ci aspetta, farlo insieme ci aiuta a renderlo meno difficilei pazienti ne avranno vantaggio.