



Fare clic per inserire testo

**GUIDA
PER IL PZ RICOVERATO**

**QUESTIONARI
DEI PZ RICOVERATI**

**PZ DIABETICO RICOVERATO
IN OSPEDALE**

**KIT EDUCAZIONALE
DI "SOPRAVVIVENZA"**

**DECALOGO
PER PERSONALE MEDICO**

GRUPPO DIABETE INPATIENT 2015-2017

Coordinatore: Massimo Michellini

Componenti: Carmelo De Francesco, Ida Mangone, Lelio Morviducci, Maurizio Patrone, Ilaria Pelligra

Referente per il CDN: Maria Chantal Ponziani

Componenti non AMD: Rosario Cunsolo, Rosario Lanzetta, Giovanni Messori Ioli

Consulenti esterni

Michellini Massimo

SOS Diabetologia Montecchio Emilia



ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

Successful Patient Diabetes Education in the Emergency Department

Sancti Lupo, Salsicchia, Lazzarino, Rizzuto, et al.

Diabetes Educ 2015;39:24

Scopo di questo studio è quello di valutare gli effetti di una educazione all'educazione del diabete, realizzata in un dipartimento di emergenza da educatori certificati, utilizzando una metodologia basata sul paziente.

Nei 30 casi l'emergenza dei numeri dell'assistenza diabetica, 21 milioni nel 2014 e 18 milioni nel 2015, ha portato a una serie di iniziative educative, basate sulla educazione del paziente, in collaborazione con il Centro di Educazione e Assistenza al Paziente, a realizzare campagne educative, rivolte soprattutto ai pazienti che frequentano il pronto soccorso.

Inoltre, per il fatto che il diabete non affligge solo i malati di base, è importante dare, che la percentuale di pazienti che affliggono un dipartimento di emergenza per problematiche diabetiche correlate a crisi del 5,7 %, non può essere ignorata. Educazione direttamente nella rete assistenziale, anche se non professionale nel suo insieme, appare, un'idea che merita di essere valutata.

Al di fuori di questo, alcuni di dipartimento di emergenza del diabete, l'assistenza al diabete, non è solo un fatto di tipo 2 scompensato, e sta fornendo una educazione di base centrata al paziente, anche come argomenti target glicemici e di emoglobina glicata, l'automonitoraggio glicemico, i consigli nutrizionali, l'assunzione appropriata delle terapie ipoglicemicizzanti, l'istruzione all'insulinoterapia, se indicata, il riconoscimento dei sintomi della ipoglicemia e la correzione della stessa e i consigli su quando accedere al servizio di emergenza o contattare il medico in base ai valori glicemici riscontrati a domicilio; inoltre è stato somministrato un test di 5 domande a risposte multiple correlate agli argomenti oggetto dell'educazione ed i pazienti sono stati valutati sulle loro abilità all'utilizzo del glucometro e sulle tecniche di somministrazione dell'insulina; una volta dimessi la somministrazione dello stesso test, a distanza di 48-72 ore, ha evidenziato un incremento delle conoscenze circa come gestire il diabete.

Un altro dato che emerge, è che, dopo la visita, gli educatori, si sono

a "learner-centered" approach to teaching survival skills

Successful Patient Education in the Department

Purpose

The purpose of this study was to evaluate the effect of diabetes self-management education (DSME) provided by a single emergency department (ED) on the knowledge and skills of patients with type 2 diabetes.

Progetto "Kit educazionali per pazienti diabetici dimessi dal DEU"

razionale

Il progetto di kit educazionali per pazienti affetti da diabete mellito dimessi dai Dipartimenti di Emergenza Urgenza, DEU, ha come evidenze studi sulla valutazione degli effetti di una educazione all'autogestione del diabete, realizzata in questi setting clinici, utilizzando una metodica educativa centrata sul paziente.

Negli Stati Uniti l'emergenza dell'epidemia diabete ed i relativi costi economici, hanno indotto a realizzare campagne educative, rivolte soprattutto ai pazienti che aderiscono alla primary care; di fronte però al fatto che il 28 % dei diabetici non afferiscono a tale medicina di base e viceversa dato che la percentuale di pazienti che afferiscono ai dipartimenti di emergenza per problematiche diabetiche correlate è circa del 5,7 %, sono stati ipotizzati approcci educativi direttamente svolti nei Pronto Soccorso, anche se varie problematiche non li rendono, apparentemente, luoghi ideali agli stessi.

In un studio del 2015 (1) ad un gruppo di diabetici di tipo 2 scompensati, afferenti al dipartimento di emergenza, è stata fornita una educazione di base centrata sul paziente, avente come argomenti i target glicemici e di emoglobina glicata, l'automonitoraggio glicemico, i consigli nutrizionali, l'assunzione appropriata delle terapie ipoglicemicizzanti, l'istruzione all'insulinoterapia, se indicata, il riconoscimento dei sintomi della ipoglicemia e la correzione della stessa e i consigli su quando accedere al servizio di emergenza o contattare il medico in base ai valori glicemici riscontrati a domicilio; inoltre è stato somministrato un test di 5 domande a risposte multiple correlate agli argomenti oggetto dell'educazione ed i pazienti sono stati valutati sulle loro abilità all'utilizzo del glucometro e sulle tecniche di somministrazione dell'insulina; una volta dimessi la somministrazione dello stesso test, a distanza di 48-72 ore, ha evidenziato un incremento delle conoscenze acquisite, inteso come aumento dello score alle risposte.

Oltre alla conferma della necessità e dell'efficacia di un approccio educativo individualizzato, direttamente centrato sul paziente, la sfida è di sfruttare le potenzialità che può offrire un intervento educativo di tipo "self management e survival skills", direttamente realizzato nei pazienti diabetici che afferiscono nei dipartimenti di emergenza.

A questo proposito il documento AMD sui i Profili di Cura, relativamente alle persone ricoverate in Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU) (2)

1

LA TERAPIA CON L'INSULINA

Quali terapie ci sono per il diabete?

Nel diabete di tipo 1 l'insulina non viene prodotta e bisogna somministrarla con una iniezione.

Per curare il diabete di tipo 2, oltre alla dieta e all'attività fisica, ci sono vari tipi di farmaci che aiutano a controllare la glicemia, cioè il livello di zucchero nel sangue. Anche nel diabete di tipo 2, talvolta, può essere necessario somministrare dall'esterno insulina con una iniezione.

Che cosa uso per prendere l'insulina?

Per somministrare l'insulina non si utilizzano più le siringhe, ma le cosiddette penne in plastica; queste sono formate da:

- una cartuccia contenente l'insulina;
- un ago monouso.

Commento [MM1]: >4

Commento [MM2]: 9

Commento [MM3]: 7, ma correggi.

Commento [MM4]: 3-7 forse lieve modifica

Commento [MM5]: 3-7

Commento [MM6]: 4

Commento [MM7]: 9

Commento [MM8]: 4

Valutazione secondo la modalità Health Literacy

Nella valutazione secondo la modalità Health Literacy, degli elaborati, sono stati coinvolti 8 pazienti diabetici, non preventivamente scelti, ma che hanno visto la presenza, tra gli altri, di un pz extracomunitario con difficoltà di comprensione linguistica, accompagnato dalla moglie, affetto da diabete mellito tipo 2 scompensato con recente inizio di trattamento insulinico quadrinietivo, un paziente seguito in gestione integrata con MMG, altri pz in pz con ipoglicemizzanti orali, un paziente diabetico di tipo 1 con episodio ipoglicemico importante, che aveva reso necessario l'accesso al DEU.

A questi pazienti sono stati consegnati gli elaborati ed evidenziatori, per indicare i termini o i concetti non chiari; è stato fatto successivamente un giro di tavolo con lettura guidata dei documenti da esaminare da parte del conduttore.

Presente alla seduta anche un medico diabetologo.

I documenti sono stati definiti dai pazienti, già ampiamente chiari nell'esposizione dei concetti, per cui sono state fatte poche modifiche; in generale è stata considerata necessaria non solo la chiarezza del linguaggio, ma anche la necessità di evitare concetti anche importanti, ma non strettamente pertinenti al contesto per cui il documento viene elaborato.

Ho provato a riesaminare le principali modifiche fatte ai documenti grazie alla valutazione dei pazienti ed ho evidenziato alcuni momenti metodologici fondamentali e ricorrenti:

- 1) ulteriore semplificazione dei termini più di uso comune;
- 2) chiarimento di termini o di concetti;
- 3) semplificazione di concetti;
- 4) evitato l'uso esclusivo del congiuntivo in prima persona (che potrebbe essere confuso in modo ambiguo con un indicativo della seconda persona) il congiuntivo viene usato alternato all'infinito preceduto da espressioni impersonali tipo è necessario, bisogna, è importante);
- 5) rimozione di concetti medici che sono in realtà da riposizionare perché essenziali al contesto dell'elaborato;
- 6) mantenimento di concetti medici, anche se considerati dal paziente non essenziali per quel contesto;
- 7) rimosse precisazioni mediche, non necessarie al contesto (7);
- 8) tolte ripetizione di spiegazioni di termini o concetti;
- 9) evidenziati concetti chiave;
- 10) introduzioni alle domande forse non correlate allo scopo del progetto;
- 11) uso di termini rafforzativi: è importante, devo;

CONSIGLI ALIMENTARI PER IL PAZIENTE DIABETICO DI TIPO 2

Per essere sicuro di aver capito tutte le informazioni sull'alimentazione, prova a rispondere alle seguenti domande.

Se le informazioni che le abbiamo dato non sono state abbastanza chiare e se avete dei dubbi, chieda pure informazioni al Servizio di Diabetologia che la segue o al suo medico di famiglia.

1. Cosa vuol dire fare attività fisica costante?
2. Che alimenti devo evitare o ridurre per abbassare il livello di zuccheri nel sangue (glicemia)?
3. Quanta verdura e/o carne posso mangiare?
4. Quali tipi di frutta posso mangiare?



L'elaborazione una guida per il paziente con iperglicemia ricoverato in ospedale sul modello elaborato dell' Endocrine Society;

3

GUIDA PER IL PAZIENTE IPERGLICEMICO RICOVERATO

Gentile Signora, gentile Signore, questa è una breve guida preparata per chi ha una IPERGLICEMIA durante il ricovero in ospedale.

Iperglicemia vuol dire aumentati livelli di zucchero (glucosio) nel sangue. Tale condizione si può verificare:

- in chi ha già un diabete noto,
- nelle persone a cui viene diagnosticato il diabete per la prima volta,
- in coloro che presentano iperglicemia da stress, cioè iperglicemia causata dallo stress legato alla malattia per cui si è stati ricoverati.

Quando si parla di iperglicemia?

Si parla di iperglicemia se, durante il ricovero, la glicemia a digiuno prima dei pasti supera 140 mg/dl e/o quella dopo 2 ore dal pasto supera 180 mg/dl.

Indipendentemente dalla causa che l'ha determinata, è importante prenderla in considerazione e sarà compito del medico che l'ha in cura intervenire per ottenere valori glicemici ritenuti adeguati per la sua situazione.

Perché bisogna curare l'iperglicemia?

È molto importante e l'iperglicemia può causare problemi alla sua salute: rallenta la cicatrizzazione delle ferite, aumenta il rischio di infezioni, aumenta i giorni di degenza.

In ospedale?

Per gestire l'iperglicemia a volte è necessario utilizzare l'INSULINA, la terapia più efficace e più sicura in ospedale. L'INSULINA non la deve allarmare, è infatti una terapia molto utile nella gestione di urgenze, anche temporanee, perché permette di raggiungere ottimi risultati in brevissimo tempo, e non è detto che una volta dimesso dall'ospedale sia ancora necessario continuare.

La maggior parte delle volte, superato l'evento acuto, si può passare o tornare ai farmaci in compresse.

Inoltre, l'iperglicemia da stress non ha bisogno di terapie a casa perché regredisce al regredire della condizione patologica stressante che l'ha causata; va comunque considerata e rivalutata dopo la dimissione.

L'insulina le potrà essere somministrata sottocute (iniezione sotto pelle), quella rapida prima dei 3 pasti principali, e frequentemente quella lenta intorno alle ore 22, oppure per via endovenosa (tipo rapido) in modo continuativo se le glicemie sono molto elevate o se non dovesse alimentarsi per qualche giorno.

In entrambi i casi le dosi saranno modificate in base ai risultati della glicemia capillare che verrà misurata prelevando una goccia di sangue dal dito, al momento opportuno. Il numero di controlli sarà più frequente in chi non si alimenta, in chi viene trattato con insulina per via endovenosa continua o in chi va spesso in ipoglicemia.

E' utile, se già non lo faceva prima, imparare durante la degenza a effettuare l'autocontrollo della glicemia capillare e, qualora fosse necessario proseguire la terapia insulinica anche a domicilio.

GUIDA PER IL PAZIENTE IPERGLICEMICO RICOVERATO

Gentile Signora, gentile Signore, questa è una breve guida preparata per chi ha una IPERGLICEMIA durante il ricovero in ospedale.

Iperglicemia vuol dire aumentati livelli di zucchero (glucosio) nel sangue. Tale condizione si può verificare:

- in chi ha già un diabete noto,
- nelle persone a cui viene diagnosticato il diabete per la prima volta,
- in coloro che presentano iperglicemia da stress, cioè iperglicemia causata dallo stress legato alla malattia per cui si è stati ricoverati.

Quando si parla di iperglicemia?

Si parla di iperglicemia se, durante il ricovero, la glicemia a digiuno prima dei pasti supera 140 mg/dl e/o quella dopo 2 ore dal pasto supera 180 mg/dl.

Indipendentemente dalla causa che l'ha determinata, è importante prenderla in considerazione e sarà compito del medico che l'ha in cura intervenire per ottenere valori glicemici ritenuti adeguati per la sua situazione.

Perché bisogna curare l'iperglicemia?

Perché la glicemia è un parametro clinico importante e l'iperglicemia può causare problemi alla sua salute, rallenta la cicatrizzazione delle ferite, aumenta il rischio di infezioni, aumenta i giorni di degenza in ospedale e aumenta la mortalità.

Come si cura l'iperglicemia in ospedale?

Per gestire l'iperglicemia a volte è necessario utilizzare l'INSULINA, la terapia più efficace e più sicura in ospedale. L'INSULINA non la deve allarmare, è infatti una terapia molto utile nella gestione di urgenze, anche temporanee, perché permette di raggiungere ottimi risultati in brevissimo tempo, e non è detto che una volta dimesso dall'ospedale sia ancora necessario continuare.

La maggior parte delle volte, superato l'evento acuto, si può passare o tornare ai farmaci in compresse.

Inoltre, l'iperglicemia da stress non ha bisogno di terapie a casa perché regredisce al regredire della condizione patologica stressante che l'ha causata; va comunque considerata e rivalutata dopo la dimissione.

L'insulina le potrà essere somministrata sottocute (iniezione sotto pelle), quella rapida prima dei 3 pasti principali, e frequentemente quella lenta intorno alle ore 22, oppure per via endovenosa (tipo rapido) in modo continuativo se le glicemie sono molto elevate o se non dovesse alimentarsi per qualche giorno.

In entrambi i casi le dosi saranno modificate in base ai risultati della glicemia capillare che verrà misurata prelevando una goccia di sangue dal dito, al momento opportuno. Il numero di controlli sarà più frequente in chi non si alimenta, in chi viene trattato con insulina per via endovenosa continua o in chi va spesso in ipoglicemia.

E' utile, se già non lo faceva prima, imparare durante la degenza a effettuare l'autocontrollo della glicemia capillare e, qualora fosse necessario proseguire la terapia insulinica anche a domicilio.

Razionale Guida per il paziente diabetico ricoverato in ospedale

La guida per il paziente con iperglicemia ricoverato in ospedale, sul modello elaborato dell' Endocrine Society, definisce e si focalizza su alcuni particolare aspetti:

- 1) Evidenzia il concetto di iperglicemia senza eccessivamente approfondirne la fisiopatologia né eccessivamente focalizzarsi sull'eventuale significato di sintomo di patologia cronica come il diabete;
- 2) Sottolinea gli aspetti e le necessità cliniche che ne giustificano il trattamento;
- 3) Ricorda come il trattamento dell'iperglicemia durante il ricovero ospedaliero sia principalmente effettuato attraverso l'insulinoterapia, sottocute o per via parentale;
- 4) Sottolinea la necessità dei controlli seriati della glicemia con prelievi capillari e valutazione della stessa mediante glucometro, con intensità diversa a seconda delle diverse condizioni cliniche presenti;
- 5) Rimarca la necessità della sicurezza in ospedale nella gestione dell'insulinoterapia, con la descrizione del riconoscimento e del trattamento dell'ipoglicemia;
- 6) Non trascura l'opportunità educativa che può essere sfruttata durante la degenza ospedaliera;
- 7) Mira a tranquillizzare il paziente; l'iperglicemia può regredire al regredire di una condizione stressante...; a domicilio vi è la possibilità di passare a terapie orali...; esiste, dietro autorizzazione, la possibilità di poter effettuare direttamente, in chi già trattato a domicilio con insulinoterapia, di poter utilizzare l'insulina personale e usare il proprio glucometro;
- 8) Invita alla collaborazione costruttiva tra il paziente, i familiari ed personale ospedaliero, esempio nella caso di gestione della terapia insulinica in rapporto all'entità del pasto effettivamente consumato;
- 9) Sottolinea come la dimissione protetta sia da considerarsi ormai senza dubbio un elemento essenziale e ineludibile;
- 10) Evidenzia il ruolo centrale del diabetologo: pur in presenza di diversi sistemi organizzativi ospedalieri sia di degenza che diabetologici, fondamentale è la consulenza diabetologica, medica e/o infermieristica, del team, diretta o mediata da altro personale, comunque opportunamente educato e formato dal Servizio Diabetologico di riferimento;

4

- ## Grazie per l'attenzione