

Il diabete...istituzionalizzato



Maria Antonietta Pellegrini
FriulCoram Udine
CorMedica Cividale del Friuli

CONGRESSO REGIONALE AMD
CAMPOBASSO 22/10/2022

**Con 2,2 milioni di italiani con più di 85 anni
siamo il Paese più longevo d'Europa**





MICHELE SERRA
Il nuovo
che avanza

UNIVERSALE
ECONOMICA
FELTRINELLI

Cent'anni e non sentirli

CENTENARI IN ITALIA AL 1° GENNAIO 2019



100 anni e più

14.456

84% donne | 16% uomini

105 anni e più

1.112

87% donne | 13% uomini

110 anni e più

21

100% donne

I RECORD

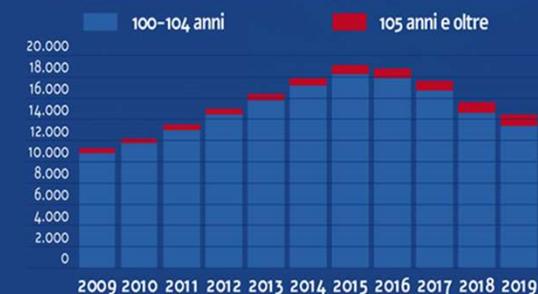
La persona vivente più vecchia d'Italia ha **113 anni**, è donna e risiede in Emilia-Romagna

Al **Nord** il maggior numero di centenari. In **Liguria** la più alta concentrazione di persone con **105 anni e più**

5.882

persone con **105 anni e più** dal 2009 al 2019

0,5% sono stranieri



L'uomo più longevo d'Italia è morto a quasi **112 anni**



La donna più longeva d'Italia è morta a **117 anni**



L'età non basta...



Quasi ottantenni



Oggi 84 anni

Ieri 91 anni

Over 80 e over 90

MASSIMO PIGHIN
23 GIUGNO 2021



Noi CONTENUTO RISERVATO AGLI ABBONATI

Udine » Cronaca

Giuseppe l'inossidabile: va in kayak a 98 anni



Quasi 100



**Questi sono i
loro coetanei
.....
E alcuni anche
più giovani**

I nuovi scenari nella sanità



Come gestire questa eterogeneità?



Come gestire le polipatologie ?



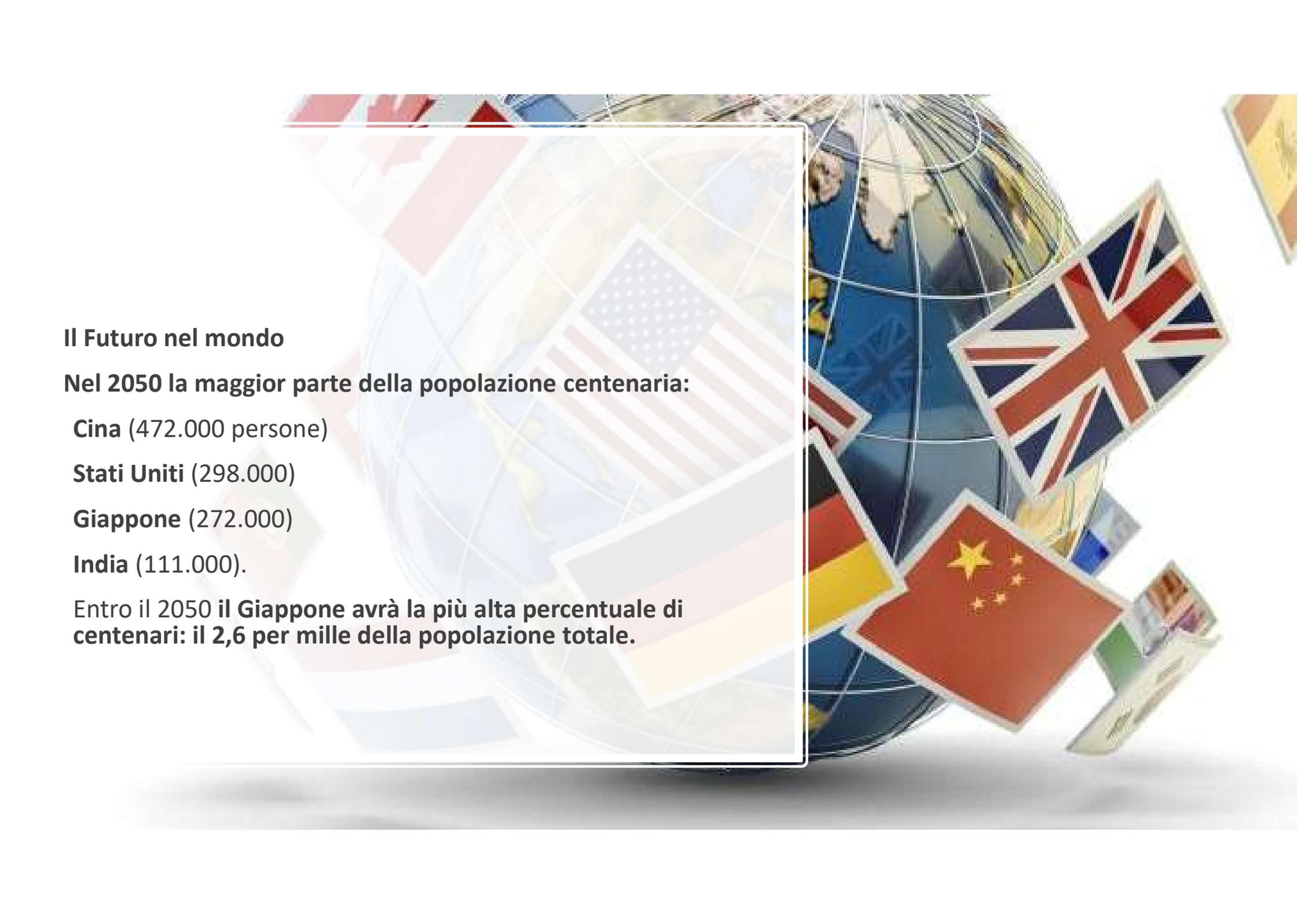
Come gestire la complessità ?



Come gestire l'offerta ?



Di quali professionisti abbiamo bisogno?



Il Futuro nel mondo

Nel 2050 la maggior parte della popolazione centenaria:

Cina (472.000 persone)

Stati Uniti (298.000)

Giappone (272.000)

India (111.000).

Entro il 2050 il Giappone avrà la più alta percentuale di centenari: il 2,6 per mille della popolazione totale.

REGIONI	POPOLAZIONE	CENTENARI	TASSO (X100.000)
LIGURIA	1.565.127	703	44,9
FRIULI	1.221.860	522	42,7
EMILIA	4.377.487	1571	35,9
MOLISE	313.341	106	33,8
TOSCANA	3.692.828	1193	32,3
PIEMONTE	4.374.052	1342	30,7
MARCHE	1.545.155	470	30,4
UMBRIA	886.239	267	30,1
ABRUZZO	1.312.507	383	29,2
TRENTINO	1.039.934	289	27,8
VENETO	4.881.756	1302	26,7
AOSTA	127.844	32	25,0
LOMBARDIA	9.794.525	2369	24,2
BASILICATA	576.194	134	23,3
SARDEGNA	1.640.379	359	21,9
CALABRIA	1.958.238	417	21,3
LAZIO	5.557.276	1141	20,5
PUGLIA	4.050.803	797	19,7
SICILIA	4.999.932	852	17,0
CAMPANIA	5.769.750	780	13,5



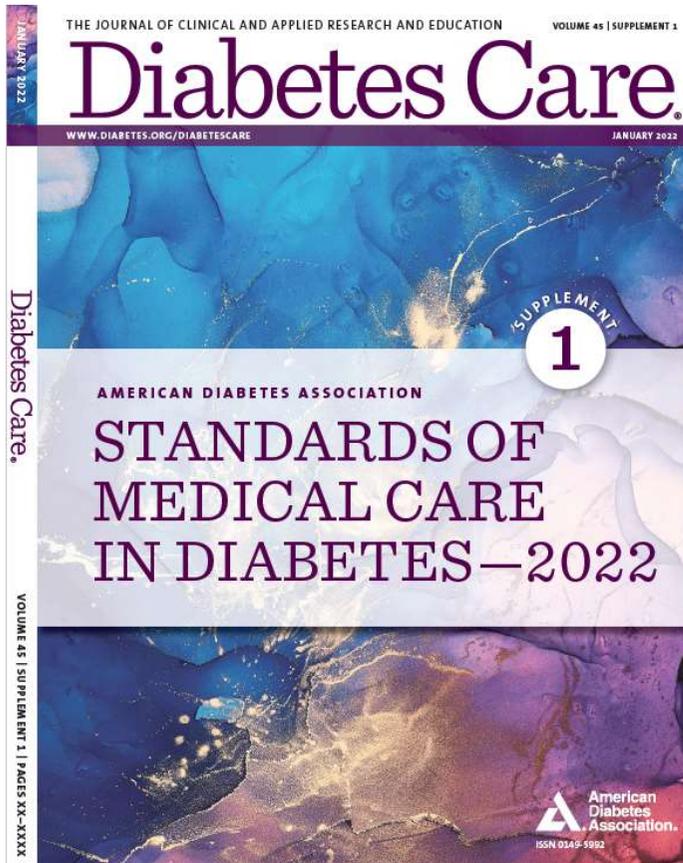
**In un mondo ideale l'assistenza
agli Ospiti diabetici istituzionalizzati dovrebbe:**





- Garantire il massimo livello di qualità di vita e di benessere, evitando di sottoporre i pazienti a interventi medici e terapeutici non appropriati e/o superflui.
- Prevedere un piano di cura "individualizzato" per ogni ospite con il diabete e una sua revisione periodica.
- Fornire supporto 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 adeguato piano formativo per il personale medico/infermieristico e di assistenza con verifiche preferibilmente annuali.
- Prevedere la presenza di semplici protocolli per la gestione delle ipo e delle iperglicemie.
- 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 e alla vasculopatia periferica, che predispongono all'ulcerazione e all'infezione dei piedi, nonché alle complicanze oculari.

TREATMENT IN SKILLED NURSING FACILITIES AND NURSING HOMES *Recommendations*



Consider **diabetes education for the staff** of long-term care and rehabilitation facilities to improve the management of older adults with diabetes. **E**

Patients with diabetes residing in long-term care facilities need careful assessment to **establish individualized glycemic** goals and to make appropriate choices of glucoselowering agents based on their **clinical and functional status**. **E**



Situazione Italiana: disponibilità di posti nelle strutture

Dai dati Istat 2022 emergono 12.261 strutture per complessivi **330.450 posti letto.**

L'offerta è costituita prevalentemente da “unità di servizio” che integrano l'assistenza di tipo sociale e quella di natura sanitaria con oltre due terzi dei posti letto complessivi (74%); l'utenza cui si rivolgono è costituita per lo più da anziani non autosufficienti.



Dati estratti il 09 Oct 2022, 13h55 UTC (GMT) da [I.Stat](https://www.istat.it)

Assistenza ai diabetici anziani istituzionalizzati

Nello scrivere questo articolo il ricordo va all'Amico Massimo Boemi

Maria Antonietta Pellegrini

CDN Fondazione AMD

Parole Chiave

Eterogeneità di Popolazione
Eterogeneità di Assistenza
Personalizzazione delle Cure

Summary

Health services for diabetic patients living in nursing homes commonly feature shortcomings attributable to both the on-site medical facilities and the process of institutionalization itself. The global prevalence of diabetes mellitus among nursing home residents is estimated, to range from 7-27%. Treatment required for elderly diabetics living in long-term nursing facilities is complicated by significant heterogeneity in the patients' clinical needs and functional status (medical comorbidity, secondary complications, etc), common shortcomings include the absence of individualized treatment plans, inadequate dietary management, and poor follow-up with medical specialists.

L'offerta **italiana è molto eterogenea** sia per tipologia di strutture.

L'eterogeneità riguarda anche la natura, pubblica o privata, delle strutture residenziali per anziani.

Attraverso l'analisi della ragione giuridica si evince **come solo il 14% di queste siano direttamente gestite dai Comuni.**

Circa il 70% delle strutture sono gestite da soggetti privati, ma all'interno di questo settore coesistono una pluralità di ragioni giuridiche diverse.

Le misure per il futuro

Nel 2030 un italiano ogni 12 sarà anziano e non autosufficiente: più cure a casa e meno Rsa

Le misure per il futuro: riforma complessiva del settore con 3,5 miliardi. Nel 2030 ci saranno cinque milioni di anziani non autosufficienti

di Valentina Melis
24 maggio 2021



I NUMERI

5 milioni

La platea

NON AUTOSUFFICIENTI

Numero di anziani con disabilità fisiche o mentali nel 2030: oggi sono 2,9 milioni

7 milioni

Gli over 75

12% DELLA POPOLAZIONE

È il numero degli over 75 nel 2020, che dovrebbe arrivare a 12 mln nel 2050 (stime Nna)

38%

Anziani soli

NON SOLO DISABILITÀ

È la percentuale di anziani oltre 75 anni di età che vivono soli: 2,6 milioni di persone

275.473

Ospiti di Rsa

RICOVERATI IN STRUTTURE

Sono gli anziani che vivono in presidi residenziali, 233mila dei quali non autosufficienti (Istat)

Come viene erogata l'assistenza agli Ospiti diabetici

**MADE IN
ITALY**



1997...

Diabetes in institutionalised elderly people: a forgotten population ?



E nel Triveneto nel 2001 cercammo una risposta.....

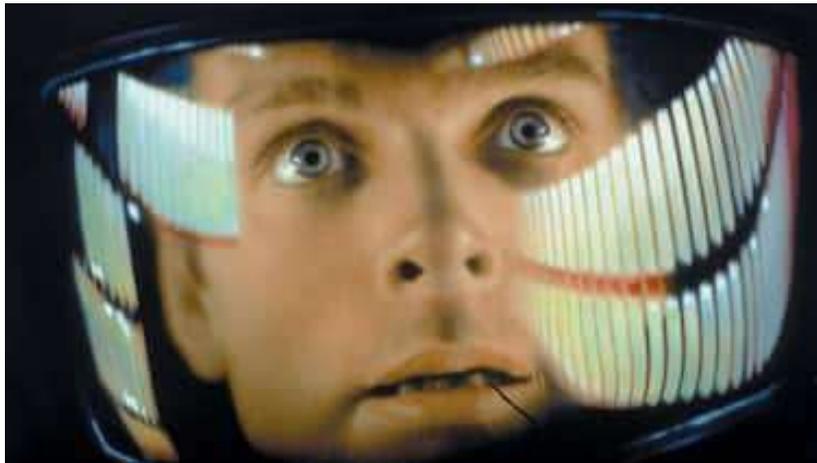


Un progetto per il miglioramento dell'assistenza diabetologica nelle strutture residenziali del Triveneto

Pellegrini MA,, et al.

Un progetto per il miglioramento dell'assistenza diabetologica nelle strutture residenziali per anziani del triveneto (Premio AMD). In: Atti XIII Congresso Nazionale AMD, **Torino 9-12 maggio 2001**. Pisa: Pacini Editore 2001, pp. 325-9.

La risposta.....



2001 odissea nell'ospizio

Ma non contenti anni dopo.....



PROGETTO SENIO

L'assistenza
al paziente diabetico
istituzionalizzato

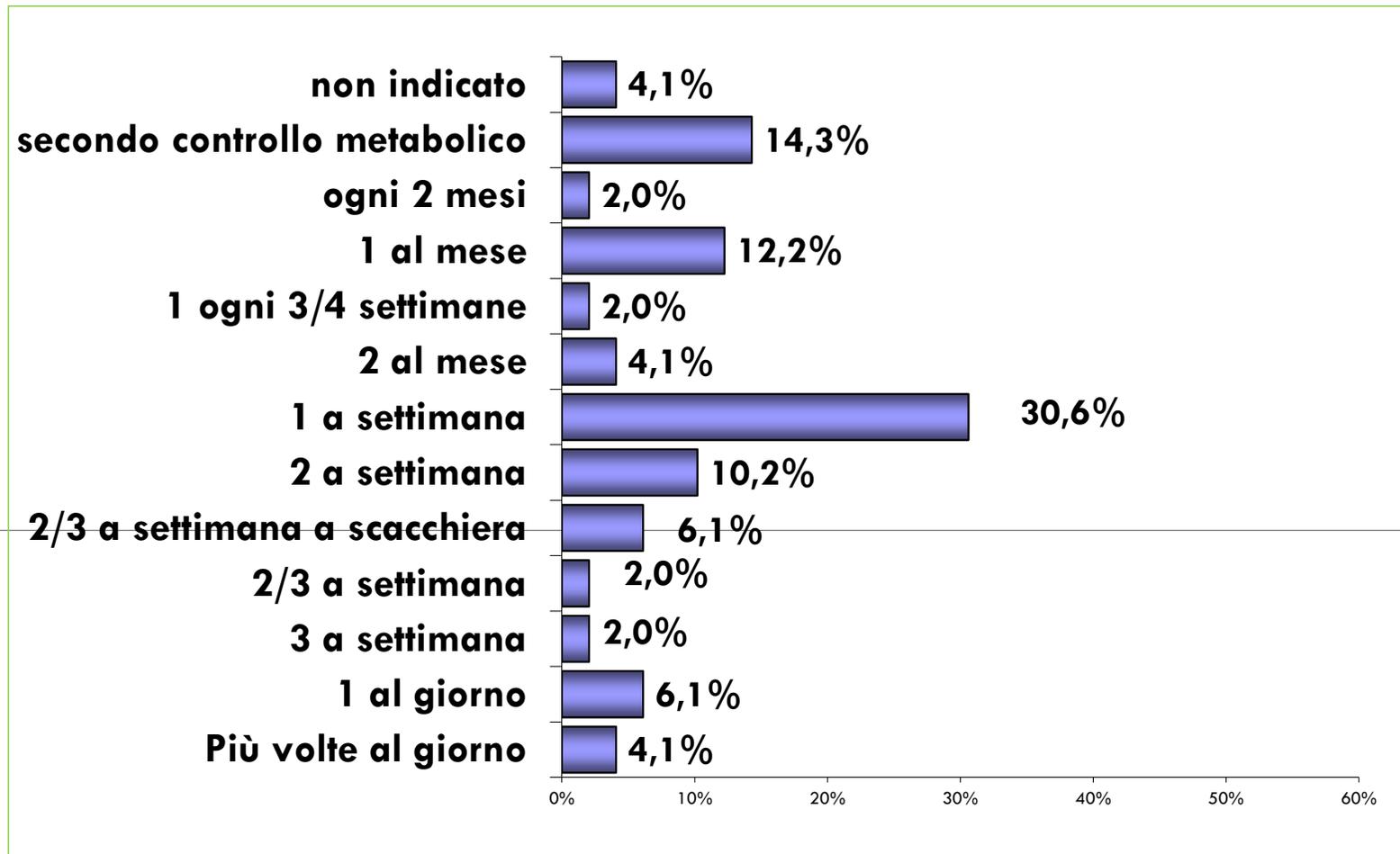


REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

CEFORMED
CENTRO REGIONALE DI FORMAZIONE
PER L'AREA DELLE CURE PRIMARIE

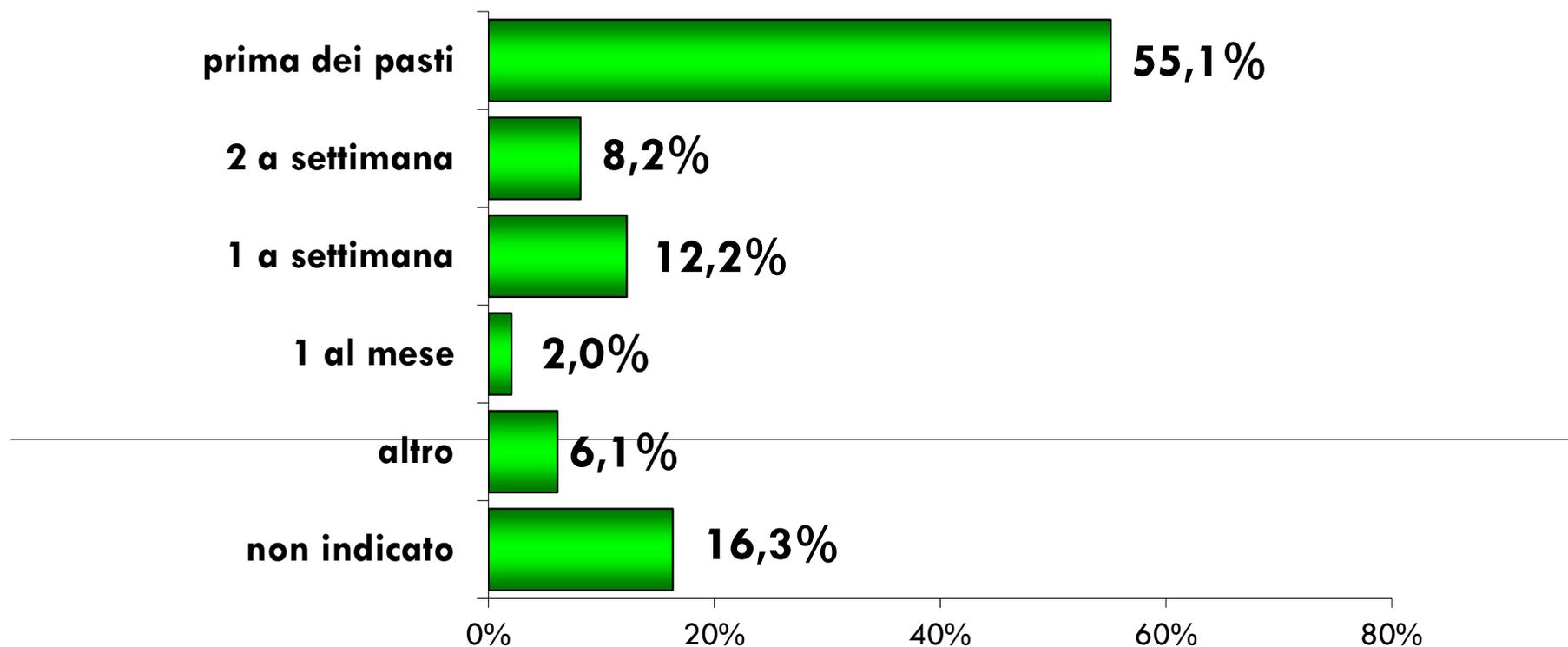
Pellegrini MA, Felace G, Canciani L. Progetto Senio: l'assistenza al paziente diabetico anziano istituzionalizzato 2011. [www.aemmedi.it/files/Il_giornale_AMD/2011/AMD 4-2011 interni.pdf](http://www.aemmedi.it/files/Il_giornale_AMD/2011/AMD_4-2011_interni.pdf).

Controllo della glicemia capillare nei pazienti in terapia con ipoglicemizzanti orali



Esiste una procedura condivisa che preveda il controllo delle glicemie capillari

Controllo della glicemia capillare nei pazienti in terapia insulinica

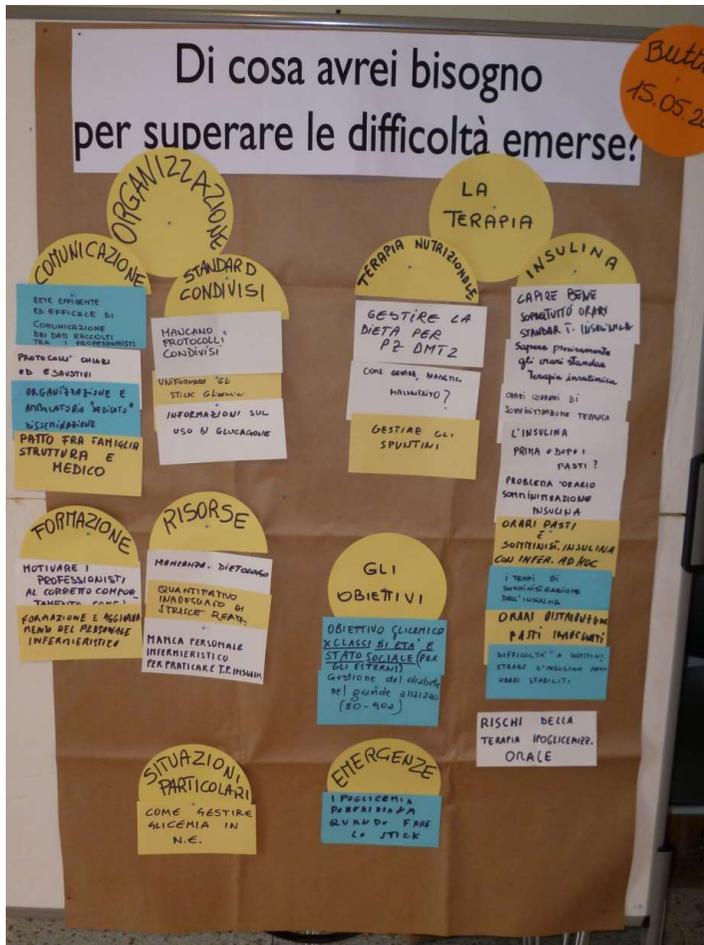


Esiste una procedura condivisa che preveda il controllo delle glicemie capillari

Esiste un protocollo condiviso per il trattamento dell'ipoglicemia?

- acqua + zucchero o bevanda zuccherata
- acqua + zucchero o **spargere zucchero nella mucosa gengivale**
- zucchero x os se vigile; glucagone se non vigile
- bevanda zuccherata, glucosata ipertonica 33%
- **Ciuccio imbevuto di zucchero da tenere in bocca.**
- bevande zuccherate, glucagon fl i.m. o s.c., glucosio e.v.
- **glicemia <100 - 15 g zucchero (3/4 zollette) o 1 cucchiaino di miele o 100/120 ml succo frutta. Dopo 15 minuti controllare la glicemia, se ancora <100 ripetere**
- glucosio al 33 % ev + glucojet 5% in 500 cc
- glucosio 33% IN BOLO + SG 10% in infusione + eventualmente glucagone + controllo stick ogni 30 minuti
- glucosio al 33% e.v.
- **protocollo senza medico o in presenza di medico**
- condiviso caso per caso con il medico curante
- decide il medico
- solo verbale (glucagone / glucosata al 33% nel "bag" x urgenze)

I BISOGNI



Organizzazione

- Standard condivisi
- Formazione
- Comunicazione
- Risorse

Conoscere

- obiettivi
- terapia (nutrizionale, ADO, insulina)
- emergenze

E arriviamo al 2018.....





IX Congresso Nazionale FONDAZIONE AMD: Roma 8-10/11/2018

Gruppo AMD "Diabete nell'Anziano"



L'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato in Italia



Indagine Epidemiologica Condotta nelle Case di Riposo / RSA di alcune Regioni Italiane

Dr G. Ferrari (Fondazione Molina Varese); Dr.ssa A. Biason (Fondazione Comi Luino VA); Dr.ssa C. Ferrari (Morosolo di Casciago VA); Dr G. Bozzi (Nova Milanese); Dr.ssa P.Sciuccati (Legnano); Franco Bottini S. Maria Immacolata (VA); Dr Broetto (Laveno-Mombello VA); Dr C. Mellone (Porto Ceresio VA); Dr Pizzi (Cadegliano Vigonago VA); San Benedetto PO MN; Dr.ssa M.A. Pellegrini (Cividale (UD); Dr.ssa A. De Luca (Codroipo UD); Dr R. Falanga (Aviano PN); Dr B. Ponga (Cordenons PN); Dr S. Zavagno (Spilimbergo PN); Dr P. Da Col (Trieste); Tolmezzo UD; Quiete UD; Camposanpiero (PD); Dr A. Piga (Cineto Romano); Italian Hospita Group; INI medicus; Rio Oasi; Anzio (RM); I.SA.MA. Nocera Inferiore; Villa G. caruso; Poggio S. Pantaleone Nocera Inferiore; Cooperativa Sociale L'Ulivo Scafati SA; Casa di Riposo Evergreen Castellamare di Stabia; Casa Albergo Martinitt Poggiomarino NA; Cooperativa "Quadrifoglio" Poggiomarino NA; Cooperativa "Dimora per i Saggi" SA; Casa di Riposo "La terza età" Castellamare di Stabia NA; Dr G. Manganiello e Dr.ssa G. Cipriano Ariano Irpino AV; Istituto "Francesco Capezuto" Ariano Irpino; Centro "Padre Pio" Grotta Minarda; Istituto "Le Ville" Montefalcone; RSA "Villa Clementina" Volturara AV; Casa Albergo "Mons. Corvino - Siano SA; S. Antonio (SA)

IX Congresso Nazionale FONDAZIONE AMD: Roma 8-10/11/2018

Gruppo AMD “Diabete nell’Anziano”



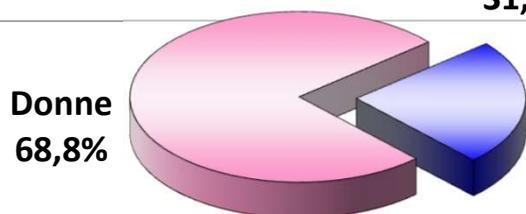
PREMESSE

In letteratura sono state individuate molte carenze nell’assistenza ai pazienti con diabete mellito ospiti delle strutture istituzionali:

- Assenza di standard comuni
- Inadeguata attenzione alla valutazione nutrizionale e alla dieta
- Carenze di formazione del personale
- Mancanza di un follow-up specialistico

Ospiti Totali = 4.692

Uomini
31,2%

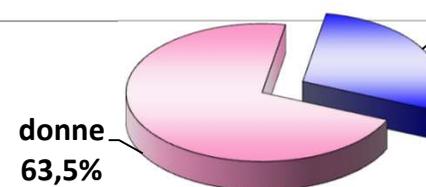


Ospiti con Diabete = 906 (19,31%)

Uomini
36,5%



donne
63,5%



Età media Ospiti = 81,69

- **Età media uomini = anni 78,1**
max 85 Anzio (Roma) e Nova Milanese (MB)
min 62 Cineto Romano (Roma)
- **Età media donne = anni 84,8**
max 92 Volturara (AV)
min 71 Cineto Romano (Roma)

Età media Ospiti con Diabete = 80,49

- **Età media uomini = anni 77,6**
max 84,4 Luino (VA)
min 67 Cineto Romano (Roma)
- **Età media donne = anni 83,3**
max 89 Origgio (VA) e Camposampiero(PD)
min 76 Rio Oasi (Roma)

Come è strutturata l'Assistenza

- In **4 Strutture su 41 (9,7%)** il Medico è presente ogni giorno sia al mattino che al pomeriggio e Reperibile nelle ore notturne
- In **21 Strutture su 41 (51,2%)** il Medico è presente ogni giorno sia al mattino che il pomeriggio
- In **6 Strutture su 41 (14,6%)** il Medico è presente una volta giorno (1-2 ore)
- In **9 Strutture su 41 (21,9%)** il Medico è presente da **1 a 3 vv/settimana**
- In **1 Struttura su 41 (2,4%)** il Medico è presente su solo chiamata. In questa struttura ruotano **18 Medici**

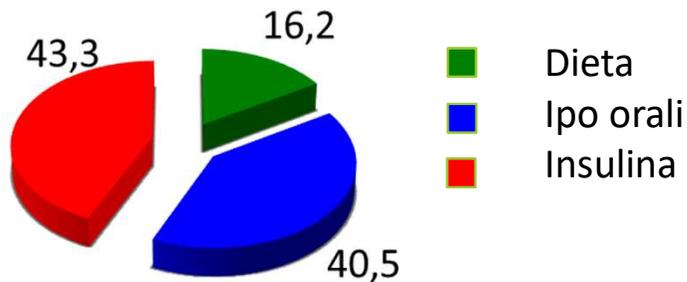
- In **39 Strutture su 41 (97%)** l'Assistenza Infermieristica è garantita nelle 24 ore
- In **2 Strutture su 41 (4,8%)** l'assistenza Infermieristica è garantita sulle 12 ore diurne

L'approccio clinico

- Viene eseguita la **Valutazione Multidimensionale** sugli Ospiti della vostra struttura ?
SI = in 36 Strutture su 41 (90%)
- Viene eseguita la valutazione della **Fragilità** sugli Ospiti della vostra struttura ?
SI = in 23 Strutture su 41 (56%)
- Viene eseguita la valutazione della **Disfagia** sugli Ospiti della vostra struttura ?
SI = in 28 Strutture su 41 (68%)
- Viene eseguita la Valutazione dello **Stato Nutrizionale** sugli Ospiti della vostra struttura ?
SI correttamente = in 13 Strutture su 41 (31%)
NO = in 6 Strutture su 41 (14%)

Ospiti con Diabete = 906 (19,31%)

Tipo di trattamento



- Metformina = 64,4%
- **SU = 16,3%**
- **MET+ SU = 13,9%**
- **DPP4 = 5%**
- Altri = 0,4%

- Lenta serale = 34,7%
- **Miscele = 9,4%**
- **Regolare sec stick = 29,1%**
- **Basal Bolus = 34,5%**

Come viene somministrata l'insulina

- In 8 Strutture su 41 (19,5%) siringhe e flaconcino
- In 20 Strutture su 41 (48,7%) penne usa e getta individuali
- **In 3 Strutture su 41 (7,3%) penne usa e getta collettive** (una penna per tutti i pz che usano la medesima insulina)
- In 3 Strutture su 41 (7,3%) siringa e flaconcino e/o penne usa e getta individuali
- **In 4 Strutture su 41 (9,7%) penne riutilizzabili con cartuccia**
- **In 1 Strutture su 41 (2,4%) penne usa e getta collettive e/o flaconcino**
- **In 1 Strutture su 41 (2,4%) penne riutilizzabili con cartuccia e/o flaconcino**
- 1 Struttura (2,4%) NON specifica la modalità di somministrazione

Chi somministra l'insulina

- In 40 Strutture l'Infermiere/a Professionale
- In 1 Struttura l'Infermiere/a Professionale e/o un familiare

Esiste nella vostra Struttura un Documento/Linea Guida condiviso (medici e infermieri) per la gestione del Diabete

- Si (e viene specificato): in 9 Strutture (21,9%)
- SI (non viene specificato): in 16 Strutture (39%)
- **NO in 16 Strutture (39%)**

Esiste nella vostra Struttura un Documento/Protocollo condiviso (medici e infermieri) per il monitoraggio della glicemia capillare

- SI: in 25 Strutture (60,9%)
- SI (solo per i pz in terapia insulinica intensiva): in 2 Strutture (4,8%)
- **NO: in 12 Strutture (29,2%)**
- **NON specificato: in 2 strutture (4,8%)**

Esiste nella vostra Struttura un Protocollo condiviso (medici e infermieri) per il trattamento dell'ipoglicemia

- **NO: in 26 Strutture (63,5%)**
- SI: in 15 Strutture (36,5%)
in 4 strutture non viene specificato
In 1 struttura non corretto

Esiste nella vostra Struttura un Protocollo condiviso (medici e infermieri) per il trattamento dell'iperglicemia asintomatica

- **NO: in 36 Strutture (87,8%)**
- SI: in 5 Strutture (12,2%)
in 1 struttura non viene specificato

Quale obiettivo di glicata per l'anziano fragile ?

- 5 Strutture su 41 (12%) dichiarano di **non avere obiettivo**
- 7 Strutture su 41 (17%) dichiarano **un obiettivo < 7%**
- 11 Strutture su 41 (26,8%) dichiarano **un obiettivo < 7,5%**
- 17 Strutture su 41 (41%) dichiarano un **obiettivo < 8-8,5%**
- 1 Struttura su 41 (2,4%) dichiara **un obiettivo < 9%**



L'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato nelle Case di Riposo/RSA italiane presenta aspetti positivi ma anche diverse criticità.

L'istituzione di PDTA locali, condivisi da MMG, Diabetologi e tutti gli altri Professionisti Sanitari operanti nel Settore, può rappresentare lo strumento ideale per superare le criticità e migliorare l'assistenza.

Concludendo.....



La cura dei soggetti diabetici anziani istituzionalizzati è sicuramente resa difficile dall'eterogeneità clinica e funzionale di questa popolazione (pazienti spesso fragili, non autosufficienti, con almeno 2-3 comorbidity associate, complicanze micro- e macrovascolari) **e dalle carenze qualitative dell'assistenza diabetologica.**



I problemi da affrontare e cercare insieme di risolvere:

- Assistenza demandata principalmente al **personale infermieristico non adeguatamente formato;**
- Scarsissima offerta di assistenza medica;
- Mancata applicazione degli strumenti della Valutazione multidimensionale e della fragilità
- Assenza di piani di cura personalizzati;**
- Inadeguata valutazione nutrizionale e scarsa attenzione alla composizione dei pasti;
- Mancanza di follow-up medico-specialistico;
- Definizione di chiari obiettivi glicemici**
- Mancanza di protocolli condivisi per la gestione delle ipo- e delle iperglicemie (questo comporta il frequente **ricorso a invii in pronto soccorso e a ricoveri inappropriati** che minano ulteriormente la fragilità spesso presente in questi pazienti);

- ❑ Inappropriato utilizzo dei farmaci (sia nella scelta che nella somministrazione);
- ❑ Un'assoluta variabilità nei tempi di somministrazione dell'insulina (**l'insulina umana regolare, ancora largamente presente nelle case di riposo, somministrata subito prima, durante o dopo il pasto in quasi il 50% dei casi**);
- ❑ Assenza di strutturazione sulla frequenza e sui tempi di rilevazione della glicemia capillare (mancanza di una procedura condivisa che preveda il controllo delle glicemie capillari in 1/3 dei casi; ove esista una procedura condivisa, **un'estrema variabilità nei tempi e sulla frequenza del controllo**, con conseguente cattivo utilizzo delle risorse);
- ❑ Mancanza di adeguata offerta riabilitativa/motoria.

E ricordate nelle Case di riposo può accadere di tutto.....



A Liverpool una madre di 98 anni , Ada Keating si trasferisce nella casa di riposo per prendersi cura del figlio TOM di 80 anni

**La vecchiaia non può essere compresa se non nella
sua totalità;
non è soltanto un fatto biologico , ma un fatto
culturale.**



Grazie per l'attenzione