

#### LA GESTIONE DELL'ANZIANO DIABETICO IN RSA: FENOTIPIZZAZIONE, OBIETTIVI E SEMPLIFICAZIONE TERAPEUTICA SOSTENIBILE









Dott.ssa Alessandra Barucca (Diabetologo) Dott.ssa Alessandra Moreschini (Psicologo) La dottoressa Alessandra Barucca dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche:

- AstraZeneca
- Sanofi

Le **Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa)** sono strutture socio-sanitarie dedicate ad **Anziani non autosufficienti**, che necessitano di assistenza medica, infermieristica o riabilitativa, generica o specializzata.

Anche nelle **Rsa** sono previste attività ricreative da parte di animatori, ma la vera **differenza tra Casa di Riposo e Rsa** consiste nel <u>personale san</u>itario.

È prevista la presenza di un medico 24 ore su 24, un terapista ogni 40 Ospiti e un infermiere ogni 5.

Proprio perché **gli Ospiti della Rsa non sono autosufficienti**, è necessaria la costante presenza medica ed infermieristica, oltre che un aiuto continuativo per garantire lo svolgimento delle attività quotidiane, come per l'igiene personale.







# Framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes

13. Older Adults: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022* 

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S195-S207 | https://doi.org/10.2337/dc22-S0

ulabeles					idemia in d	older adults with
Patient characteristics/ health status	Rationale	Reasonable A1C goal‡	Fasting or preprandial glucose	Bedtime glucose	Blood pressure	Lipids
Healthy (few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.0–7.5% (53–58 mmol/mol)	80–130 mg/dL (4.4–7.2 mmol/L)	80–180 mg/dL (4.4–10.0 mmol/L)	<140/90 mmHg	Statin unless contraindicated or not tolerated
intermediate (multiple coexisting chronic illnesses* or 2+ instrumental ADL impairments or mild-to-moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	<8.0% (64 mmol/mol)	90–150 mg/dL (5.0–8.3 mmol/L)	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	<140/90 mmHg	Statin unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (LTC or end- stage chronic illnesses** or moderate-to-severe cognitive impairment or 2+ ADL impairments)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	Avoid reliance on A10 glucose control decisions should be based on avoiding hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia	(5.6–10.0	110–200 mg/dL (6.1–11.1 mmol/L)	<150/90 mmHg	Consider likelihood of benefit with statin

Table 2—Framework	for considering diabetes  Special considerations	s management goals	A1C	Fasting and premeal blood glucose targets	Management of Diabetes in Long- term Care and Skilled Nursing Facilities: A Position Statement of the American Diabetes Association Diabetes Care 2016;39:308-318   DOI: 10.2337/dc15-2512
Community-dwelling patients at skilled nursing facility for short rehabilitation	<ul> <li>Rehabilitation potential</li> <li>Goal to discharge home</li> </ul>	Need optimal glycemic control after recent acute illness	<ul> <li>Avoid relying on A1C due to recent acute illness</li> <li>Follow current glucose trends</li> </ul>	• 100–200 mg/d	<ul> <li>Monitoring frequency based on complexity of regimen</li> </ul>
Patients residing in LTC	<ul> <li>Limited life expectancy</li> <li>Frequent changes         <ul> <li>in health impacting</li> <li>glucose levels</li> </ul> </li> </ul>	Limited benefits of intensive glycemic sontrol Focus needs to be on better quality of life	<8.5%     (69 mmol/mol)     Use caution in interpreting A1C due to presence of many conditions that interfere with A1C levels	• 100–200 mg/d	<ul> <li>Monitoring frequency based on complexity of regimen and risk of hypoglycemia</li> </ul>
Patients at end of life	<ul> <li>Avoid invasive diagnostic or therapeutic procedures that have little benefit</li> </ul>	No benefit of glycemic control except avoiding symptomatic hyperglycemia	No role of A1C	<ul> <li>Avoid symptomatic hyperglycemia</li> </ul>	<ul> <li>Monitoring periodically only to avoid symptomatic hyperglycemia</li> </ul>

#### La Valutazione Multidimensionale Geriatrica



La valutazione funzionale

Il paziente anziano con diabete tipo 2 dovrebbe ricevere una valutazione multidimensionale geriatrica e una valutazione delle sindromi geriatriche.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

La valutazione deve includere la misura delle funzioni globale/fisica, cognitiva e affettiva. (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

La valutazione funzionale deve essere completata da un accertamento delle comorbilità e dello stato nutrizionale.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

Riconoscere la fragilità: gli strumenti della valutazione multidimensionale



V. Fiore<sup>1</sup>, M. Boemi<sup>2</sup> vincenzo.fiore@fastwebnet.it

<sup>1</sup> UOC Medicina-Geriatria – Area Endocrino Metabolica, Tivoli-Guidonia (RM) <sup>2</sup> UOC Malattie Metaboliche e Diabetologia, INRCA-IRCCS, Ancona

Parole chiave: Diabete Mellito, Comorbilità, Disabilità, Fragilità Key words: Diabetes Mellitus, Comorbidity, Disability, Frailty

Il Giornale di AMD, 2013;16; S1: 11-14

Riconoscere la fragilità: gli strumenti della valutazione multidimensionale. V. Fiore, M. Boemi. Il Giornale di AMD, 2013;16; S1: 11-14

### La Scala FRAIL: Proposta di Score nella Cartella Informatizzata per Identificare II "Paziente Fragile"

Al paziente vengono poste 5 domande:

- 1) AFFATICABILITA': Per quanto tempo ti sei sentito stanco/a nelle ultime 4 settimane?
- Per tutto il periodo oppure per la maggior parte del tempo = 1
- Ogni altra risposta = 0
- 2) **RESISTENZA:** Sei in grado di salire 10 gradini di una scala senza fermarti e senza aiuto?
- No = 1
- Si = 0
- 3) **DEAMBULAZIONE**: Sei in grado di camminare per 300-400 metri senza fermarti e senza aiuti?
- No = 1
- Si = 0
- 4) **MALATTIE**: Quante morbilità sono presenti tra le seguenti: Ipertensione, Diabete, Neoplasia, BPCO, Cardiopatia ischemica, Scompenso cardiaco, Asma, Artrite, IMA pregresso, Stroke pregresso, Malattia renale cronica
- ≥ 5 = 1
- $\cdot$  < 5 = 0
- 5) **PERDITA DI PESO**: Sei diminuito di peso negli ultimi 12 mesi ?

  Si (calo ponderale > 5%) = 1
- $\cdot$  No = 0

## La Valutazione Multidimensionale Geriatrica



	ingresso	1 mese	6 mesi
1) ABILITA' AD USARE IL TELEFONO	mgr caso	mese	mean
Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone.	1	1	1
B. Compone solo pochi numeri ben conosciuti.	1	1	1
Risponde al telefono, ma non compone i numeri.	1	1	,
D. È incapace di usare il telefono.	0	0	,
2) SPOSTAMENTI FUORI CASA			
L. Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o			
della propria automobile.			
3. Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.			
Vlaggia su mezzi pubblici solo se assistito o iccompagnato.		1	
Vlaggia in macchina o in taxi quando è assistito o sccompagnato da altri.	0	0	0
E. Non può viaggiare affatto.	0	0	0
B) ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI			
<ol> <li>É capace di assumere correttamente le medicine.</li> <li>É capace di assumere le medicine solo se in precedenza</li> </ol>	1	1	1
plà preparate e separate.			
È in capace di assumere da solo le medicine.	0	0	0
I) USO DEL PROPRIO DENARO			
L. Provvede in modo autonomo alle proprie finanze(conti, lare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca),	1	1	1
3. Provvede alle spese ed al conti quotidiani, ma ha bisogno	,		
di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare	,	0	0
<ol> <li>E in capace di maneggiare il denaro in modo proprio.</li> <li>FARE LA SPESA non strettamente applicabile e</li> </ol>	•		
pertinente			
Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma.	1	1	1
3. E' capace di effettuare solo piccoli acquisti.	0	0	0
<ol> <li>Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di ecquisto.</li> </ol>	0	0	0
D. E' completamente incapace di fare la spesa.	0	0	0
5) PREPARARE I PASTI non strettamente applicabile e			
sertinente L. Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in			
naniera autonoma.		0	0
Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.     E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure	ľ		
prepara I cibi — In maniera non costante tanto da non	0	0	0
D. Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	0	0	0
7) CURA DELLA CASA non strettamente applicabile e pertinente			
<ol> <li>Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aluto per i lavori pesanti.</li> </ol>	1	1	1
3. Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare	1	,	,
piatti, rifare il letto, ecc. L. Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è	0	0	0
apace di mantenere un livello adeguato di pulizia. D. Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa.	0	0	0
E. E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda	0	0	0
Simosiles. B) FARE IL BUCATO non strettamente applicabile e			
pertinente L. Lava tutta la propria biancheria.	,	,	,
8. Lava solo i piccoli indumenti.	0	o	o
Tutto il bucato deve essere fatto da altri.	0	0	0

		_
	II	
Valutazione Multi Dimensionale Geriatrica	j Quanti pasti completi prende al giorno?	
per l' Anziano diabetico	0= 1 pasto	
per i / inziano diabetico	1= 2 pasti	
	2= 3 pasti	
MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)	K Consuma	
MINITACTATIONAL ASSESSMENT (MINA)	<ul> <li>Almeno una volta al giorno dei prodotti</li> </ul>	
	lattirero- caseari?	N
CREENING	Una o due volte la settimana	
Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi	uova o legumi'?	N
3 mesi? ( perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di	Ogni giorno della carne,	
masticazione o deglutizione)	del pesce o del pollame?	N
0= grave riduzione dell' assunzione di cibo 1= moderata riduzione dell' assunzione di cibo	0.0 = se 0 o 1 si	
2= nessuna riduzione dell'assunzione di cibo	0.5 = se 2 si	
Perdita di Peso recente ( < 3 mesi)	10 = se 3 si	
0= perdita di peso >3 kg		_
1= no so	L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura	
2= perdita di peso tra 1 e 3 kg	0= no 1= si	_
3= nessuna perdita di peso	M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè,	tė,
Motitricitaà	0.0 = meno di 3 bicchieri	
0= dal letto alla poltrona	0.5 = da 3 a 5 bicchieri	
1= autonomo a domicilio	1.0 = più di 5 bicchieri	
2= esce di casa	N Come si nutre?	_
	0 = necessita di assitenza	
Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici	1= autonomamente con difficoltà	
0= si	2 = autonomamente senza difficoltà	
Problemi neuropsicologici	O Il paziente si considera ben nutrito? ( dei problemi nutr	lalo
0= demenza o depressione grava		IZIU
1= demenza moderata	0 = malnutrizione grave	
2= nessun problema psicologico	1 = malnutrizione moderata o non sa	
Indice di massa corporea (IMC - peso /(altezza)² in kg/m²	2 = nessun problema nutrizionale	_
0= IMC <19	Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore d	di alı
1= 19 ≤JMC ≤ 21	P persone della sua età?	
2= 21 <u>&lt; IMC ≤ 23</u>	0.0 = meno buono	
3 = IMC ≥ 23	0.5 = non sa	
alutazione di Screening	1.0 = uguale	
otale parziale max 14 punti)	2.0 = migliore	
.14 punti stato nutrizionale normale	Q Circonferenza brachiale (CB, cm)	_
-14 punti stato nutrizionale normale 11 punti a rischio di mainutrizione	0.0 = CB< 21	
7 punti mainutrito	0.5 = CB < 21 CB >22	
r una valutazione più approfondita, continuare con le domande G_R		
	1.0 = CB >22	_
alutazione Globale	R Circonferenza polpaccio (CP, cm)	
Il Paziente vive autonomamente a domicilio'	0 = CP < 31	
1= si	1= CP ≥ 31	
Prende più di 3 medicinali al giorno?	Valutazione globale ( max 16 punti )	
0= si 1= no	Screening	
Presenza di decubit, ulcere cutanee?	Valutazione totale ( max30 punti )	
0= si 1= no	Valutazione dello stato nutrizionale	
	24 -30 da 24 a 30punti stato nutrizionale no	rma
	17-23. 5 da 17 a 23.5 punti 🔲 rischio malnutrizione	
	meno di 17 punti attivo stato nutrizion	nale

Caratteristiche del paziento/stato di salute	Razionale	HbA1c desiderabile/ target di trattamento	Glicemiaa digiuno o preprandiale	Glucosio bedtim
SANO (poche patologie croniche coesistenti, stato cognitivo e funzionale intatto)	Longer remaining life expectancy	< 7,5% [58 mmol/mol)	90-130 mg/dl	90-150 mg/dl
COMPLESSO/ INTERMEDIO (multiple patalogie croniche coesistenti o alterazione ADL o leve-moderato deficit cognitivo)	Intermediate romaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	< 8% (64 mmoi/moil)	90-150 mg/dj.	110-180 mg/dj.
MOLTO COMPLESSO o POCO SANO (LTC or end-stage chronic illnesses** or moderate-to- severe cognitive impairment or 21 ADL impairments)	Umited remaining life expectancy makes benefit uncertain	Avoidre liance on A1C; glucose control decisions should be based on avoiding hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia	100-180 mg/di	110-200 mg/di.
Al paziente vengono 1) AFFATICABILIT  Per tutto il period  Ogni altra rispost. 2) RESISTENZA: S  No = 1	poste 5 domande A': Per quanto te lo oppure per la m a = 0	empo ti sei sentito naggior parte del ti	stanco/a nelle ult empo = 1	
Al paziente vengono 1) AFFATICABILIT Per tutto il period 0 gri altra rispost 2) RESISTENZA: 5 No=1 Si=0 3) DEAMBULAZIO aluti ? No=1 Si=0 4) MALATTIE: Qui Neoplasia, BPCO, progresso, Stroke p 2.5 = 1 5.5 = 0 5) PERDITA DI PE	poste 5 domande A': Per quanto to o oppure per la n = 0 el in grado di salli NE: Sei in grado ante morbilità so Cardiopatia isch regresso, Malal	e: empo ti sei sentito naggior parte del tu re 10 gradini di una di camminare per no presenti tra le no presenti tra le emica, Scompen tia renale cronica	stanco/a nelle ult empo = 1 a scala senza ferm 300-400 metri ser seguenti: [perte sso cardiaco, Asta	time 4 settimane : narti e senza aluto nza fermarti e senz
Al paziente vengono  1) AFFATICABLI  Per tutto il period  0 gri altra rispost  2) RESISTENZA: S  NO = 1  5 i = 0  3) DEAMBULAZIC  aitut  No = 1  5 i = 0  4) MALATIE: Qua  Neoplasia, BPCO, pregresso, Stroke p  • 5 = 1  • 5 = 1	poste 5 domande A': Per quanto to o oppure per la n = 0 el in grado di salli NE: Sei in grado ante morbilità so Cardiopatia isch regresso, Malal	e: empo ti sei sentito naggior parte del tu re 10 gradini di una di camminare per no presenti tra le emica, Scompen tia renale cronica	stanco/a nelle ult empo = 1 a scala senza ferm 300-400 metri ser seguenti: [perte sso cardiaco, Asta	time 4 settimane : narti e senza aluto nza fermarti e senz
Al paziente vengono  1) adriente vengono  2) pariente vengono  2) pariente la principalita  3) pariente la principalita  3) pariente la principalita  3) pariente la principalita  4) mALATITE: Quan  Neoplasia, BPCO,  progresso, Stroke p  2.5 = 1  5.5 = 0  5) personta oi personalita  5) personta oi personalita  6) personalita  7) personalita  8) personalita  9) pers	poste 5 domando A': Per quanto ti o oppure per la = 0 e in grado di salii NNE: Sei in grado ante morbilità so Cardiopatia isch regresso, Malai SO: Sei diminui > 5%) = 1	e: empo ti sei sentito naggior parte del tu re 10 gradini di una di camminare per no presenti tra le emica, Scompen tia renale cronica	stanco/a nelle ult empo = 1 a scala senza ferm 300-400 metri ser seguenti: [perte sso cardiaco, Asta	time 4 settimane : narti e senza aluto nza fermarti e senz

Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)	
(Folstein MF et al. 1975)	
Test somministrabile  _   si  _   no	
In che anno siamo? (0-1)	$\neg$
	==1
In che stagione siamo? (0-1)	
In chemese siamo? (0-1)	
Mi dica la data di oggi <sup>p</sup> (0-1)	$\neg$
	—
	— I
Che giorno della settimana è oggi? (0-1)	
Midica in the nazione siamo? (0-1)	
In quale Regione Italiana siamo? (0-1)	— JI
	—––––––––––––––––––––––––––––––––––––––
	—, I
In quale città ci troviamo? (0-1)	
A che piano siamo? (0-1)	
Farripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio.	
	- 1
Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3)	—
	— I
Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte: +93 +86 +72 +65	
Se non complete questa prova, allora far silabare all'indietro la parola: MONDO: O - + D - N - O - M - (0 - 5)	- 11
Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3)	
Mostrare un orologio ed una matta chiedendo di dime il nome (0-2)	— II
Mostare un orologio ed una masta chiedendo di dime 8 nome (0-2)	
	—
Ripeta questa frase: "figre contro tigre" (D-1)	
Prenda questo foglio con la mano deatra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3)	$\neg$
Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1)	
	— 1
Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo) (0-1)	
Copi questo disegno (pentagoni intrecciati)* (0-1)	
Punteggio massimo totale = 30: Punteggio Totale	Punteggio
totale corretto per età e scolarità**	
"Coefficient d'agglestaments del MNS Eper dansi di stà sciodocazione nella populazione italiana.	
Interedical eta 65 - 69 70 -54 75 - 79 80 - 54 85 - 89	$\frown$
Assi di Scoberinazzi ser	\ \
8-4 amil +64 +67 +18 +15 +12 DBEONO:	
5-7 mil -13 -42 -43 -43 -43 -43 -43 -43 -43 -43 -43 -43	$\vee$
8-0 mi 31-31-41-43	_]
Ecoefficiente sa aggiunto (a sottentia) al punteggio pramo del MMSE per attenere il punteggio aggiuntato.	_



Riconoscere la fragilità: gli strumenti della valutazione multidimensionale.

V. Fiore, M. Boemi. II Giornale di AMD, 2013;16; S1: 11-14

	Advantages	Disadvantages	Caveats in LTC population
Biguanides	Low hypoglycemia risk	Many contraindications in population with high comorbidity burden	Can be used until estimated glomerular filtration rate is <30 mL/min/1.73 m²
Metformin	Low cost     Known side effects     Established safety record	<ul> <li>May cause weight loss or gastrointestinal upset in frail patients</li> </ul>	<ul> <li>Extended release formulation has lower complexity and fewer gastrointestinal side effects</li> <li>Assess for vitamin B<sub>12</sub> deficiency</li> </ul>
Sulfonylureas	• Low cost	<ul> <li>High risk of hypoglycemia</li> <li>Glyburide has the highest risk of hypoglycemia and should be avoided</li> </ul>	<ul> <li>Avoid if inconsistent eating pattern</li> <li>Careful glucose monitoring during acute illness or weight loss</li> <li>Consider discontinuing if already on substantial insulin dose (e.g., &gt;40 units/day)</li> </ul>
Meglitinides	Short duration of action	Can be held if patient refuses to eat	<ul> <li>Some risk of hypoglycemia</li> <li>Increased regimen complexity due to multiple daily mealtime doses</li> </ul>
TZDs	<ul><li>Low hypoglycemia risk</li><li>Low cost</li><li>Can be used in renal impairment</li></ul>	<ul> <li>Many contraindications in population with high comorbidity burden</li> </ul>	<ul> <li>Less concern for bladder cancer if shorter life expectancy</li> </ul>
DPP-4 inhibitors	Low hypoglycemia risk     Once-daily oral medication	High cost     Lower efficacy	<ul> <li>Can be combined with basal insulin for a low complexity regimen</li> </ul>
SGLT2 inhibitors	Low hypoglycemia risk	<ul> <li>High cost</li> <li>Limited evidence in LTC population</li> </ul>	<ul> <li>Watch for increased urinary frequency, incontinence, lower blood pressure, genital infections, and dehydration</li> </ul>
GLP-1 agonists	<ul><li>Low hypoglycemia risk</li><li>Once-daily and once-weekly formulation</li></ul>	<ul><li>High cost</li><li>Injection</li></ul>	<ul> <li>Monitor for anorexia and weight loss</li> </ul>
Insulin	<ul> <li>No ceiling effect</li> <li>Many different types can be used to target hyperglycemia at different times of the day</li> </ul>	<ul> <li>High risk of hypoglycemia</li> <li>Matching carbohydrate content with prandial insulin if variable appetite</li> </ul>	<ul> <li>Basal insulin combined with oral agents may lower postprandial glucose while reducing hypoglycemia risk and regimen complexity</li> <li>Continue basal-bolus regimen in patients with type 1 or insulin-deficient type 2 diabetes</li> </ul>

Diabetes Care Volume 39, February 2016

#### RESEARCH PAPER



#### Quality of care to institutionalized patients with diabetes in Italy: a national survey

Andrea Da Porto<sup>1</sup> • Anna Coracina • Vincenzo Fiore • Stefano Masi • Lucia Fontana • Patrizio Marnini • Giuseppe Felace on behalf of AMD Italian Study Group "Diabetes care in older people"

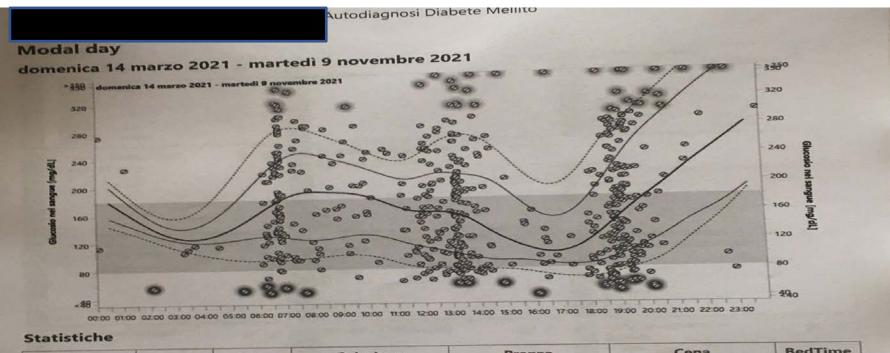
Table 2 Seated Hb1Ac target and management of insulin therapy in analyzed nursing homes

	N(%)
Ib1Ac target	
None	5 (12)
< 7%	7 (17)
<7.5%	11 (26)
< 8%	17 (41)
< 9%	1 (9)
nsulin schedule*	
Basal	54 (13.7)
Basal oral	82 (21)
Sliding scale	114 (29.1)
Premix	37 (9.4)
Basal bolus	135 (34.5)
Insulin delivery	
Individual pen	24 (58.5)
Collective pen	5 (12.2)
Insulin vials	12 (29.3)



	Totale	Alba	Colazione		Pranzo		Cena		BedTime
			Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Media	169,9	129	181,5	187,4	164,6	155,7	163,1	288,1	252,2
Dev. standard	+/- 81,8	+/- 69,4	+/- 72,5	+/- 66,2	+/- 70,9	+/- 93,1	+/- 83,4	+/- 103.3	+/- 142.3
Min	43	51	48	68	59	43	49	109	75
Max	474	273	339	312	369	474	414	448	428
Numero test	538	9	112	20	150	53	180	9	5
poglicemie	20	2	4	0	1	3	10	0	0
perglicemie	34	0	5	1	7	4	11	4	
% in target	47%	55%	47%	40%	50%	45%	48%	11%	2 20%

- Impostazione dei target di cura
- BGm
- TIR
- Variabilità: CV/DS
- Distribuzione dei dati:
- omogenea, disomogenea,
- shift verso i valori più alti/bassi del target,
- Spike/Nadir
- LBGI/HBGI
   Eventi
   Ipo/Iperglicemici



		Alba	Colazione Pranzo Cena		Cena		BedTime		
	Totale		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	1
Percentile 0,1	75,7	54,2	93	100,7	80,9	71,6	69,9	185,8	83,4
Percentile 0,25	101,3	105	127,8	146,3	102,3	83	95,8	227	96
Percentile 0,5	157	113	169,5	189,5	157	124	142	290	298
Percentile 0,75	227	115	233,5	243	207	194	216,3	318	364
Percentile 0,9	284,3	235,4	284,8	264,2	267,1	265,2	285,2	446,4	402,4
Min	43	51	48	68	59	43	49	109	75
Max	474	273	339	312	369	474	414	448	428
Numero test	538	9	112	20	150	53	180	9	5
poglicemie	20	2	4	0	1	3	10	0	0
perglicemie	34	0	5	1	7	4	11	4	2
% in target	47%	55%	47%	40%	50%	45%	48%	11%	20%

- Impostazione dei target di cura
- BGm
- TIR
- Variabilità: CV/DS
- Distribuzione dei dati:
- omogenea, disomogenea,
- shift verso i valori più alti/bassi del target,
- Spike/Nadir
- LBGI/HBGI
   Eventi
   Ipo/Iperglicemici

### Conclusioni

- I Diabetici Anziani NON sono tutti uguali
- Fenotipizzare la Tipologia di Anziano
- Utilizzare Obiettivi appropriati (sempre in sicurezza)
- Utilizzare Farmaci appropriati (a»Bassa Variabilità») favorendo la De-Prescrizione di quelli ad «Alta Variabilità»
- Applicare Misure di Valutazione del Livello di Complessità/Fragilità del Rischio Ipoglicemico/Variabilità Glicemica (VMD con pagina dedicata nella cartella informatizzata)
- Comunicazione a distanza dei dati mediante App/telemedicina per una diagnosi/terapia appropriata

### Esistono tante comunicazioni quanti sono i pazienti: il Tele-tailoring

Personalizzare l'intervento attraverso il ricorso alla *mHealth* produce risultati significativi sui livelli di **engagement** del paziente:

poter calibrare sulla base delle caratteristiche del paziente una comunicazione cucita su misura, rappresenta la via della cura più efficace con particolare attenzione ai *pazienti fragili* che fanno della cura a distanza, l'elemento di vicinanza.



#### La presa in carico globale in telemedicina

Le variabili essenziali di un abito cucito su misura per il paziente fragile:

- Favorire l'analisi dei bisogni, la mappatura e la stadiazione degli stessi
- bisogni assistenziali: concreta opportunità di miglioramento assistenziale, personalizzazione della terapia;
- bisogni psico-emozionali: in un contesto in cui la familiarità con i dispositivi, diventa elemento di rassicurazione e protezione.





#### Analisi dei bisogni bio-psico-sociali

- pazienti istituzionalizzati, spesso con disabilità fisica non autosufficienti, perdono progressivamente il contatto con l'esterno, vivono dal punto di vista psico-sociale, condizioni di isolamento e grande sofferenza
- ➤ una più efficace <u>collabor-AZIONE</u> con MMG, infermieri territoriali e medici delle RSA, indispensabile per garantire i livelli essenziali di assistenza;
- ➤ la telemedicina diventa lo strumento per ricucire la frattura emotiva, sociale ed ambientale, per garantire continuità assistenziale e realizzare una medicina di prossimità organizzata in reti.



#### Quando la Rete rafforza il sistema di Rete

Amplifica il network, garantisce intregr-AZIONE, rafforza scambi e sinergia tra caregivers e rete assistenziale.

I dati presenti in letteratura evidenziano come l'«mHealth» ha cambiato il Team: entro un sistema di connessioni e coordinazione maggiori ha modificato la qualità della cura.

