

DECALOGO DEL DIABETE IN OSPEDALE

Raccomandazioni di appropriatezza nella gestione del diabete durante l'ospedalizzazione

a cura del gruppo Diabete Inpatient

1. Valuta efficacemente il diabete del tuo paziente durante il ricovero
2. Attento al paziente fragile in ospedale, soprattutto se diabetico
3. Pensi di saper impostare correttamente la terapia insulinica?
4. Ipoglicemie in ospedale?
No, grazie!
5. Dov'è un protocollo insulinico infusivo, semplice?
6. Come controllo le glicemie, durante la nutrizione artificiale?
7. Ma il tuo paziente diabetico...cosa mangia durante il ricovero?
8. C'è un tempo per l'educazione in ospedale, cercalo
9. ...e la dimissione protetta?
10. Sei veramente consapevole del ruolo centrale del team diabetologico in ospedale?

PERCHÉ È IMPORTANTE ESEGUIRE UN CORRETTO INQUADRAMENTO CLINICO DEL PZ DIABETICO?

perché

- ✓ la valutazione della glicemia venosa a digiuno permette spesso neodiagnosi precoci di diabete anche durante un ricovero;
- ✓ la HbA1c non solo rappresenta una anamnesi metabolica prossima, ma consente di facilitare i controlli successivi post dimissione;
- ✓ l'impostazione del giusto timing di controlli glicemici, anche personalizzati, permette di valutare il giusto dosaggio terapeutico impostato o già in atto a domicilio;
- ✓ permette monitorare al meglio gli effetti della terapia steroidea.

COME GESTIRE IL PZ DIABETICO FRAGILE?

- ✓ prestando attenzione ai pz anziani fragili con polipatologie, comorbidità, politerapie;
- ✓ ed ancora ai pz critici, oncologici e palliativi;
- ✓ evitando ipoglicemie, semplificando controlli e terapie, ridefinendo obiettivi di compenso adeguati e personalizzati in base alla gravità del pz;
- ✓ monitorando con i caregiver la dimissione protetta.

PERCHÉ SI PARLA DI CORRETTA TERAPIA INSULINICA ?

perché occorre

- ✓ impostare uno schema insulinico adeguato al fabbisogno insulinico del pz;
- ✓ rivalutare lo schema di terapia insulinica, se già attuata a domicilio, in base ai nuovi fabbisogni o modificarlo se sovrastimato;
- ✓ impostare una corretta prescrizione del dosaggio nel range normoglicemico individuato e non al bisogno (abolizione della sliding scale);
- ✓ individuare un algoritmo di prescrizione, facilmente fruibile, al di fuori della normoglicemia, negli altri range predefiniti;
- ✓ fare in modo che l'insulina sia un analogo, possibilmente in penna
- ✓ una gestione corretta dell'analogo lento.

COSA SIGNIFICA EVITARE LE IPOGLICEMIE?

- ✓ ridurre il rischio clinico del pz, soprattutto se fragile;
- ✓ definire correttamente gli obiettivi glicemici soprattutto nel pz critico (range tra 140 e 180 mg/dl);
- ✓ avere un algoritmo di somministrazione insulinica in presenza di bassi valori glicemici in prossimità dei pasti;
- ✓ predisporre un protocollo di correzione delle ipoglicemie.

QUALI SONO I REQUISITI FONDAMENTALI PER UN PROTOCOLLO INFUSIVO DI INSULINA?

- ✓ che sia semplice e condiviso, validato e che consenta una gestione infermieristica;
- ✓ che mi permetta di controllare la glicemia nel peri-operatorio e/o quando il pz non può o non deve alimentarsi, nel caso la glicemia superi i 200 mg/dl;
- ✓ che esista un protocollo di transizione alla terapia sottocute.

Standard di cura del diabete mellito AMD-SID 2018;

I percorsi assistenziali ospedale-territorio Profilo di cura del paziente diabetico ricoverato per un intervento chirurgico d'elezione/ in DEU/ in Cardiologia;

COME CONTROLLO LE GLICEMIE IN CORSO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE?

- ✓ inizio la NA enterale o parenterale preferibilmente se la glicemia è inferiore ai 250 mg/dl, se superiore utilizzo il protocollo di infusione parenterale per ridurla;
- ✓ controllo le glicemie con analoghi lenti in mono o bi somministrazione;
- ✓ eseguo adeguati corrispondenti controlli glicemici.

COME DEVE ESSERE LA DIETA PER IL PZ DIABETICO OSPEDALIZZATO?

- ✓ presente;
- ✓ adeguata e varia, anche durante il ricovero ospedaliero;
- ✓ deve coesistere con un corretto timing tra somministrazione di insulina e distribuzione dei pasti per evitare soprattutto ipoglicemie.

C'È SPAZIO PER L'EDUCAZIONE DEL PAZIENTE DIABETICO DURANTE IL RICOVERO IN OSPEDALE?

Cosa occorre ?

- ✓ che anche il periodo di ospedalizzazione rappresenti un'occasione per favorire l'educazione ai pz diabetici;
- ✓ che ci sia nell'organizzazione del lavoro e dei compiti un tempo dedicato per l'educazione prima della dimissione;
- ✓ che questa non significhi solo istruzione per il pz neodiagnosticato e/o che inizia insulinoterapia;
- ✓ che consenta anche da parte del paziente l'autogestione nei controlli glicemici e nella somministrazione di insulina, in circostanze definite e concordate;
- ✓ che consenta nei pazienti diabetici tipo1 l'autogestione dei microinfusori.

CHE SIGNIFICA DIMISSIONE PROTETTA PER IL PZ DIABETICO?

- ✓ valutazione del team diabetologico al letto del paziente;
- ✓ consegna di devices, educazione all'insulinoterapia, all'autocontrollo glicemico domiciliare, alla gestione dell'ipoglicemia, all'educazione dei caregiver, alla presa in carico successiva da parte del Servizio Diabetologico, alla consegna dei recapiti delle Associazioni dei pazienti diabetici;
- ✓ ma anche presenza della diagnosi di diabete nella lettera di dimissione e compilazione corretta delle SDO.

QUAL È IL RUOLO DEL TEAM DIABETOLOGICO IN OSPEDALE?

Il ruolo del team trova centralità

- ✓ non solo nell'educazione del pz;
- ✓ e non deve essere scambiata con l'attivazione dello stesso al letto di ogni pz diabetico per l'impostazione di uno schema insulinico o per la dimissione protetta; ma trova il suo significato più definitivo:
- ✓ ✓ nella formazione continua degli operatori medici e infermieristici all'autogestione quotidiana del paziente diabetico;
- ✓ ✓ nell'implementazione di protocolli terapeutici e assistenziali;
- ✓ ✓ nelle definizioni dei PDTA atti a garantire continuità con il territorio.

TRIALOGUE PLUS Gestione del rischio cardiovascolare del paziente iperglicemico/diabetico alla dimissione da una struttura ospedaliera Documento condiviso AMD, ANMCO, FADOI e SID;

TRIALOGUE La gestione dell'iperglicemia in area medica. Consensus AMD SID FADOI

DECALOGO DEL DIABETE IN OSPEDALE

10 RACCOMANDAZIONI DI APPROPRIATEZZA NELLA GESTIONE DEL DIABETE DURANTE L'OSPEDALIZZAZIONE a cura del Gruppo Diabete Inpatient

La tematica del **diabete in ospedale** rappresenta **una continua ed strategica sfida** per migliorare l'appropriatezza della sua gestione clinica, l'integrazione con la diabetologia territoriale, la continuità con la medicina di base, attraverso la definizione di percorsi integrati intraospedalieri e protetti tra ospedale e territorio.

Risulta quindi strategico un percorso di lavoro centrato sul paziente diabetico, affetto da "chronic disease" nella **dimensione di continuità** di presa in carico dalle aree a più alta intensità di cura ospedaliera alla realtà della gestione integrata.

La progettualità del Gruppo Diabete Inpatient ha risposto ai criteri di **ricerca dell'appropriatezza, dell'applicabilità** e della ricerca nell'evidenziare il **potenziale educativo e formativo** presente e necessario nel setting operativo ospedaliero.

Le raccomandazioni di appropriatezza nella gestione del diabete in ospedale declinano un decalogo di pratiche che ormai **non possono essere più disattese** nell'approccio al paziente diabetico ricoverato;

- ✓ oltre alla puntualizzazione sull'inquadramento e sul monitoraggio della malattia diabetica e sulla corretta gestione dell'insulinoterapia, viene sottolineata la necessità di una **governance efficace del paziente diabetico** in ambiente chirurgico, nel perioperatorio e collateralmente durante la nutrizione artificiale, attraverso l'utilizzo di un protocollo insulinico infusivo semplice;
- ✓ viene posta in primo piano, come ineludibile **nella gestione del rischio clinico**, la richiesta ad evitare eventi ipoglicemici durante l'ospedalizzazione, come l'esigenza di non dilazionare una corretta dimissione protetta;
- ✓ infine viene introdotta ed esplicitata la necessità di **educazione** al pz anche durante il periodo di ospedalizzazione, e stressata l'importanza fondamentale della **centralità del ruolo del diabetologo**, nell'ambito del team, nella **formazione**, nell'implementazione di protocolli, nella definizione di PDTA atti a garantire continuità con il territorio.

percentuale, come ad esempio **la mancanza di valutazione da parte del team** diabetologico nel caso di neo-diagnosi o di inizio di insulinoterapia da continuare a domicilio; così come la **carezza di una adeguata dimissione protetta** del pz diabetico.

La gestione del diabete in ospedale risulta ancora fortemente inadeguata; e che centrale risulta quindi essere ruolo del diabetologo, nell'ambito del team, nella gestione delle stesso.

Dati preliminari del questionario sui pz ricoverati in setting ospedalieri ci indicano tra l'altro che alcuni risultati, pur attesi, sono comunque inaccettabili come