

II DIABETE OGGI:

UNA MALATTIA SEMPRE PIÙ COMPLESSA



ROMA - 7/8 OTTOBRE 2022 - HOTEL QUIRINALE



8 ottobre 2022

IV SESSIONE: "Il diabetologo ospedaliero: compiti e riconoscimenti"

Moderatori: *Simona Frontoni, Concetta Suraci*

- ore 08:45 Il diabete noto e neodiagnosticato nei reparti ospedalieri - *Dario Pitocco*
- ore 09:00 L'importanza del trattamento insulinico: l'uso delle insuline basali - *Ilaria Barchetta*
- ore 09:15 Il management del paziente diabetico nel setting chirurgico: raccomandazioni GdL AMD
- *Elisa Forte*
- ore 09:30 **La consulenza diabetologica dal ricovero al momento della dimissione** - *Daria Maggi*
- ore 09:45 *Discussione*

La consulenza diabetologica dal ricovero al momento della dimissione

Dott.ssa Daria Maggi

UOC Endocrinologia e Diabetologia

Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Disclosure

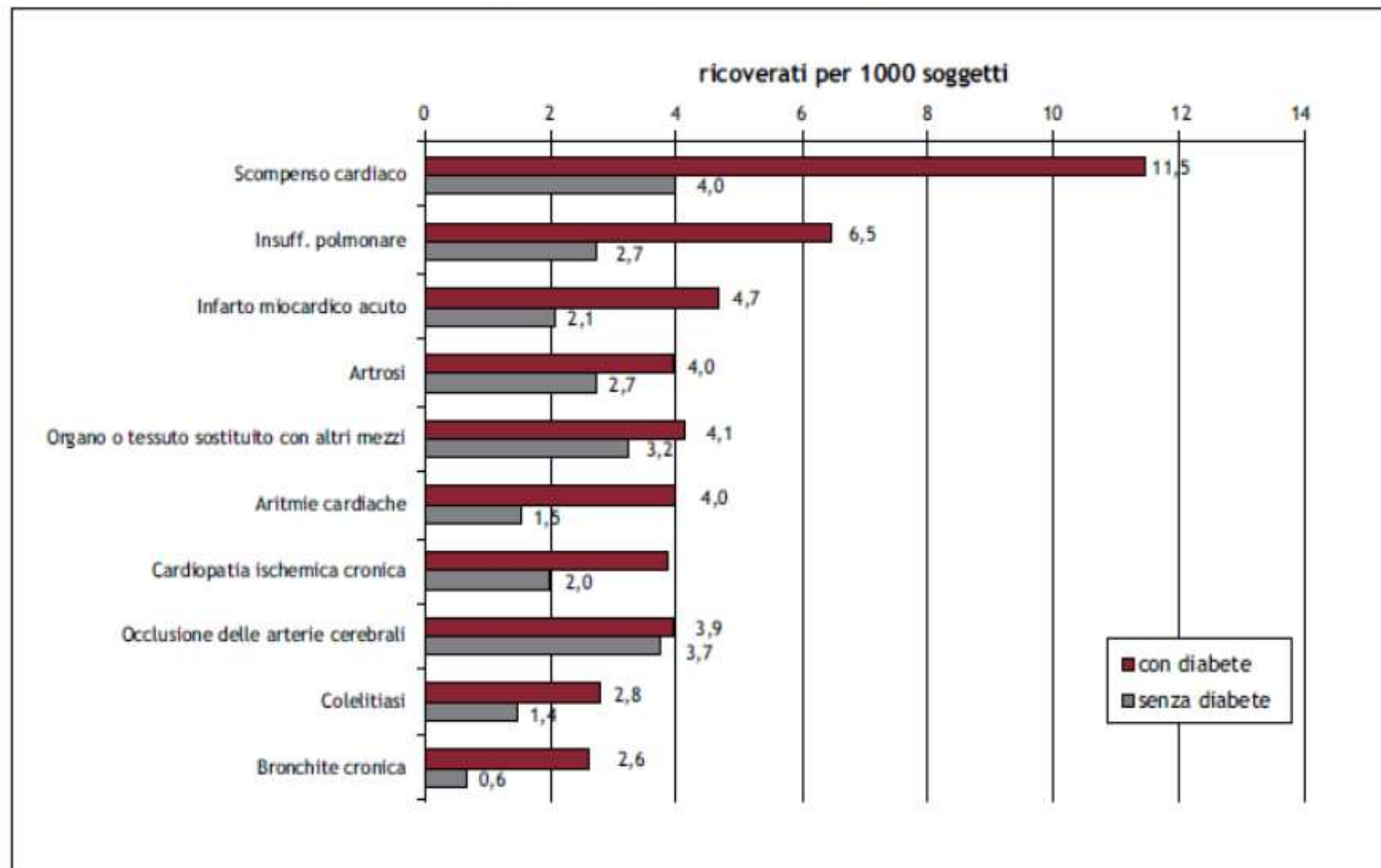
La dott.ssa Maggi dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche: DYNAMICOM EDUCATION S.R.L. e I&C S.R.L.

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc).



Grafico 23¹⁴

Prime 10 diagnosi principali in caso di ricovero ordinario in soggetti con e senza diabete
(ricoverati per 1000 soggetti)⁸



I diabetici presentano un rischio aumentato del 40% di riammissione entro 90 gg (Dungan K, Endocr Pract 2014)

PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO PER RIAMMISSIONE A 30 gg

Durata del ricovero

Presenza di complicanze micro-macroangiopatiche

Numero di comorbidità

Terapia insulinica prima del ricovero

Follow up a 30 gg

Team diabetologico per inquadramento psico sociale

- **valutazione performance e stato psicologico**
- **scelta device più idoneo per terapia e automonitoraggio glicemico**
- **coinvolgimento di care giver**

Curr Diab Rep (2015) 15: 17
DOI 10.1007/s11892-015-0584-7

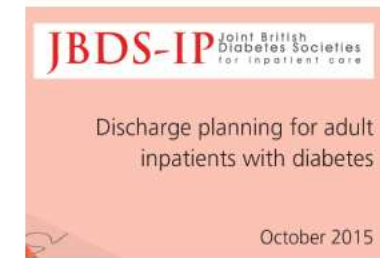
HOSPITAL MANAGEMENT OF DIABETES (GE UMPIERREZ, SECTION EDITOR)

Hospital Readmission of Patients with Diabetes

Daniel J. Rubin

Potenziali strategie per ridurre il rischio di riammissione:

- **Consulenza team diabetologico**
- **Seduta di educazione terapeutica**
- **Istruzioni alla dimissione sul diabete**
- **Follow up planning**
- **Supporto post dimissione attraverso chiamata tel o visita entro 1 settimana**
- **Visita entro 1 mese dalla dimissione**



Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio*

Gruppo di lavoro

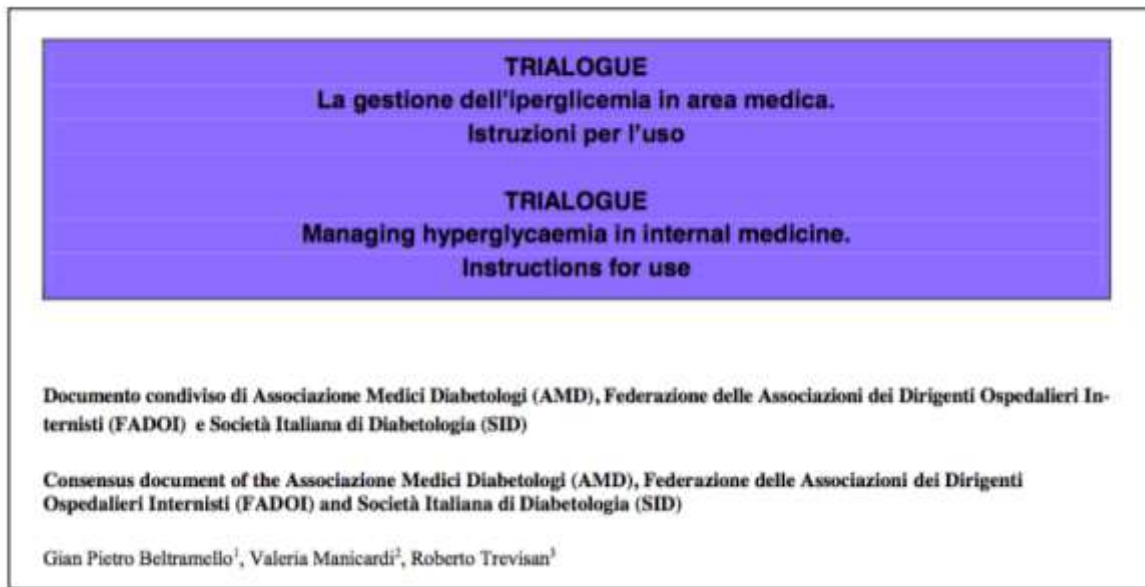
Maria Teresa Branca, Raffaella Buzzetti, Domenico Fedele, Carlo B. Giorda, Valeria Manicardi, Domenico Mannino, Maria Franca Mulas, Leonardo Pinelli, Sebastiano Squatrito, Concetta Suraci



Assistenza al paziente con diabete ricoverato in ospedale

Sono individuabili quattro percorsi fondamentali

- **Percorso pre-operatorio del paziente diabetico**
- **Accesso dei pazienti Diabetici in Pronto soccorso**
- **Assistenza al paziente diabetico ricoverato**
- **Dimissione “protetta” o presa in carico pre-dimissione**



È necessaria una collaborazione clinica multidisciplinare tra l'internista e il team diabetologico, che svolge un ruolo centrale nel percorso di cura e deve essere coinvolto fin dall'inizio.

L'Associazione Medici Diabetologi (AMD), la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e la Società Italiana di Diabetologia (SID) hanno deciso di condividere un **documento capace di fornire all'internista utili indicazioni per la gestione del paziente ospedalizzato con iperglicemia**

Obiettivo del progetto

Fornire **linee di indirizzo e raccomandazioni di buona pratica clinica** sulla gestione del paziente che presenta iperglicemia, con o senza pregressa diagnosi di diabete, ospedalizzato in un reparto di Medicina Interna

A –*Triage* all'ingresso in reparto

B –Gestione dell'iperglicemia nel paziente acuto (non critico) in grado di alimentarsi, ricoverato per un evento acuto

- Quale schema di terapia insulinica?
- Protocolli per l'attuazione dello schema programmato (basal--bolus)
- Orario di determinazione della glicemia

C –Gestione dell'iperglicemia nel paziente critico

D –Ripresa dell'alimentazione per os

E –Gestione dell'iperglicemia nel paziente in nutrizione artificiale (NA)

F –Gestione dell'iperglicemia nel paziente in terapia corticosteroidica

G –Gestione dell' ipoglicemia sintomatica

H –Educazione terapeutica strutturata del paziente

A. Triage all'ingresso in reparto

Raccomandazione 1: *Al momento del ricovero tutti i pazienti devono essere sottoposti a un prelievo per il dosaggio della glicemia presso il laboratorio di chimica clinica dell'ospedale, seguita il giorno dopo da un prelievo per il dosaggio della glicemia a digiuno.*

Raccomandazione 2: *Nel paziente diabetico noto o in caso di riscontro di glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl o non a digiuno ≥ 200 mg/dl si deve sempre richiedere il dosaggio dell'emoglobina glicata (HbA_{1c}), da effettuarsi con metodo standardizzato secondo il sistema di riferimento IFCC*

Paziente NON noto come diabetico:

HbA_{1c} <6,5% Iperglicemia da stress

HbA_{1c} $\geq 6,5\%$ Diabete di nuova diagnosi

16. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

HOSPITAL CARE DELIVERY STANDARDS

Recommendations

- 16.1** Perform an A1C test on all patients with diabetes or hyperglycemia (blood glucose >140 mg/dL [7.8 mmol/L]) admitted to the hospital if not performed in the prior 3 months. **B**
- 16.2** Insulin should be administered using validated written or computerized protocols that allow for predefined adjustments in the insulin dosage based on glycemic fluctuations. **B**

A. *Triage* all'ingresso in reparto

Raccomandazione 3: *L'iperglicemia nel paziente ospedalizzato deve essere sempre trattata: sia nel paziente diabetico noto, sia nel neo- diagnosticato, sia nel soggetto con iperglicemia da stress*

È dimostrato che l'iperglicemia nel paziente diabetico noto, e ancor di più in quello non noto (neo-diagnosticato), si associa a un peggioramento degli esiti clinici.



B. Gestione dell'iperglicemia nel paziente acuto (non critico) in grado di alimentarsi, ricoverato per un evento acuto

Raccomandazione 4: Nei diabetici noti si raccomanda – di norma – di sospendere, al momento del ricovero, il trattamento con ipoglicemizzanti orali e di introdurre terapia insulinica.

B. Gestione dell'iperglicemia nel paziente acuto (non critico) in grado di alimentarsi, ricoverato per un evento acuto

Raccomandazioni 6,7,8: *Va scoraggiato il metodo della “sliding scale”, e cioè dosare l’insulina da somministrare secondo l’ultimo valore glicemico riscontrato. Pertanto, la terapia insulinica deve essere somministrata per via sottocutanea secondo uno **schema programmato**, tipo “basal–bolus” (3 analoghi rapidi ai pasti e – in base ai valori glicemici a digiuno – 1 analogo lento la sera o due volte al giorno) che deve essere accompagnato da un **algoritmo di correzione**. In ambito ospedaliero si dovrebbero impiegare gli **analoghi rapidi dell’insulina** per via sottocutanea, mentre l’insulina regolare dovrebbe essere utilizzata soltanto per via endovenosa.*

16. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

GLUCOSE-LOWERING TREATMENT IN HOSPITALIZED PATIENTS

Recommendations

- 16.6** Basal insulin or a basal plus bolus correction insulin regimen is the preferred treatment for non–critically ill hospitalized patients with poor oral intake or those who are taking nothing by mouth. **A**
- 16.7** An insulin regimen with basal, prandial, and correction components is the preferred treatment for non–critically ill hospitalized patients with good nutritional intake. **A**
- 16.8** Use of only a sliding scale insulin regimen in the inpatient hospital setting is strongly discouraged. **A**

Obiettivi glicemici del paziente ospedalizzato acuto

Devono tendere alla stabilizzazione piuttosto che alla normalizzazione della glicemia, soprattutto per evitare il rischio di ipoglicemia.

Raccomandazione 9:

La terapia insulinica deve essere adattata sino a raggiungere l'obiettivo glicemico

pre--prandiale <140 mg/dl

post--prandiale <180 mg/dl.

16. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

GLYCEMIC TARGETS IN HOSPITALIZED PATIENTS

Recommendations

16.4 Insulin therapy should be initiated for treatment of persistent hyperglycemia starting at a threshold ≥ 180 mg/dL (10.0 mmol/L) (checked on two occasions). Once insulin therapy is started, a target glucose range of 140–180 mg/dL (7.8–10.0 mmol/L) is recommended for the majority of critically ill and noncritically ill patients. **A**

16.5 More stringent goals, such as 110–140 mg/dL (6.1–7.8 mmol/L), may be appropriate for selected patients if they can be achieved without significant hypoglycemia. **C**

Orario di determinazione della glicemia

Raccomandazione 10: *L'orario da preferirsi per il dosaggio della glicemia è la fase **pre–prandiale**, in quanto permette di correggere la dose di analogo rapido usando il fattore di correzione.*

*A seconda degli schemi di terapia si possono effettuare determinazioni glicemiche **anche in fase post–prandiale**, che permettono di valutare il corretto dosaggio dell'analogo rapido, o durante la notte (per verificare la presenza di eventuali ipoglicemie).*

16. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

BEDSIDE BLOOD GLUCOSE MONITORING

In hospitalized patients with diabetes who are eating, bedside glucose monitoring should be performed before meals; in those not eating, glucose monitoring is advised every 4–6 h (2). More frequent bedside blood glucose testing ranging from every 30 min to every 2 h is the required standard for safe use of intravenous insulin. Safety standards for blood glucose monitoring that prohibit the sharing of lancets, other testing materials, and needles are mandatory (35).

Continuous Glucose Monitoring

Real-time continuous glucose monitoring (CGM) provides frequent measurements of interstitial glucose levels as well as the direction and magnitude of glucose trends. Even though CGM has theoretical advantages over POC glucose testing in detecting and reducing the incidence of hypoglycemia, it has not been approved by the FDA for inpatient use. Some hospitals with established glucose management teams allow the use of CGM in selected patients on an individual basis, provided both the patients and the glucose management team are well educated in the use of this technology. CGM is not approved for intensive care unit use.

C. Gestione dell'iperglicemia nel paziente critico

Raccomandazione 11: *L'iperglicemia nel paziente critico e/o che non si alimenta deve essere trattata con terapia insulinica per infusione venosa continua secondo un protocollo predefinito, condiviso con il personale medico e infermieristico, basato su frequenti controlli dei valori glicemici e validato nel contesto di applicazione. Il paziente critico dovrebbe sempre essere valutato dallo specialista diabetologo per la definizione del grado di compenso glicemico e dello stato delle eventuali complicanze, nonché per la definizione dell'iter diagnostico e di raggiungimento della stabilizzazione metabolica.*

16. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

Insulin Therapy

Critical Care Setting

In the critical care setting, continuous intravenous insulin infusion is the most effective method for achieving glycemic targets. Intravenous insulin infusions should be administered based on validated written or computerized protocols that allow for predefined adjustments in the infusion rate, accounting for glycemic fluctuations and insulin dose (3).

C. Gestione dell'iperglicemia nel paziente critico

Raccomandazione 12,13,14,15: Il protocollo per infusione di insulina va sempre applicato per valori glicemici almeno superiori a 200 mg/dl e in caso di grave instabilità glicemica. Gli obiettivi glicemici nel paziente critico sono valori di glicemia compresi tra 140–180 mg/dl. Sono indispensabili accurati e frequenti controlli glicemici in accordo con il protocollo adottato. ***L'algoritmo di infusione endovenosa d'insulina per le emergenze iperglicemiche nel paziente critico deve essere gestito prevalentemente dal personale infermieristico, su indicazione e supervisione del medico.*** Sono fondamentali coinvolgimento e motivazione degli infermieri di reparto in un programma formativo che consenta una gestione autonoma e responsabile dei protocolli. Sono fondamentali il coinvolgimento (e la motivazione) degli infermieri di reparto in un programma formativo che consenta una gestione autonoma e responsabile dei protocolli.

F -Gestione dell' iperglicemia nel paziente in terapia corticosteroidea

16. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*

10.2337/dc22-S016

Diabete e cortisone: 10 consigli

1. Il diabete indotto da steroidi è di difficile controllo
2. L'effetto primario è sulla glicemia post-prandiale
3. I valori della glicemia tendono a normalizzarsi di notte,
4. I livelli di glucosio dovrebbero sempre essere misurati prima e due ore dopo il pasto
5. Gli ipoglicemizzanti orali sono inappropriati, inefficaci e poco maneggevoli
6. L'insulina è la migliore terapia
7. L'insulina prandiale è il bisogno primario e deve essere dosata secondo la glicemia post-prandiale
8. L'insulina basale dovrebbe essere data al mattino e dosata secondo la glicemia del mattino seguente
9. I target glicemici sono <115 mg/dL pre-prandiale e 140-180 post-prandiale
10. La sospensione graduale della terapia deve comportare una opportuna modifica graduale del dosaggio per evitare ipoglicemie

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2016

Glucocorticoid Therapy

The prevalence of glucocorticoid therapy in hospitalized patients can approach 10%, and these medications can induce hyperglycemia in patients with and without antecedent diabetes (95). Glucocorticoid type and duration of action must be considered in determining insulin treatment regimens. Daily-ingested short-acting glucocorticoids such as prednisone reach peak plasma levels in 4–6 h (96) but have pharmacologic actions that last through the day. Patients on morning steroid regimens have disproportionate hyperglycemia during the day, but they frequently reach normal blood glucose levels overnight regardless of treatment (95). In subjects on once- or twice-daily steroids, administration of intermediate-acting (NPH) insulin is a standard approach. NPH is usually administered in addition to daily basal-bolus insulin or in addition to oral antidiabetes medications. Because NPH action peaks at 4–6 h after administration, it is best to give it concomitantly with steroids (97). For long-acting glucocorticoids such as dexamethasone and multidose or continuous glucocorticoid use, long-acting insulin may be required to control fasting blood glucose (50,98). For higher doses of glu-

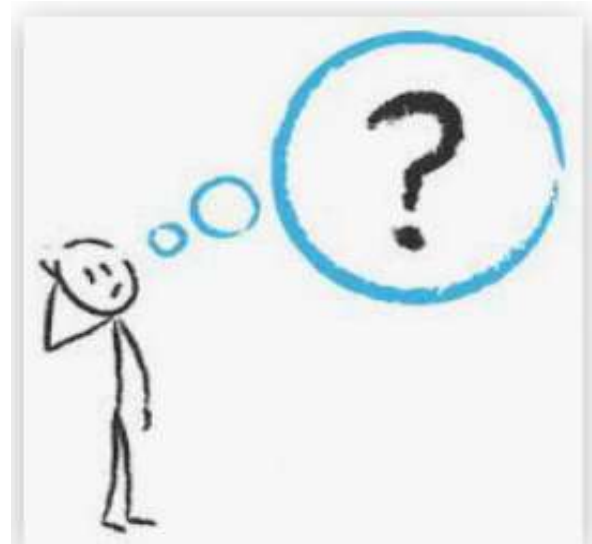
TERAPIA INSULINICA IN OSPEDALE	
INSULINA IN INFUSIONE VENOSA	
PAZIENTE CRITICO	E' appropriato che l'algoritmo sia condiviso e validato nel proprio contesto assistenziale, , semplice e sicuro, a gestione infermieristica (es protocollo di Yale). Obiettivi glicemici: G 140 - 180 mg/dl
DKA e SII	Protocolli specifici
INSTABILITÀ CLINICA E METABOLICA ASSOCIATA A IPERGLICEMIA (trattamento cortisonico ad alte dosi, periodo perio-peratorio, fase post-trapianto, travaglio e parto, ...).	Protocolli validati e condivisi nella struttura Obiettivi glicemici: G 140 - 180 mg/dl
CATEGORIE A TARGET GLICEMICI 110-140 mg/dl - o interventi di cardiocirurgia, - o patologie coronariche acute, - o eventi cerebrovascolari acuti.	Presso strutture con esperienza e dotazione organica e strumentale appropriate potrebbe essere appropriato perseguire target glicemici compresi fra 110-140 mg/dl
TRANSIZIONE DA INFUSIONE VENOSA A INSULINA SOTTOCUTE	
- o Dose totale iniziale giornaliera: calcolare la dose infusa nelle ultime 12 ore, moltiplicarla per 2 e ridurla del 20-30% - o Ripartizione dose in 50% basale e 50% prandiale (10%, 20%, 20%) - o Due ore prima dello stop infusione: somministrazione analogo basale - o Al momento stop infusione: somministrazione prima dose analogo prandiale e ripresa alimentazione	
INSULINA SOTTOCUTE	
PAZIENTE ACUTO	Schema Basal – Bolus se alimentazione regolare
	Schema Basal- Plus se alimentazione os irregolare o assente

Figura 13. Schema riassuntivo sulla terapia insulinica in ospedale. DKA, chetoacidosi diabetica; SII, sindrome iperglicemica iperosmolare; G, glicemia.

Uso ospedaliero insulina

Flacone + siringa		Penne	
Pro	Contro	Pro	Contro
Minor costo economico diretto	Spreco di flaconi di insulina in reparti a minor prevalenza di diabete	Minor spreco di insulina per dosaggi medi in degenze di 7 gg circa	Potenzialmente più costose per degenze brevi
Possibilità di uso per via endovena	Iniezione più dolorosa	Iniezione meno dolorosa con maggior soddisfazione per la terapia	Non uso per insulina in via endovena
Possibilità di usare un flacone per più pazienti in tempi diversi	Possibili errori di dosaggio	Maggior precisione nelle dosi e meno episodi di ipoglicemia	Necessità di personalizzazione della penna (una penna per paziente)
	Difficile educazione per l'uso personale domiciliare del flacone	Educazione per l'uso personale domiciliare con penna	

La terapia **non** insulinica in ospedale...mito o realtà?



16. Diabetes Care in the Hospital:

Standards of Medical Care in Diabetes—2022

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

Noninsulin Therapies

The safety and efficacy of noninsulin glucose-lowering therapies in the hospital setting is an area of active research (66,67). Several recent randomized trials have demonstrated the potential effectiveness of glucagon-like peptide 1 (GLP-1) receptor agonists and dipeptidyl peptidase 4 inhibitors in specific groups of hospitalized patients (68–71). However, an FDA bulletin states that providers should consider discontinuing saxagliptin and alogliptin in people who develop heart failure (72).

Sodium–glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors should be avoided in cases of severe illness, in patients with ketonemia or ketonuria, and during prolonged fasting and surgical procedures (4). Until safety and effectiveness are established, SGLT2 inhibitors are not recommended for routine in-hospital use. Furthermore, the FDA has recently warned that SGLT2 inhibitors should be stopped 3 days before scheduled surgeries (4 days in the case of ertugliflozin).

METFORMINA: Rischio acidosi lattica (scompenso cardiaco, ipoperfusione periferica, insufficienza renale, età avanzata, malattie polmonari, esami strumentali con mdc)

TIAZOLIDINEDIONI: rischio di edema e scompenso cardiaco

DPP4: Possono fornire un controllo glicemico sicuro in monoterapia e in combinazione con insulina basale, basso rischio ipoglicemico, sicurezza CV, possibilità di impiego nell'insufficienza renale (valutare sospensione saxagliptin e alogliptin in pazienti con scompenso cardiaco)

GLP1: sconsigliati in pazienti ospedalizzati spesso inappetenti

SGLT2: non raccomandati in pazienti con malattia severa, con chetonemia/chetonuria o durante digiuno prolungato e procedure chirurgiche

H. Educazione terapeutica strutturata del paziente

Raccomandazione 27,28. È indispensabile che il sistema ospedaliero sia organizzato a garantire la promozione dell'autogestione della malattia diabetica in stretta collaborazione con il team diabetologico. **Il paziente diabetico di nuova diagnosi, o che deve fare terapia insulinica, deve essere rifornito del materiale necessario (comprendente la modulistica per esenzione per patologia e la corretta richiesta ai presidi) per l'esecuzione della terapia e dell'autocontrollo glicemico domiciliare e deve riportare in lettera di dimissione l'appuntamento per il primo accesso al servizio di diabetologia di riferimento.**

16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2022

Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S244–S253 | <https://doi.org/10.2337/dc22-S016>

TRANSITION FROM THE HOSPITAL TO THE AMBULATORY SETTING

Recommendation

16.11 There should be a structured discharge plan tailored to the individual patient with diabetes. **B**

An outpatient follow-up visit with the primary care provider, endocrinologist, or diabetes care and education specialist within 1 month of discharge is advised for all patients experiencing hyperglycemia in the hospital. If glycemic medications are changed, or if glucose control is not optimal at discharge, an earlier appointment (in 1–2 weeks) is preferred, and frequent contact may be needed to avoid hyperglycemia and hypoglycemia. A recently

La dimissione: criticità

La transizione dall'ospedale al domicilio, pur essendo una fase di **rischio** per il paziente, riceve poca attenzione e rimane un'**area di bisogni insoddisfatti**.

I pazienti dimessi dalle UO di Medicina Interna con terapia insulinica sono il 60-70% dei pazienti iperglicemici ricoverati.

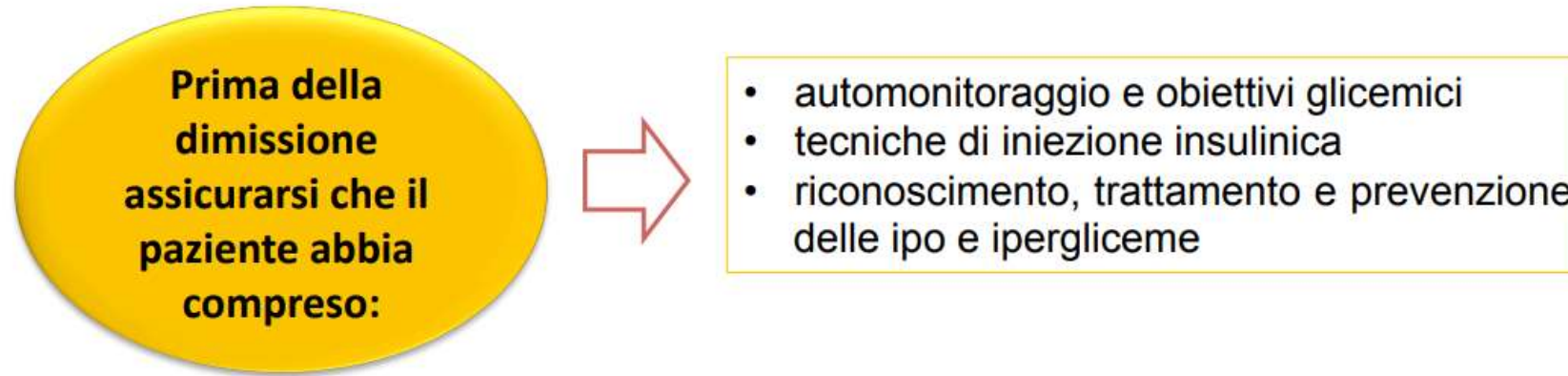


Gulli G et al. Effectiveness of an educational intervention on the management of type 2 diabetic patients hospitalized in Internal Medicine: results from the FADOI-DIAMOND study. Acta Diabetol 2014.



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

Strategie per una dimissione «protetta»



Se le terapie ipoglicemizzanti sono variate o il controllo glicemico non è ottimale alla dimissione, è preferibile una visita di follow-up precoce (entro 1-2 settimane)

... ancora troppo spesso:
*i paz dimessi in terapia insulinica ricevono
informazioni sintetiche solo al momento della dimissione!
la presa in carico da parte di un ambulatorio di diabetologia
avviene solo dopo vari giorni!*

Alla dimissione: rivalutazione della terapia

Qualora sia stata prescritta una terapia insulinica, il paziente andrà rivalutato una volta raggiunto l'obiettivo terapeutico, al fine di:

- verificare la possibilità di *sostituire* il trattamento insulinico con altri ipoglicemizzanti
- valutare la “*semplificazione*” dello schema di terapia insulinica introdotta durante il ricovero (associazione di insulina basale con ipoglicemizzanti orali)

Take home messages

Cosa andrebbe fatto in previsione della
dimissione ospedaliera del paziente
diabetico?

Take home messages-1

Terapia farmacologica ipoglicemizzante del paziente con diabete noto:

- Valutare la conferma della terapia pre-ricovero se HbA1c a target
- Revisione della terapia pre-ricovero se HbA1c non a target
- Valutare “semplificazione” dello schema di terapia insulinica se introdotta durante il ricovero (ad esempio: associazione di insulina basale con farmaci orali)

Take home messages-2

Terapia farmacologica ipoglicemizzante del paziente con diabete noto:

- Rinforzo educativo sulla gestione della malattia e intervento educativo mirato alla terapia insulinica se di nuova introduzione (autocontrollo)
- Programmazione di visita diabetologica di controllo a breve medio-termine presso Servizio di riferimento del paziente; a breve termine (ovvero entro 2-4 settimane, eventualmente presso Servizio della struttura di ricovero) in caso di compenso non ottimale e/o revisione sostanziale della terapia (compresa quella insulinica).

Take home messages-3

Diabete di nuovo riscontro:

- Inquadramento diagnostico della malattia diabetica (tipo di diabete; complicanze diabetiche)
- Attestazione di patologia con esenzione 013
- Definizione della terapia ipoglicemizzante alla dimissione (rilascio di PT ove previsto)
- Intervento educativo (*minimal skills*) sulla gestione della malattia e intervento educativo mirato alla terapia insulinica se confermata alla dimissione

Take home messages-4

Diabete di nuovo riscontro:

- Programmazione di visita diabetologica di controllo a breve medio-termine, per presa in carico presso Servizio Diabetologico di riferimento del paziente
- Controllo a breve termine (ovvero entro 2-4 settimane, eventualmente presso Servizio della struttura di ricovero) in caso di compenso non ancora ottimale e/o impostazione di terapia insulinica, soprattutto se multi-iniettiva.

Take home messages-5

Adozione presso l'Azienda Ospedaliera di un PDTA per la gestione del diabete in regime di ricovero, con specifiche indicazioni operative circa la dimissione ospedaliera e la continuità assistenziale Ospedale-Territorio



*“Non il possesso della conoscenza, della verità irrefutabile, fa l'uomo di scienza,
ma la ricerca critica, persistente e inquieta, della verità.”*

~ Karl Popper ~