

lavoro improprio, cui farebbe seguito una riduzione dei tempi di attesa per l'accesso ai Servizi;

- quest'ultimo vantaggio rappresenterebbe un obiettivo anche per le Aziende Ospedaliere, che garantirebbero, inoltre, una maggiore appropriatezza dei Servizi, identificherebbero ed abolirebbero prestazioni inappropriate, anche attraverso Interventi di Verifica e Revisione della Qualità;
 - le Aziende Sanitarie Locali incasserebbero una maggior soddisfazione del Cliente/Paziente, nonché un risparmio economico dovuto alla riduzione degli sprechi, ovvero alla razionalizzazione delle risorse (riduzione del 50% per la sola area ambulatoriale con l'attuazione del PDT proposto). Una parte del risparmio potrebbe essere investita per promuovere la gestione integrata, riconoscendo cioè una parcella al mmg/pls per ogni paziente diabetico gestito, nonché un onere professionale al farmacista che utilizza il software elettronico, peraltro già in uso per la dispensazione dei presidi diabetici.
- Il modello potrebbe, infine, rappresentare un progetto pilota da affinare per altre patologie croniche.

Conflitto di interessi nessuno

BIBLIOGRAFIA

DGR VIII / 8501 del 26.11.2008 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009"

Standard italiani per la cura del diabete mellito tipo 2 versione pocket per Medici Medicina Generale http://www.aem-medi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2008/2008-gestione-integrata.pdf

Progetto Senio: l'assistenza al paziente diabetico anziano istituzionalizzato

M.A. Pellegrini¹, G. Felace², L. Canciani³

giuseppe.felace@alice.it, anton2955@tim.it



¹ SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo Azienda Ospedaliera Universitaria - Udine; ² Diabetologia Presidio di Spilimbergo Azienda Ospedaliera S.Maria degli Angeli - Pordenone; ³ Medico di Medicina Generale - Responsabile Nazionale Area Prevenzione SIMG

Parole chiave: anziano diabetico, casa di riposo, assistenza, epidemiologia

Key words: elderly, diabetes, care, nursing home resident, epidemiology

Ringraziamenti: il Progetto è stato realizzato con un contributo non condizionante da parte di Abbott Diabetes Care, BD, Sanofi Aventis

Riassunto

Scopo dello studio. Obiettivo Generale: Migliorare l'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato attraverso un profilo di cura omogeneo, condiviso con MMG. Obiettivi specifici: acquisire epidemiologia del diabete nelle Case di Riposo del Friuli Venezia Giulia; conoscere le modalità di erogazione dell'assistenza; evidenziare le aree di criticità suscettibili di miglioramento

Materiali e metodi. L'epidemiologia e le modalità dell'assisten-

za sono state desunte mediante questionari inviati in ogni Casa di Riposo. Per cercare di disegnare un profilo di cura omogeneo, condiviso con i Professionisti operanti nelle case di riposo, sono stati erogati 6 Corsi distinti per macroaree.

Risultati. Su un totale di 4.611 Ospiti, i diabetici sono risultati 875 (19%); di questi 1/3 in terapia insulinica e 2/3 con antidiabetici orali. La maggiore criticità rilevata può essere definita nella mancanza di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi, in particolare: nei tempi di somministrazione dell'insulina, sulla frequenza e sui tempi di rilevazione della glicemia capillare, sulle modalità del controllo glicico-metabolico, sulle modalità di trattamento dell'ipoglicemia. Dati positivi: presenza pressoché costante di MMG ed infermiere professionali nella gestione clinica dei pazienti; ricorso a consulenze specialistiche quando ritenuto necessario (anche se non inserite in un percorso articolato).

Conclusioni. L'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato nelle Case di Riposo del FVG presenta 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.

Summary

Aims. The major purpose was to improve care of home residents with diabetes by a care profile shared with General Practitioners (GP). Secondary aims were to get informations about epidemiology of diabetes in home residents; to discover critical areas of care.

Materials & methods. Epidemiology and conditions of care were obtained by questionnaires filled up by GP. In order to improve a care profile, shared with GP, we conducted six training interactive courses.

Results. The prevalence of diabetes among home residents was 19%. One third of diabetic patients were treated with insulin and 2/3 with oral agents. The main critical trouble was the lack of shared diagnostic-therapeutic protocols, in particular: the times of insulin administration, the times of blood glucose testing, how treating hypoglycaemia and when test the metabolic control.

Conclusions. The care of patients with diabetes in nursing homes presents some troubles. The institution of assistential-diagnostic-therapeutic ways, shared with all care givers, may represent an ideal tool of management of this kind of patient and may improve the quality of care.

Introduzione

Il diabete mellito è una patologia molto frequente nell'anziano con percentuali di prevalenza che possono essere anche superiori al 20% in persone ultrasessantenni^(1,2). L'anziano con diabete mellito è altresì una tipologia di paziente con cui il Diabetologo si confronta molto spesso. Secondo l'ultima edizione degli Annali AMD⁽³⁾ i pazienti affetti da diabete mellito di età > ai 65 anni rappresentano ben oltre la metà dei pazienti assistiti dai Centri Diabetologici Italiani; i dati riguardanti il Friuli Venezia Giulia innalzano questa percentuale ai 2/3 del totale.

Evidenti motivi epidemiologici (allungamento della vita media, aumentato introito calorico, ridotto dispendio energetico) fanno ritenere che questa prevalenza sia destinata a crescere rapidamente nel tempo.

Il termine "Anziano con diabete mellito" è, comunque, un termine generico che sottintende una grande varietà di situazioni: la malattia diabetica può essere di nuova insorgenza in età senile oppure può essere stata diagnosticata molti anni prima; possono essere presenti o meno complicanze micro- e macrovascolari; possono coesistere comorbidità o disabilità che condizionano diverse aspettative di vita; il contesto culturale, economico e sociale del paziente, non da meno, può influenzare in maniera significativa gli obiettivi e la strategia terapeutica. Tutto ciò rende oltremodo difficoltosa la gestione di questi pazienti⁽²⁾.

La prevalenza del diabete mellito tra gli ospiti delle Case

di Riposo è stimata, a livello internazionale, in percentuali variabili dal 7% al 27%^(4,5). Non esistono molti dati in letteratura riguardo alla situazione italiana; un'indagine condotta nel Triveneto tra il 2000 e il 2001 su 393 Case di riposo (sulle 496 interpellate), aveva rilevato una prevalenza di circa il 14 %⁽⁶⁾.

La cura dei soggetti diabetici anziani istituzionalizzati è complicata oltre che da una notevole eterogeneità clinica e funzionale (molto più frequentemente questi pazienti sono fragili, non autosufficienti, presentano in genere 2-3 comorbidità associate, complicanze micro- e macrovascolari, ecc), da carenze qualitative dell'assistenza diabetologica (*assistenza demandata principalmente al personale infermieristico, assenza di piani di cura personalizzati, mancanza di una chiara demarcazione delle competenze, inadeguata attenzione alla dieta e allo stato nutrizionale, mancanza di follow up medico specialistico*)⁽⁷⁾.

La valutazione multidimensionale può fornire informazioni fondamentali per l'inquadramento del paziente geriatrico e per definire gli obiettivi e le strategie del trattamento. La formazione ad hoc del personale dedicato all'assistenza agli anziani è altresì di fondamentale importanza⁽⁸⁾.

Scopo dello studio

Il nostro Progetto si è proposto diversi obiettivi:

- **Obiettivo Generale:** migliorare l'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato attraverso un profilo di cura omogeneo, condiviso tra Diabetologi, MMG, Infermieri Professionali e ogni altro Professionista si trovi a gestire questa tipologia di paziente.
- **Obiettivi specifici:** acquisire dati epidemiologici sulla prevalenza del diabete nelle Case di Riposo del Friuli Venezia Giulia; conoscere le modalità di erogazione dell'assistenza; evidenziare le aree di criticità suscettibili di miglioramento; migliorare le conoscenze su terapia insulinica, sulla gestione dell'ipoglicemia; far crescere la comunicazione fra Medico di Medicina Generale, Infermieri e Diabetologo.

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta nel periodo autunno 2009 - primavera 2010. L'epidemiologia e le modalità dell'assistenza sono state desunte mediante questionari inviati in ogni Casa di Riposo; questionari ai quali hanno risposto i Medici di Medicina Generale che operano in quelle Strutture.

È risultata fondamentale per la compilazione dei questionari l'interfacciamento con il Cefomed, organismo istituzionale della Regione e braccio operativo della Medicina Generale nella formazione continua dei Medici di Famiglia.

Il questionario prevedeva i seguenti quesiti: numero degli ospiti presenti nell'istituzione (suddivisi per sesso), l'età media, prevalenza dei pazienti affetti da diabete mellito (suddivisi per sesso); numero dei pazienti in trattamento con antidiabetici orali (suddivisi per tipo di molecola); numero di pazienti in trattamento insulinico (suddivisi per numero di iniezioni/die); le modalità di somministrazione dell'insulina (chi la somministra e quando viene somministrata); modalità di rilevazione delle glicemie capillari (quante volte e quando); modalità di trattamento dell'ipoglicemia; modalità del controllo metabolico (quando richiedere l'emoglobina glicata) e del controllo di esami specifici; la disponibilità e/o possibilità di ricorrere a consulenze specialistiche (diabetologiche, oculistiche, cardiologiche, nefrologiche, neurologiche, fisiatriche), la presenza quotidiana (fisica e/o telefonica) del Medico di Medicina Generale.

Per cercare di disegnare un profilo di cura omogeneo, condiviso con i Professionisti operanti nelle Case di Riposo, sono stati erogati, durante tutto il 2010, 6 Corsi, distinti per macroaree [Pordenone, Alto Friuli, due in Medio Friuli, Bassa Friulana, Gorizia] che hanno visto la partecipazione di 112 infermieri e 90 medici.

I corsi sono stati progettati secondo la metodologia Formativa AMD⁽⁹⁾ e realizzati pertanto privilegiando una metodologia interattiva basata sulle evidenze scientifiche, centrata sui bisogni (analizzati attraverso la loro raccolta con un questionario pre corso), orientata all'implementazione dell'apprendimento dinamico ed a favorire l'integrazione multiprofessionale in una logica di team building.

La presentazione da parte del Medico di Medicina generale dell'area di riferimento dei bisogni, tratti dall'elaborazione dei dati dei questionari, è stata utilizzata per aprire i corsi focalizzando così l'interesse dell'aula sulle aree critiche e sull'opportunità di acquisire strumenti e competenze per migliorarle.

A questa prima fase della giornata formativa sono seguite le 2 relazioni di contenuto scientifico presentate dai Diabetologi ("Il diabete nell'anziano: diagnosi, clinica e terapia con antidiabetici orali" e "La terapia insulinica nell'anziano diabetico: l'utilizzo degli analoghi. Significato dell'autocontrollo")

Il momento successivo è stato quello dei lavori di gruppo costruiti per dare precise risposte alle criticità mediche e infermieristiche emerse dalla raccolta dei bisogni.

Abbiamo iniziato con un primo lavoro di gruppo in plenaria volto a far riflettere medici e infermieri su come agire per superare le difficoltà emerse dalle risposte ai questionari. I dati sono stati raccolti (e fotografati per il report) utilizzando il Metaplan⁽¹⁰⁾.

Successivamente sono stati realizzati i lavori in piccoli gruppi: 2 di questi erano composti dai Medici che hanno analizzato due diversi casi clinici di anziani istituzionalizzati; l'altro gruppo era composto dalle infermiere che hanno lavorato in un primo momento su una relazione infermieristica interattiva "Terapia insulinica: istruzioni per l'uso" e in un secondo tempo hanno utilizzato il Metaplan con il mandato: "Autocontrollo: a chi, quando, perché e le mie osservazioni"

È seguita poi la presentazione in plenaria degli elaborati relativi ai casi clinici (i tutor hanno sintetizzato i risultati in una presentazione power point) e del metaplan

A fine corso ci siamo dati i "compiti per casa" e l'appuntamento per la compilazione di un nuovo questionario per la valutazione dell'efficacia dell'evento formativo.

Sulla base di quanto indicato nel modello metodologico formativo di riferimento internazionale di Kirpatrick abbiamo previsto l'inserimento di un processo di valutazione formativa⁽¹¹⁾.

Questo modello riconosce la complessità dell'attività di monitoraggio e propone 4 step di misurazione ciascuno caratterizzato da una complessità crescente e dove ogni livello rappresenta una condizione necessaria, ma non sufficiente, per il successivo livello di analisi

I livelli sono:

1. gradimento
2. apprendimento
3. trasferimento nella attività professionale quotidiana
4. risultati per l'organizzazione e per i pazienti

Risultati

Questi dati si riferiscono alle Case di Riposo delle Province di Pordenone, Udine e Gorizia.

Sono stati analizzati i questionari provenienti da 79 Case di Riposo. Le Strutture interpellate hanno mostrato una organizzazione logistica molto varia: si va da Strutture che ospitano, al momento della rilevazione, un solo anziano ad altre con 385 ospiti; la presenza del Medico è limitata ad alcune ore settimanali ma integrata dalla reperibilità telefonica; una figura infermieristica professionale è presente nella maggior parte delle strutture (80%).

Su un totale di 4.611 Ospiti, le donne sono risultate essere numericamente predominanti (3.462, vale a dire il 75,1% del totale).

L'età media degli uomini è stata di 76 anni (range 55-88). L'età media delle donne è stata di 83 anni (range 55-97)

Gli ospiti affetti da diabete mellito sono risultati 875 (18,98% del totale) (Figura 1). La prevalenza della malattia diabetica è risultata maggiore tra gli uomini (21,9%) rispetto alle donne (17,9%) (Figura 2).

593 diabetici su 875 (67,7%) sono risultati in trattamento con ipoglicemizzanti orali, mentre 282 sono risultati trattati con insulina (32,3%) (Figura 3).

L'analisi del trattamento con ipoglicemizzanti orali evidenzia un largo uso di solfaniluree da sole o in associazione preconstituita (in oltre la metà dei pazienti in trattamento con antidiabetici orali); le solfaniluree sono per la quasi totalità dei casi rappresentate da Glibenclamide (Figura 4).

Tra gli ospiti in trattamento insulinico 1/4 sono trattati "secondo stick" e 1/5 sono in trattamento insulinico intensivo (4 iniezioni), mentre quasi il 20% è trattato con 2 somministrazioni giornaliere di miscela (Figura 5).



Figura 1. Prevalenza della malattia diabetica.

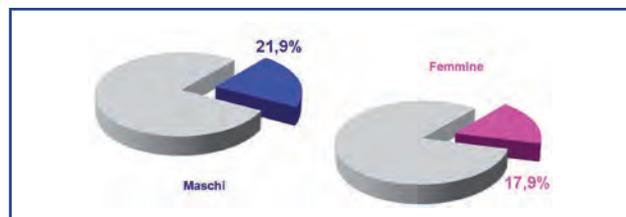


Figura 2. Prevalenza della malattia diabetica distinta per sesso: nei maschi il diabete è più frequente.

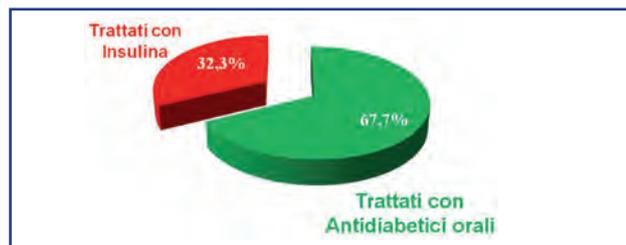


Figura 3. Tipo di trattamento.

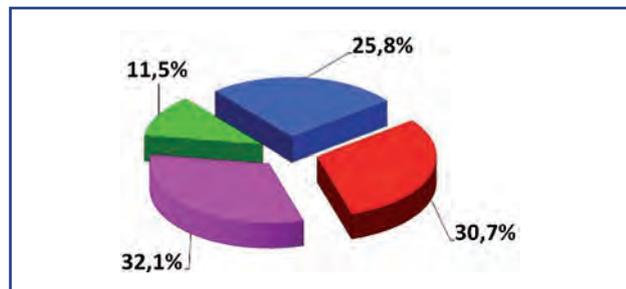


Figura 4. Pazienti in trattamento con antidiabetici orali secondo il tipo di molecola: blu = solo sulfonilurea; rosso = sola metformina; rosa = associazione preconstituita; verde = altro.

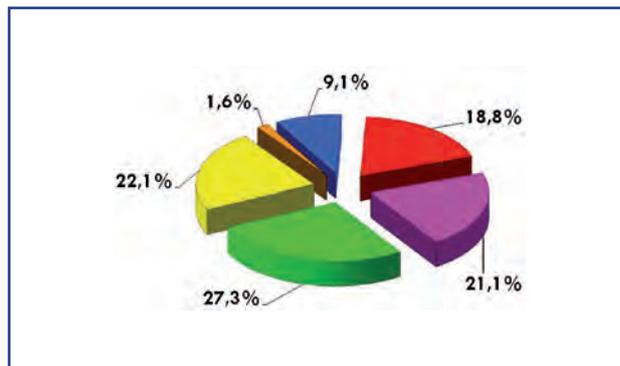


Figura 5. Modalità di somministrazione dell'insulina: blu = 1 somministrazione di insulina; rosso = doppia somministrazione di miscela; rosa = terapia intensiva (4 somministrazioni); verde = terapia secondo stick; giallo = terapia con insulina regolare o analogo ai pasti; marrone = Altro.

Criticità

La maggiore criticità (rilevata anche nei lavori di gruppo con Medici ed Infermiere in occasione dei corsi di formazione) può essere definita nella mancanza di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi, in particolare:

- nei tempi di somministrazione dell'insulina: ad esempio l'insulina umana regolare, largamente presente nelle Case di Riposo, viene somministrata subito prima, durante o dopo il pasto in quasi il 50% dei casi (Figura 6).

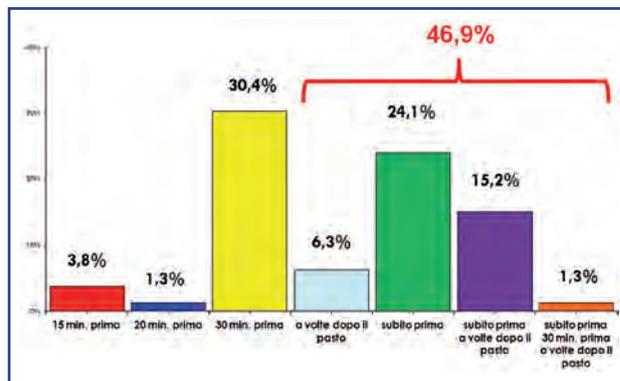


Figura 6. Quando viene somministrata l'insulina regolare (Humulin R e Actrapid): nel 46,9% dei casi viene somministrata in modo scorretto.

- sulla frequenza e sui tempi di rilevazione della glicemia capillare: non esiste una procedura condivisa che preveda il controllo delle glicemie capillari in 1/3 dei casi; ove esista una procedura condivisa, si assiste ad una estrema variabilità nei tempi e sulla frequenza del controllo (ad esempio nei pz in trattamento insulinico il controllo viene effettuato quotidianamente solo nella metà dei casi; nei pazienti in trattamento con ipoglicemizzanti orali viene effettuato 1 volta alla settimana in 1/3 dei casi) (Figure 7-8).
- sulle modalità del controllo glico-metabolico e dei parametri laboratoristici: il dosaggio della emoglobina glicata viene eseguito routinariamente solo nel 43% dei casi, e quando eseguito, avviene secondo tempistiche più varie (ogni 3 mesi nel 16% dei casi, ogni 4 mesi nel 18% dei casi, ogni 5 mesi nel 2% dei casi, ogni 6 mesi nel 48% dei casi, 1 volta all'anno nel 16% dei casi). Anche nella richiesta di esami laboratoristici specifici per il paziente diabetico (creatinina, microalbuminuria, es urine, assetto lipidico, funzione epatica) un protocollo esiste in meno della metà dei casi.

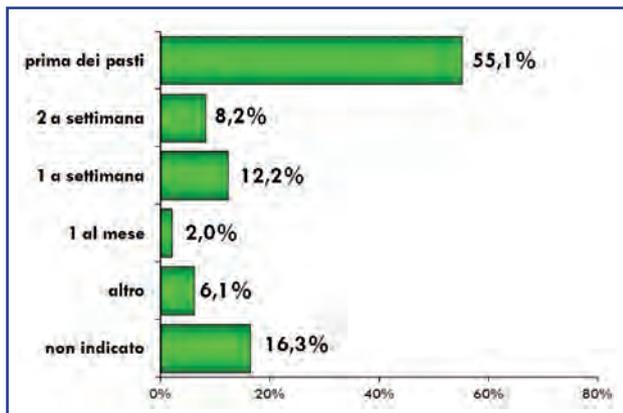


Figura 7. Modalità di controllo della glicemia con riflettometro nei pz in trattamento insulinico.

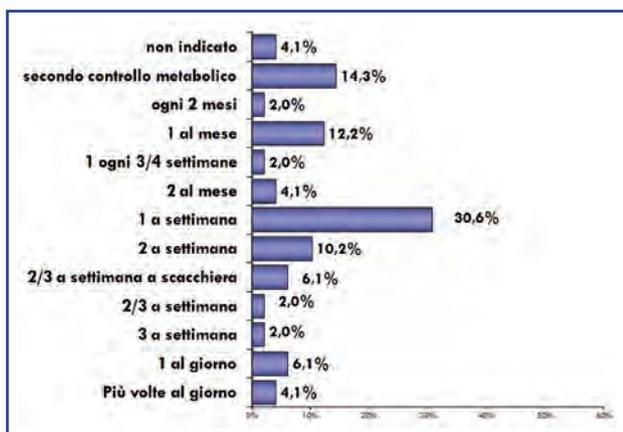


Figura 8. Modalità di controllo della glicemia con riflettometro nei pz in trattamento con antidiabetici orali.

- **sulle modalità di trattamento dell'ipoglicemia:** un protocollo condiviso per il trattamento dell'ipoglicemia esiste solo nel 20% delle Case di Riposo. In ogni caso le modalità di trattamento dell'ipoglicemia sono risultate molto varie (acqua e zucchero, spargere zucchero sulle mucose orali, ciuccio imbevuto di zucchero da tenere in bocca, glucosata ipertonica al 33%, bevanda zuccherata, ecc) (Tabella 1). Il glucagone è disponibile solo in 1/3 circa delle Strutture.

Dati positivi

Abbiamo considerato positivamente:

- presenza pressoché costante di Medico di Medicina Generale ed Infermiere Professionali nella gestione clinica dei pazienti. Una figura infermieristica professionale è presente in oltre 80% delle strutture e si occupa della determinazione della glicemia con riflettometro e della somministrazione dell'insulina. Il Medico garantisce la sua presenza (fisica o telefonica) quasi quotidianamente.
- Per il paziente diabetico si ricorre a consulenze specialistiche quando ritenuto necessario (anche se non inserite in un percorso articolato): oltre 2/3 degli intervistati ritiene importante chiedere una consulenza diabetologia e oculistica; la metà degli intervistati una consulenza cardiologica.
- I 6 Corsi erogati nel 2010 hanno visto la partecipazione di 202 discenti (112 infermieri e 90 medici). Il 94% dei partecipanti ha giudicato l'importanza del Corso "rilevante" o "molto rilevante" e la qualità "buona" o "eccellente".

Tabella 1. Modalità di trattamento dell'ipoglicemia. Sono sintetizzate alcune delle modalità operative emerse dai questionari provenienti dalle singole Strutture.

Acqua + zucchero oppure bevanda zuccherata
Acqua + zucchero o spargere zucchero sulla mucosa gengivale
Zucchero per os se vigile; glucagone se non vigile
Bevanda zuccherata o soluzione ipertonica 33%
Ciuccio imbevuto di zucchero da tenere in bocca
Bevande zuccherate; glucagone IM o SC; glucosio EV
Glicemia < 100 mg/dl: 3-4 zollette di zucchero o 1 cucchiaino di miele o 100/120 ml succo di frutta. Dopo 15' controllare glicemia: se ancora < 100 mg/dl → ripetere
Glucosio al 33% EV + glucosata 5% 500 ml
Glucosio 33% in bolo + glucosata 10% 500 ml + eventualmente glucagone + controllo stick ogni 30'
Glucosio 33% EV
Protocollo senza Medico oppure in presenza di Medico
Condiviso caso per caso con il Medico Curante
Decide il Medico
Protocollo solo verbale (glucagone / glucosata 33% nel bag urgenze)

Discussione

L'indagine ha rilevato una elevata prevalenza del diabete tra gli ospiti delle Case di Riposo del FVG; in analoghe indagini svolte in precedenza, nella medesima regione, negli anni 1993 e 2001 la prevalenza era risultata rispettivamente del 10,6 e 14,13%^(6,12).

La cura dei soggetti anziani istituzionalizzati, complicata quasi sempre da una comorbidità plurima e da una eterogenea disabilità fisica e/o cognitiva, richiede una valutazione multidimensionale per l'inquadramento del paziente e la definizione di un piano terapeutico individualizzato. Gli obiettivi salienti per questi pazienti, come indicato anche negli Standard Italiani, dovrebbero mirare a mantenere il massimo livello di qualità di vita e di benessere, evitando interventi medici e terapeutici non appropriati e superflui. In questa ottica è raccomandato avere un piano concordato di assistenza diabetologica sottoposto a regolari revisioni⁽⁸⁾.

Che l'assistenza a questi pazienti sia particolarmente difficile ed insidiosa è stato sottolineato in diverse Linee Guida e documenti di consenso^(8,13,14). Un articolo apparso sul BMJ nel 1997 e dal titolo emblematico "I diabetici anziani istituzionalizzati: una popolazione dimenticata?" sottolineava gravi carenze nell'assistenza e peggiori outcome in una popolazione di diabetici ospiti di Case di Riposo Inglesi⁽⁷⁾. In quel caso la prevalenza della malattia diabetica era del 9,9%; il monitoraggio della glicemia capillare avveniva solo nel 19% dei casi e solo il 25% dei diabetici aveva la possibilità di ottenere una consulenza specialistica diabetologica.

Sicuramente da allora molte cose sono cambiate: nel nostro studio l'assistenza appare più attenta ma sovente è svincolata da una logica operativa. Anche l'analisi dei nostri questionari ha evidenziato diverse criticità che possono essere sintetizzate nella mancanza di protocolli diagnostico terapeutici condivisi. Tale lacuna è risultata particolarmente sentita ed è emersa con forza nei lavori di gruppo in occasione dei Corsi di formazione (Figura 9).

L'insulina umana regolare è ancora largamente usata all'interno delle Case di Riposo del Friuli Venezia Giulia (e ciò non stupisce più di tanto considerato quanto accade anche nelle corsie ospedaliere) e le sue modalità di somministrazione sono nella maggior parte dei casi scorrette, venendo somministrata in prossimità del pasto. Gli Analoghi sia Rapidi che Lenti sono poco utilizzati e non ne è conosciuta la cinetica d'azione; gli Analoghi Rapidi si dimostrano particolarmente flessibili nell'approccio terapeutico dell'anziano in generale, ed in quello istituzionalizzato in particolare, per la possibilità di poter essere somministrati subito prima, durante o subito dopo il pasto⁽¹⁵⁾. Gli Analoghi Lenti hanno dimostrato di indurre minori episodi ipoglicemici rispetto alla insulina NPH⁽¹⁶⁾.



Figura 9. Lavoro di gruppo Palmanova 11/09/2010.

Nell'uso degli ipoglicemizzanti orali spicca l'uso ancora consistente di Glibenclamide (da sola o in associazione pre-costituita con Metformina), farmaco sconsigliato nel paziente anziano da molte Linee Guida, a causa della lunga emivita e perciò del rischio consistente di ipoglicemie⁽⁸⁾.

I tempi e la frequenza di controllo della glicemia capillare sono sovente effettuati al di fuori di una condivisione e di una logica operativa. Infatti il controllo glicemico con riflettometro dovrebbe permettere al Team Curante di ottenere dei dati sulla efficacia sulla terapia e di adattare il trattamento agli obiettivi prefissati, rappresentando così un vero e proprio strumento terapeutico.

Particolarmente carente è risultato l'approccio al paziente con ipoglicemia: un protocollo condiviso è risultato presente nel 20% dei casi, e quando si è andati ad analizzare le modalità operative condivise di rado sono state messe in pratica le modalità corrette.

Anche la disponibilità di glucagone, presidio da utilizzare facilmente in mancanza di medico o di infermiera professionale, è limitata a poche strutture. L'ipoglicemia può essere particolarmente pericolosa nei pazienti anziani con comorbidità e/o disabilità, potendo essere responsabile di cadute, dello scatenamento di crisi anginose o di aritmie; perciò il suo tempestivo e corretto trattamento può essere di vitale importanza in questi pazienti. Non bisogna dimenticare, infine, che gli episodi ipoglicemici che occorrono nei pazienti anziani istituzionalizzati esitano sovente in un ricorso (non sempre appropriato) alle cure del Pronto Soccorso.

A fronte di queste criticità sono emersi dei dati sicuramente positivi:

- Nella quasi totalità delle Strutture l'assistenza è prestata da personale qualificato (infermiera professionale) ed il Medico dedicato (in genere Medico di Medicina generale) è reperibile quotidianamente. Tali Professionisti si sono dimostrati particolarmente attenti ed interessati durante i Corsi di formazione, esprimendo un giudizio di gradimento rilevante o "molto rilevante" nel 95% dei casi ed auspicando ulteriori momenti di aggiornamento e verifica.
- Il paziente anziano con diabete istituzionalizzato viene considerato meritevole di consultazioni specialistiche se queste sono ritenute necessarie: il Diabetologo viene visto come un utile alleato e la sua consulenza è richiesta da parte dei 2/3 dei Medici interpellati. Anche il ricorso ad altri Specialisti (Cardiologo, Oculista, Nefrologo, Neurologo, Fisiatra) viene utilizzato con discreta frequenza.
- I Corsi erogati hanno visto una partecipazione molto attenta ed interessata. Il gradimento è risultato particolarmente elevato ed i partecipanti si sono dimostrati particolarmente motivati. Nei lavori di gruppo è emersa prepotentemente, come criticità, la carenza di protocolli operativi condivisi sia all'interno della Struttura che con i Centri Diabetologici di riferimento. Sono emersi molti bisogni formativi e sono stati richiesti aggiornamenti su: la terapia

nutrizionale, il piede diabetico, gli obiettivi terapeutici, la gestione delle emergenze, la comunicazione.

In conclusione, la malattia diabetica è una patologia diffusa all'interno delle Case di Riposo del Friuli Venezia Giulia. L'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato presenta diverse criticità che possono essere sintetizzate nella mancanza di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. L'istituzione di PDTA locali, progettati e 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.

Conflitto di interesse nessuno.

Si ringraziano tutti i Medici e Infermieri che hanno partecipato come docenti e/o tutor ai Corsi di Formazione: R. Assaloni, E. Bassi, P. Bordin, B. Brunato, S. Carlucci, B. Catone, C. Causser, R. Falanga, M. Fonda, P. Guidi, P. Li Volsi, M. Maschio, M. Nicoletti, R. Paduano, A. Pilotto, E. Rosso, M. Sancandi, C. Taboga, V. Toffoletti, L. Tonutti, C. Tortul, G. Tubaro, M.G. Urban, R. Vallini, M. Villalta, G. Zanette.

BIBLIOGRAFIA

1. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care* 1998; 21: 518-524
2. Gruppo di Lavoro Europeo sul Diabete nell'Anziano 2001-2004. Linee Guida Cliniche per il diabete mellito tipo 2. Ed Minerva Medica, Torino 2005
3. Cimino A., Fava D. Giorda CB, Meloncelli I, Nicolucci A. Pellegrini F, Rossi MC, Turco S., Vespasiani G. *Annali AMD* 2010. www.aemmedi.it
4. Sinclair A, Gadsby R, Penfold S, Bayer AJ. Prevalence of diabetes in care home residents. *Diabetes Care* 2001; 24: 1066-1068
5. Sinclair A.J. on behalf of the Task and Finish Group of Diabetes UK. Diabetes UK Position Statements and Care Recommendations. Good clinical practice guidelines for care home residents with diabetes: an executive summary. *Diabetic Medicine* 2011; 28: 772-777
6. Pellegrini MA, Miniussi PM, Maraglino G, La Porta N, Mingardi R, Confortin L, Marin N, Bais B, Faelli A, Ceriello A. Un progetto per il miglioramento della assistenza diabetologica nelle strutture residenziali per anziani del triveneto (Premio AMD). In: Atti XIII Congresso Nazionale AMD, Torino 9-12 maggio 2001; pagg 325-329, Pacini Ed. Pisa 2001
7. Benbow SJ, Walsh A, Gill GV. Diabetes in institutionalized elderly people: a forgotten population? *BMJ* 1997; 314:1868-1869.
8. AMD - SID. Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-2010. Edizioni Infomedica
9. Vademecum della Scuola Permanente di Formazione continua AMD, II edizione 2008. www.aemmedi.it
10. Agosti Alberto: Gruppo di lavoro e lavoro di gruppo. Franco Angeli Ed. Milano 2006
11. Davis AD et al Chancing Physician Performance : A systematic review of the effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995; 274:700-05
12. Miniussi PM, Pellegrini MA, Colò A, Pierangeli G, Sabbadini G, Rotolo V. Epidemiologia del diabete mellito nelle Case per Anziani del Friuli Venezia Giulia. In: Atti del Congresso regionale di Diabetologia 1994. Cividale del Friuli 8/10/1994 pagg. 105 - 112
13. Standard of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2011 (Suppl 1): S11-S61
14. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 (Suppl 5): S265-280
15. Velussi M. LysPro insulin treatment in comparison with regular human insulin in type 2 diabetic patients living in nursing homes. *Diab Nutr Metab* 2002; 15: 96-100
16. Monami M, Narchionni N, Mannucci E. Long-acting insulin analogues versus NPH human insulin in type 2 diabetes: A meta-analysis. *Diab Res Clin Pract* 2008; 81:184-189.