



Giovedì, 30 maggio 2013

Sala Michelangelo 2

16.45-18.15 INCONTRO CON L'ESPERTO
DIABETE NELL'ANZIANO: QUALI NOVITÀ?
Esperto: *M.A. Pellegrini* (Udine) – Formatore: *M. Comoglio* (Torino)

Maria Antonietta Pellegrini
SOC di Endocrinologia e Malattie metaboliche
Azienda Ospedaliero/Universitaria
Santa Maria della Misericordia Udine
Coordinatore Nazionale Gruppo AMD Diabete nell'Anziano

Conflitto di interessi

Bayer ,Roche, Lifescan, Abbott ,Menarini diagnostici

Lilly, Novo, Sanofi

Novartis, MSD, Astra, BMS, Guidotti

Forfarma, Rottapharm

Il nostro MANDATO

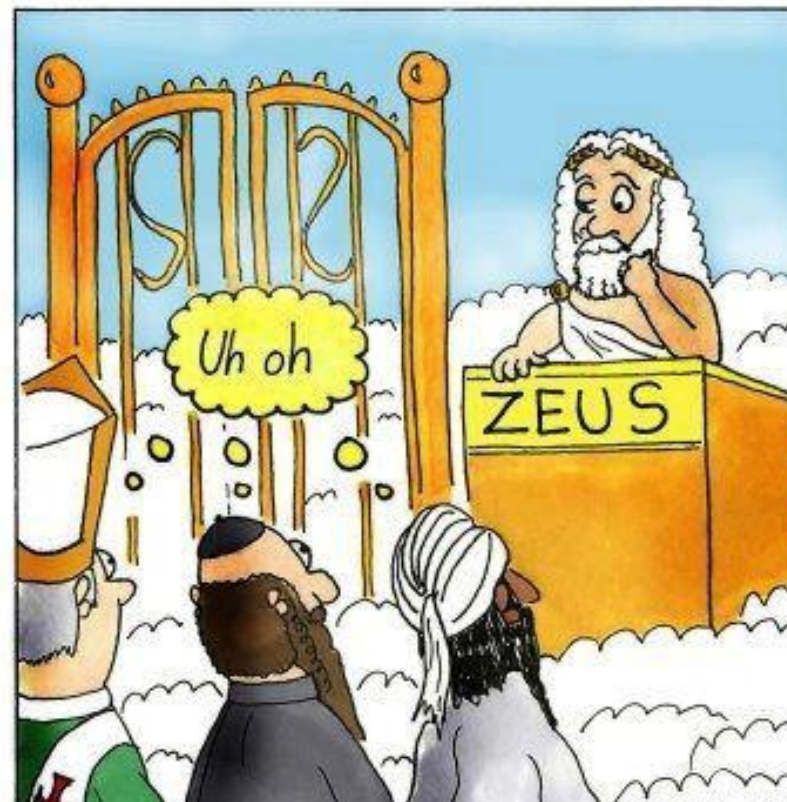
- Progettare ed erogare eventi formativi anche **multidisciplinari** che promuovano la diffusione della "cultura" della clinica dell'anziano diabetico e del "grande vecchio", la corretta prescrizione nutrizionale e farmacologica all'anziano diabetico;
- Descrivere modelli organizzativi assistenziali che tengano conto delle diverse realtà organizzative rivolti agli operatori delle RSA, Case di Riposo, Distretti, Ospedale arrivando alla stesura di un documento condiviso con le Società di Geriatria per la gestione del paziente anziano istituzionalizzato;
- Collaborare con il board AMD-SID alla nuova edizione degli Standard di Cura;
- Collaborare alla stesura della Monografia ANNALI AMD dedicata alla popolazione anziana.

Chi siamo



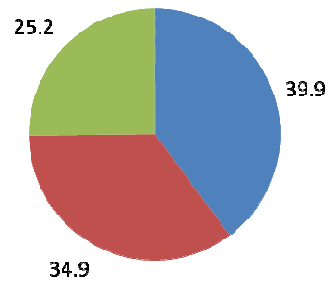
Consulente per la terapia nutrizionale
Claudio Taboga

La stesura della Monografia ANNALI
AMD dedicata alla popolazione anziana :
crolla qualche certezza...



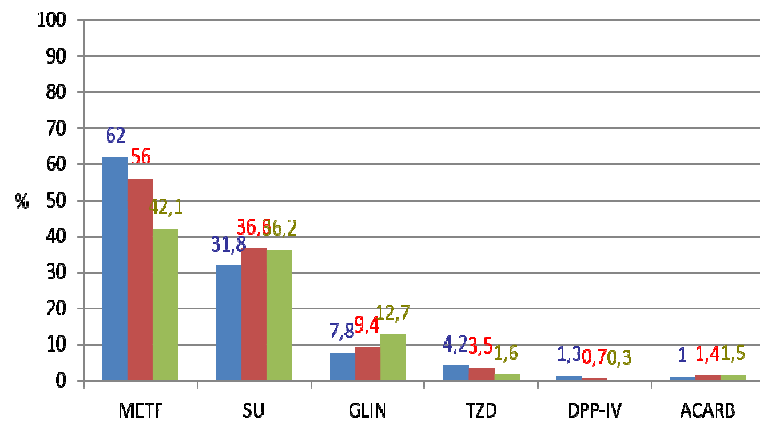
Distribuzione della popolazione per classi di età (%)

■ <65 anni ■ 65-74 anni ■ >=75 anni

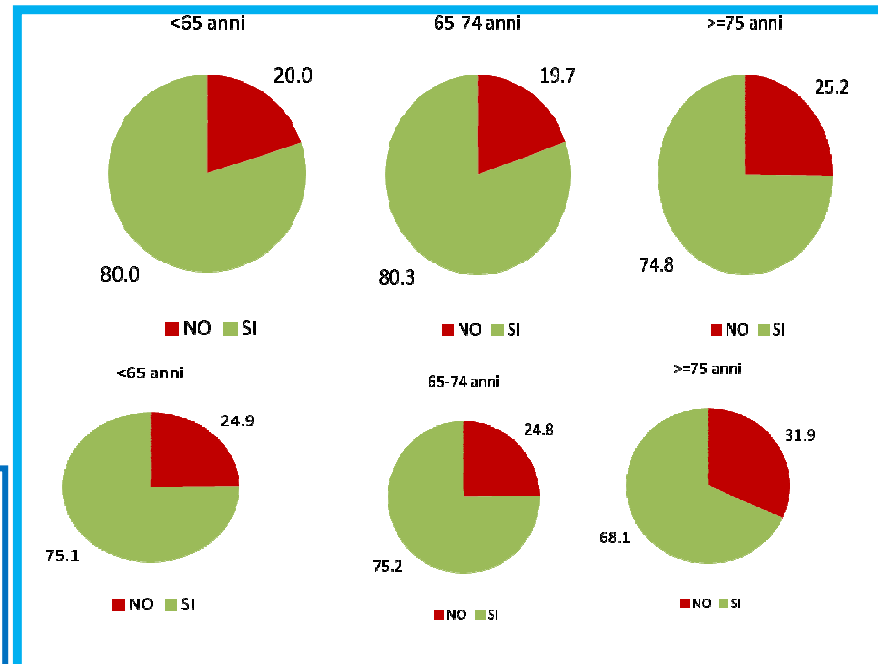


Utilizzo delle diverse classi di antidiabetici orali (da sole o in associazione) sulla popolazione divisa per classi di età

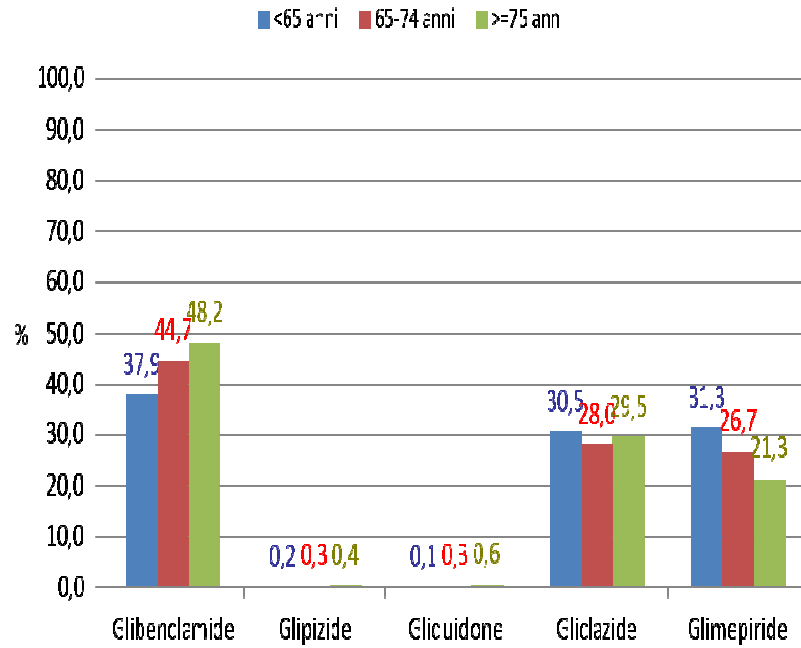
■ <65 anni ■ 65-74 anni ■ >=75 anni



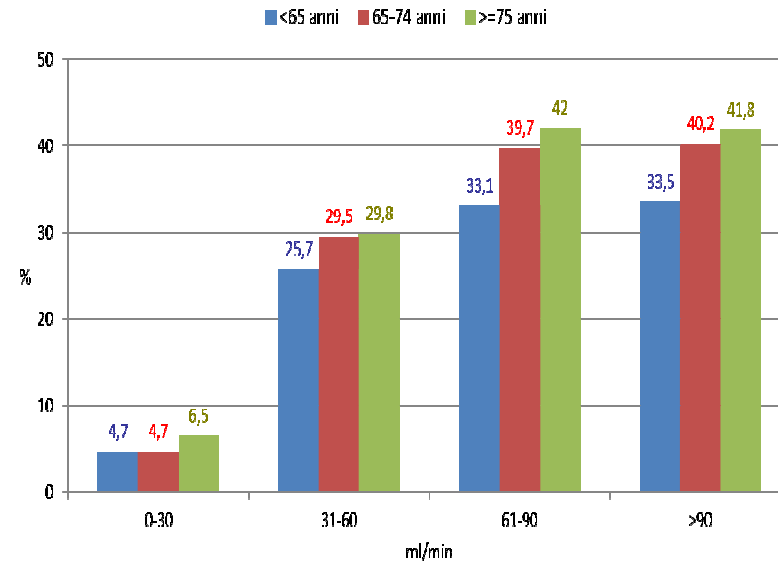
Soggetti ai quali è stata eseguita almeno una valutazione del profilo lipidico e della PA



**Utilizzo delle diverse sulfaniluree
(da sole o in associazione)
sulla popolazione divisa per classi di età**

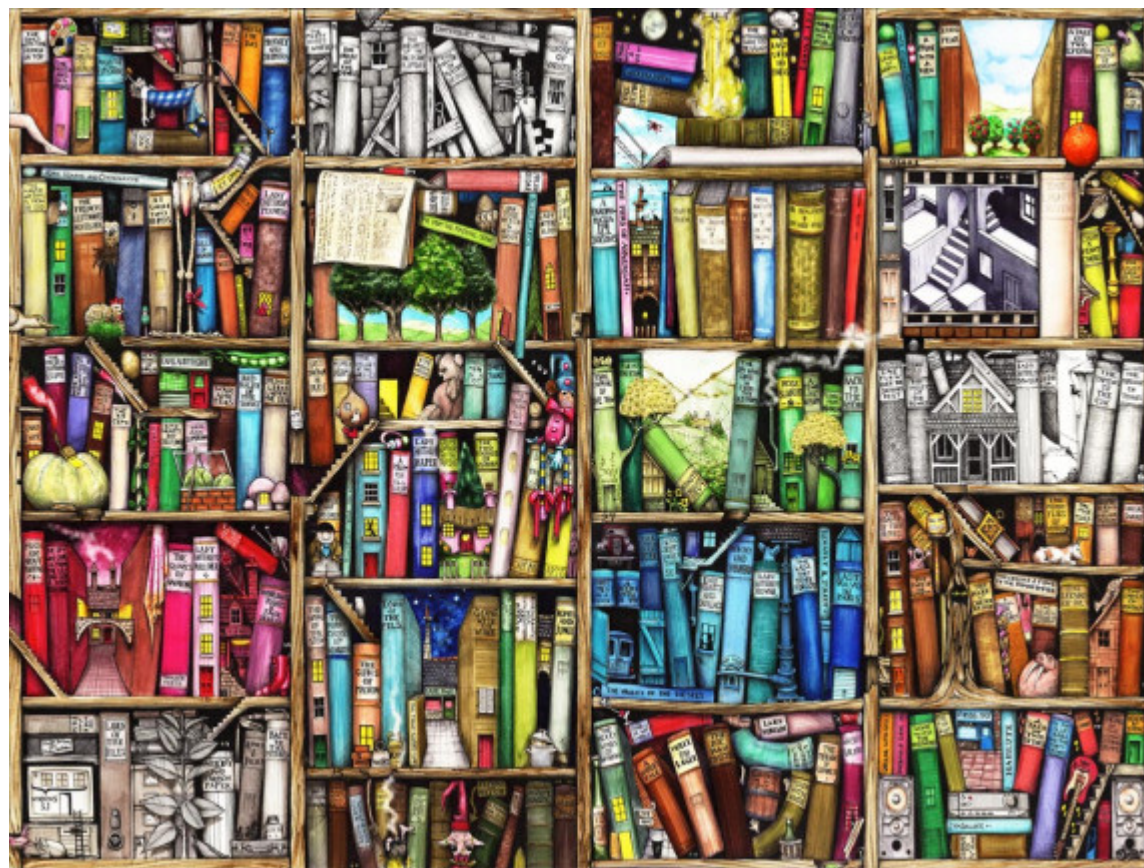


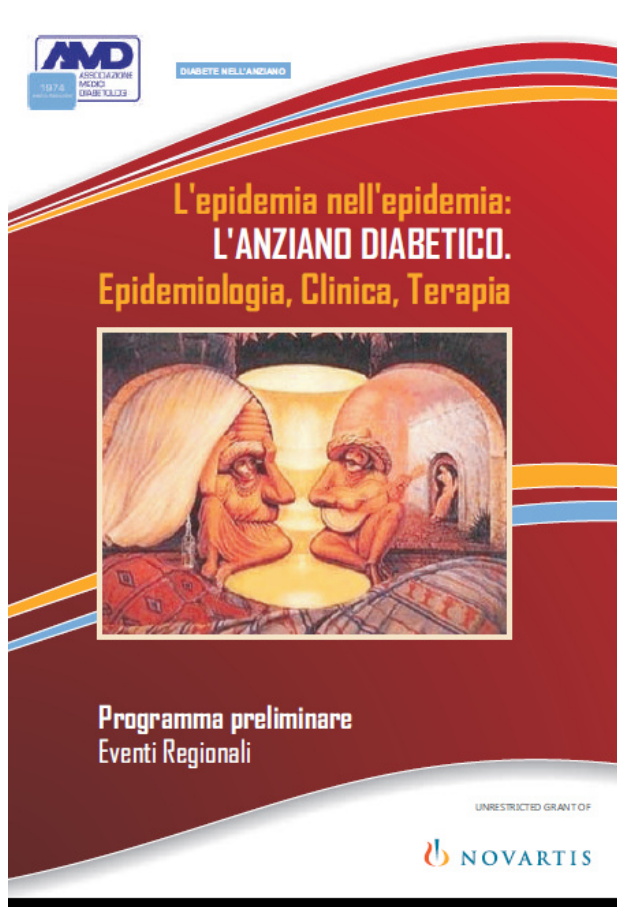
**Percentuale di pazienti trattati con
sulfaniluree
in relazione alla classe di età e
ai livelli di filtrato glomerulare.**



La prima azione.

Cercare risposte alle criticità emerse dai dati degli annali





	DATA	CITTA'
1	05/04/2012	PADOVA
2	21/04/2012	VILLANOVAFORRU (CA)
3	03/05/2012	BARI
4	4-5 /05/2012	AVELLINO
5	08/05/2012	OSTUNI (BR)
6	09/05/2012	GROTTAFERRATA
7	10/05/2012	Montano Lucino (CO)
8	12/05/2012	FIRENZE
9	15/05/2012	ROMA
10	16/05/2012	pavia
11	17/05/2012	BOLOGNA
12	18/05/2012	TORINO
13	18/05/2012	BOLOGNA
14	19/05/2012	LAMEZIA TERME
15	30/05/2012	NOVENTA DI PIAVE (VE)
16	31/05/2012	Montemagno (AT)
17	05/06/2012	ROMA
18	06/06/2012	milano
19	06/06/2012	ROMA
20	15/06/2012	BRESCIA
21	15-16 /06/2012	COLLI DEL TRONTO
22	19/06/2012	BERGAMO
23	23/06/2012	PISA

Con la Collaborazione
della Consulta dei Presidenti Regionali

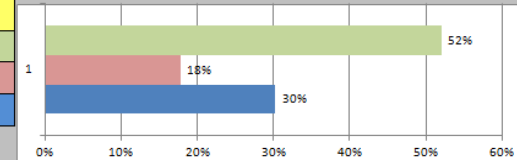
Progettare ed erogare
eventi formativi
anche multidisciplinari che
promuovano la diffusione
della "cultura" della clinica
dell'anziano diabetico e del
"grande vecchio", la
corretta prescrizione
nutrizionale e farmacologica
all'anziano diabetico

Programma

10.00	Registrazione e distribuzione questionario
10.30	Obiettivi del Corso Presidente Regionale o suo delegato
10.50	Il mandato del Gruppo Diabete nell'anziano Relatore: Rappresentante Team di progetto
11.10	L'anziano diabetico oggi: il messaggio degli annali AMD Relatore : Presidente Regionale o suo delegato
11.30	Discussione plenaria
11.40	Esiste un diabete di tipo...anziano? Relatore 1
12.00	Discussione plenaria
12.10	Fragilità, disabilità e valutazione multidimensionale: cosa deve sapere il diabetologo Relatore 2
12.30	Discussione plenaria
12.40	Aspetti nutrizionali nell'anziano diabetico Relatore 3
13.00	Discussione plenaria
13.10	Pranzo
13.40	Tavola rotonda: la prima e seconda linea terapeutica nel paziente anziano diabetico Relatore: Rappresentante Team di progetto
15.30	Condivisione risultati questionario partecipanti Relatore: Rappresentante Team di progetto
16.30	Take home message Relatori: Rappresentante Team di progetto Presidente Regionale o suo delegato
17.00	Fine lavori

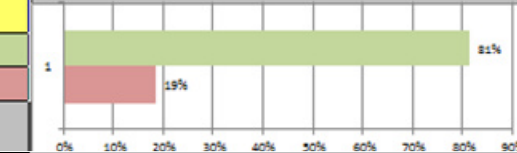
Pensi che esista un diabete di tipo ...anziano

- a **si**
- b **no**
- c **Dipende da cosa intendiamo per anziano (almeno + di 75**



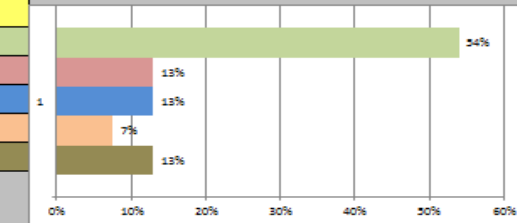
Ritieni opportuno il trattamento in prevenzione primaria del rischio CV in un paziente diabetico di 76 anni in buone condizioni psico fisiche?

- a **si**
- b **no, non sono dimostrati i benefici**



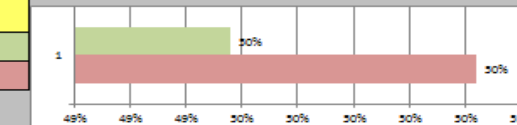
Quale tra questi test utilizzati nella valutazione multidimensionale dell'anziano conosci ? (più di una risposta)

- a **Mini Mental Test**
- b **Geriatric Depression Scale**
- c **ADL**
- d **IADL**
- e **nessuno**



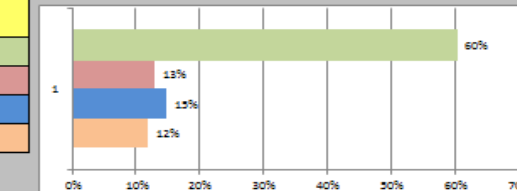
Ne hai utilizzato qualcuno nella tua pratica clinica?

- a **si**
- b **no**



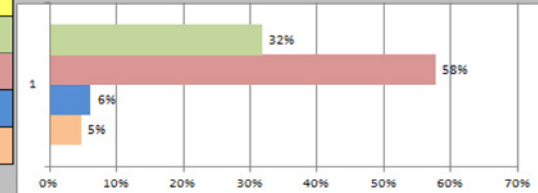
Potresti indicare quale/i ? (più di una risposta)

- a **Mini Mental Test**
- b **Geriatric Depression Scale**
- c **ADL**
- d **IADL**



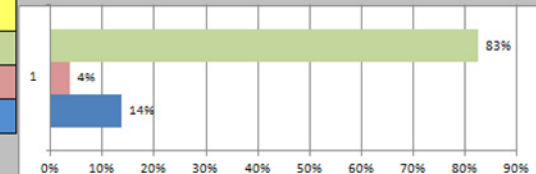
Avendo la possibilità di prescrivere UN SOLO farmaco in un paziente diabetico ultraottantenne, senza precedenti di eventi CV maggiori, in scarso controllo glicometabolico (Hb A1c 8.7%), iperteso con valori pressori mal controllati (175/95 mmHg) e dislipidemico (150 LDL-) quale tra questi utilizzeresti :

- a Ipoglicemizzante orale e/o insulina
- b Farmaco antipertensivo
- c Una statina
- d Antiaggregante

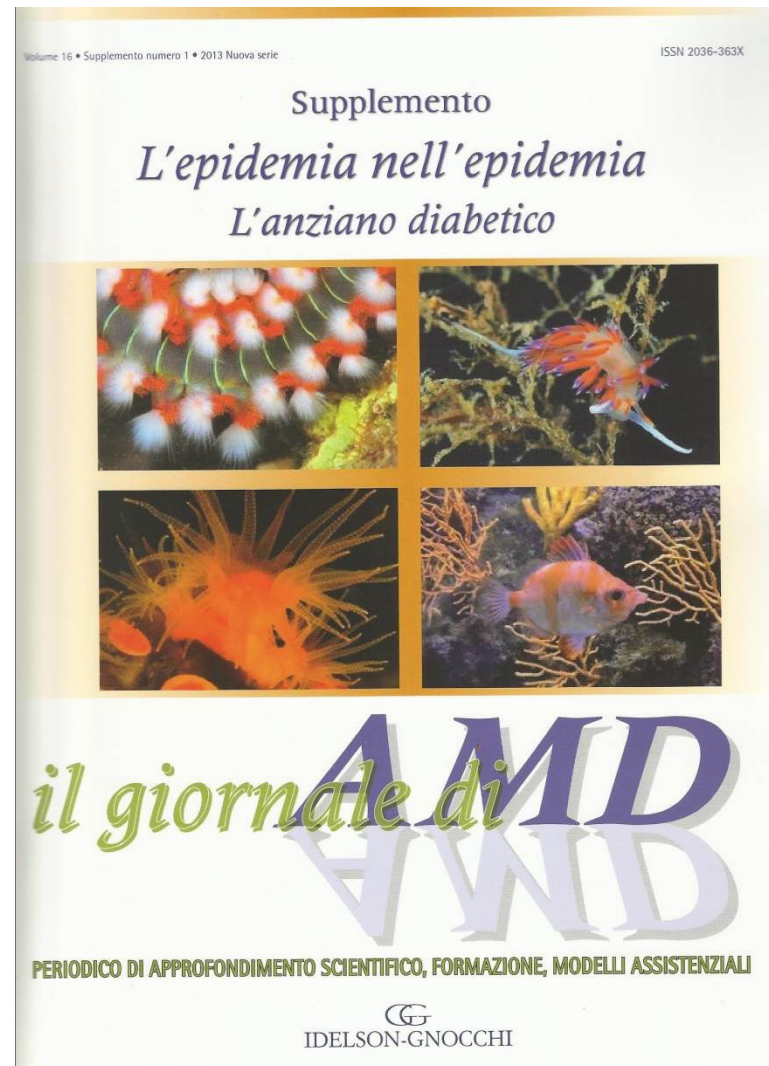


Ritieni che l'uso degli inibitori della DPP4 nella cura del paziente diabetico tipo 2 anziano possano avere un ruolo terapeutico rilevante ?

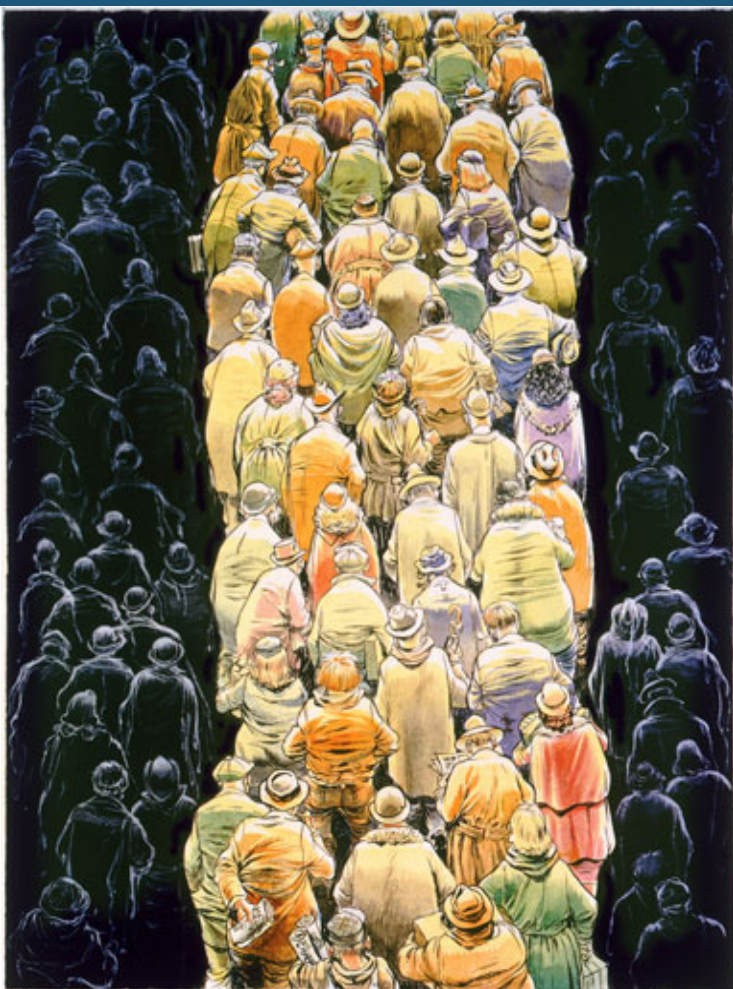
- a si
- b no
- c Solo nel paziente con età inferiore ai 75 anni



C'era bisogno di garantire una maggiore diffusione delle informazioni



.....di un algoritmo dedicato all'anziano fragile...



ALGORITMO F

Anziano fragile con
iperglicemia lieve/moderata
(HbA1c < 9%)

E di iniziare a lavorare per migliorare l'assistenza agli anziani diabetici :

DIANA



*DI (diabete) AN (annali AMD)
A (anziano)*

**a caccia
di... dati...**

**Il materiale prodotto verrà
elaborato e pubblicato online
su un sito dedicato**

Progetto DIANA

DI(diabete) AN(annali AMD) A(anziano)

NUOVO UTENTE

[CLICCA QUI PER REGISTRARTI](#)

AREA LOGIN

email

password

[Password dimenticata?](#)

[ENTRA](#)

HELP DESK

email: info@infomedica.com



Ci resta da

Aggiornare il capitolo degli standard italiani e degli Annali AMD - Anziani con diabete



E

Descrivere modelli organizzativi assistenziali che tengano conto delle diverse realtà organizzative rivolti agli operatori delle RSA, Case di Riposo, Distretti, Ospedale arrivando alla stesura di un documento condiviso con le Società di Geriatria per la gestione del paziente anziano istituzionalizzato;



Progetto SENIO

**Maria Antonietta Pellegrini,
Giuseppe Felace,
Luigi Canciani**



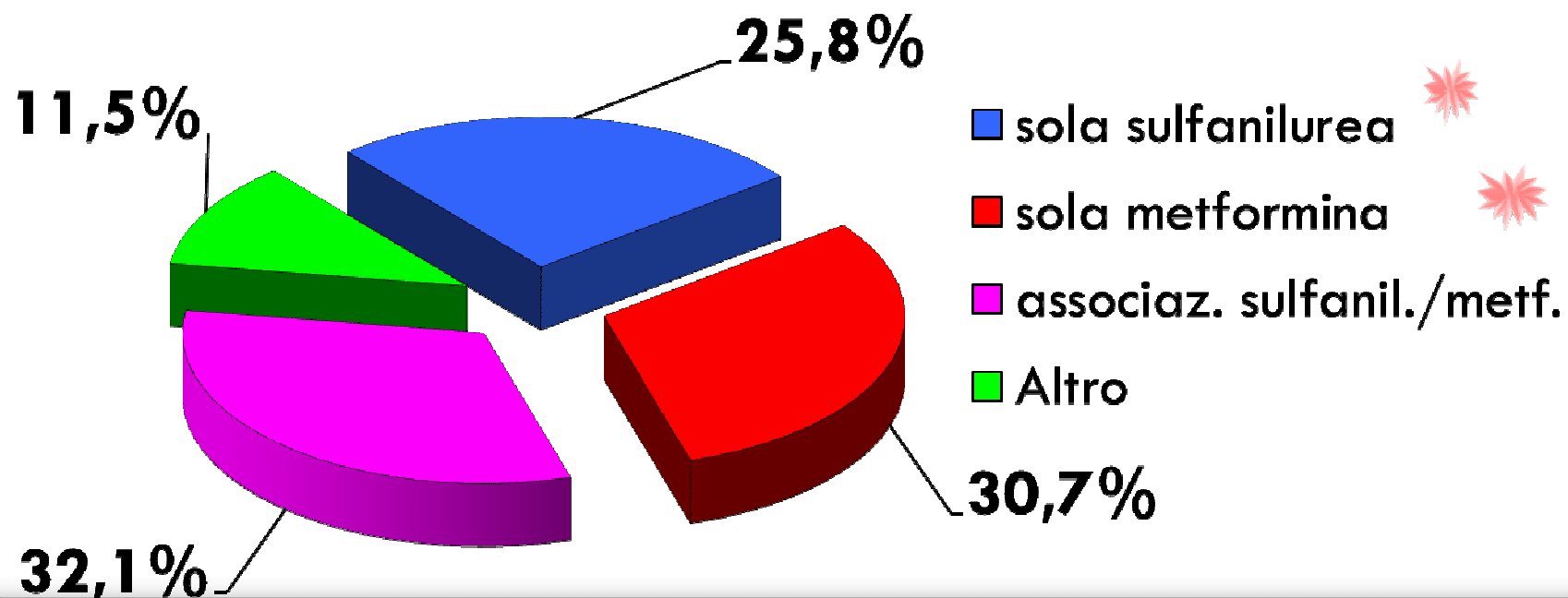
REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

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

Ospiti in terapia con antidiabetici orali

593 (67,7% dei diabetici)

sola sulfanilurea	148	25,8%
sola metformina	176	30,7%
associaz. sulfanil./metf.	184	32,1%
Altro	66	11,5%
totale	574	100%



Eseguite routinariamente il controllo della Hb A1c

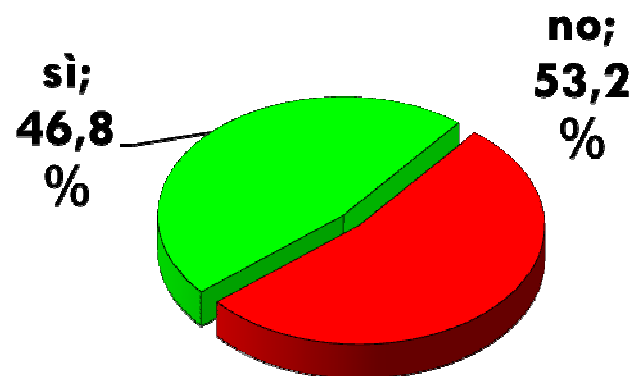
Si, ma con tempistiche differenti

in base alla glicata o in caso di cambio di terapia o sintomi accusati	1
terapia orale: 1 volta anno / terapia insulinica: ogni 4 mesi	1
terapia orale: ogni 6 mesi / terapia insulinica: ogni 4 mesi	1
1- 2 volte anno se pazienti non complicati, 3- 4 volte se complicati	1
A1c > 8 ogni mese se A1c < 8 ogni 6 mesi	1
pz in terapia insulinica ogni 4 mesi: pz in terapia con Antidiabetici orali ogni 6 mesi	1
SE A1c in compenso 2 volte /anno, se A1c > 7 ogni tre mesi	1
ogni 4 mesi almeno per tutti	1
ogni 3/6 mesi, in base alla glicata o in caso di cambio di terapia o sintomi accusati	2
trimestrale - semestrale	1
semestralmente se A1c < di 8	1

Esiste un protocollo per la richiesta di esami specifici per il paziente diabetico esclusa HBA1c

SI = 37 (46,8%)

NO = 42 53,2%



	N	% su 79 quest.
Esame urine	37	46,8%
Funzione renale	37	46,8%
Funzione epatica	33	41,8%
LDL	32	40,5%
Altro	24	30,4%

Riflessioni finali

Sono state individuate molte carenze dell'assistenza diabetologica nelle strutture istituzionali:

- assenza di standard comuni
- inadeguata attenzione alla dieta
- carenze formazione del personale
- mancanza di un follow-up specialistico

E...con un pizzico di orgoglio
possiamo dire che il
mondo ci sta dando ragione...



Diabetes in Older Adults

M. SUE KIRKMAN, MD¹

VANESSA JONES BRISCOE, PHD, NP, CDE²

NATHANIEL CLARK, MD, MS, RD³

HERMES FLOREZ, MD, MPH, PHD⁴

LINDA B. HAAS, PHC, RN, CDE⁵

JEFFREY B. HALTER, MD⁶

ELBERT S. HUANG, MD, MPH⁷

MARY T. KORYTKOWSKI, MD⁸

MEDHA N. MUNSHI, MD⁹

PEGGY SOULE ODEGARD, BS, PHARM, CDE¹⁰

RICHARD E. PRATLEY, MD¹¹

CARRIE S. SWIFT, MS, RD, BC-ADM, CDE¹²

1. What is the epidemiology and pathogenesis of diabetes in older adults?
2. What is the evidence for preventing and treating diabetes and its common comorbidities in older adults?
3. What current guidelines exist for treating diabetes in older adults?
4. What issues need to be considered in individualizing treatment recommendations for older adults?
5. What are consensus recommendations for treating older adults with or at risk for diabetes?
6. How can gaps in the evidence best be filled?





JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Diabetes Mellitus in Older People: Position Statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes





Sconsigliato il perseguimento di una glicemia a digiuno $<$ a 6,0 mmol/L (**Not below 6 - 108 mg/dl**) e di non iniziare un trattamento ipoglicemizzante se la glicemia a digiuno non è stabilmente $>$ 7,0 mmol/L (**NOT before 7 - 126 mg/dl**).

Andranno, perciò, privilegiati i farmaci che non provocano ipoglicemia.

Patient Safety

Consensus statements

- (1) Increasing age and progressive functional loss pose significant risks for patient safety.
- (2) The close relationship between diabetes and impaired functional status requires all patients to have an assessment of both physical and cognitive function using the CGA, so as to maximize independence, self-management ability, and safe adherence to therapy.
- (3) Regular screening for mood disorder, cognitive impairment, and hearing and visual loss (annually as a minimum) is necessary to enhance patient safety and alert the physician to the need for additional supportive care.
- (4) Avoid polypharmacy and use simplified (once-daily where possible) treatment regimens to achieve acceptable glucose targets; depending on diabetes control and what other comorbidities are present, the priority list of medications should include a statin, an angiotensin-converting enzyme inhibitor, and a glucose-lowering agent.

Diabetes in Care Homes

Consensus statements

- (1) Diabetes care policies for care homes are recommended but the focus of treatment should be individualized for each resident.
- (2) The major aims of caring for residents with diabetes are (1) prevent hypoglycemia, (2) avoid acute metabolic complications, (3) decrease the risk of infection, (4) prevent hospitalization, and (5) introduce timely end-of-life care and Advanced Care Directives. There should be a specific "individualized" diabetes care plan for each resident with diabetes and this requires regular review.
- (3) A regulatory framework needs to be in place to ensure that care homes provide access to a diabetes educational course for staff so as to maintain clinical and social care standards that are aligned to the health and social care needs of each resident.
- (4) All stakeholders need to be aware that residents with diabetes have a high prevalence of pressure ulcers of the lower extremity, infection, and pain and these need timely recognition and management.



Individualising treatment for older people with diabetes



Non sono vecchio...
Sono diversamente giovane!



Grazie per l'attenzione

