

XX Congresso Nazionale AMD

L'evoluzione della Diabetologia
alla luce del Piano Nazionale Diabete

GENOVA



**Il paziente diabetico fragile:
chi è
e quali sono i suoi bisogni**

Giuseppe Felace

Diabetologia - Presidio Ospedaliero di Spilimbergo
Azienda Servizi Sanitari n° 5 "Friuli Occidentale"
Pordenone

E' cambiato lo scenario ...

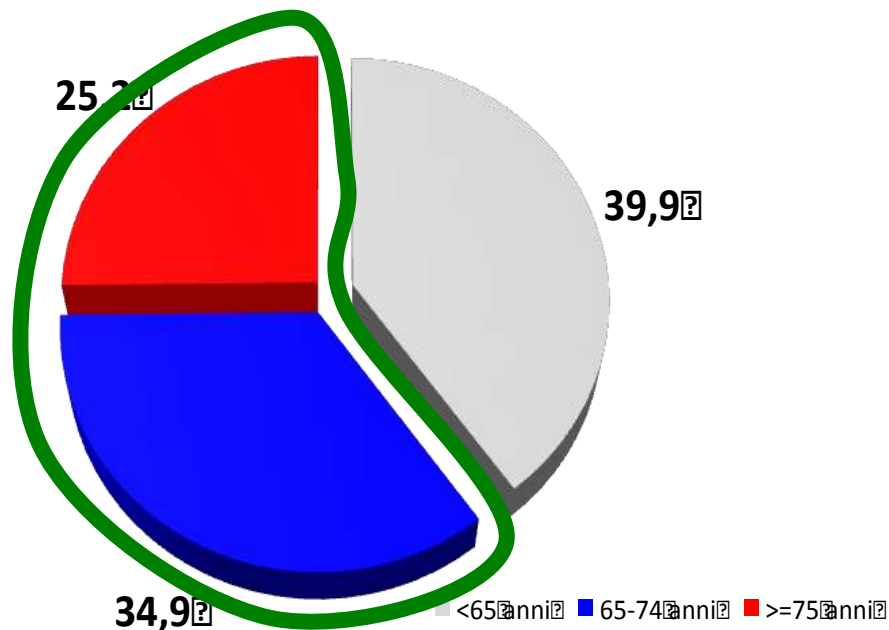


in Italia vi sono circa **12.000.000** di anziani > 65 anni (**21,6%** della popolazione).

Di questi la quota di **“anziani fragili”** è circa il **20%** (2.400.000). Tale numero potrebbe raddoppiare nei prossimi 20 anni.

E' cambiato lo scenario ...

Annali Anziani AMD 2011: distribuzione dei diabetici x classi di età



61% ha più di 65 anni

25% ha più di 75 anni

Tutto è relativo ...

“Per me anziano sarà sempre quello che avrà 15 anni più di me”

(Bernard M Baruch, 1870-1965, Economista e Politico USA)



SPECIAL ARTICLES

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

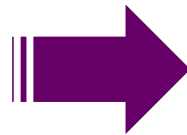
The American Journal of Medicine 2004; 116:179-185

L'approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e sulla cura della **singola malattia** è oggi del tutto **anacronistico** se non addirittura dannoso.

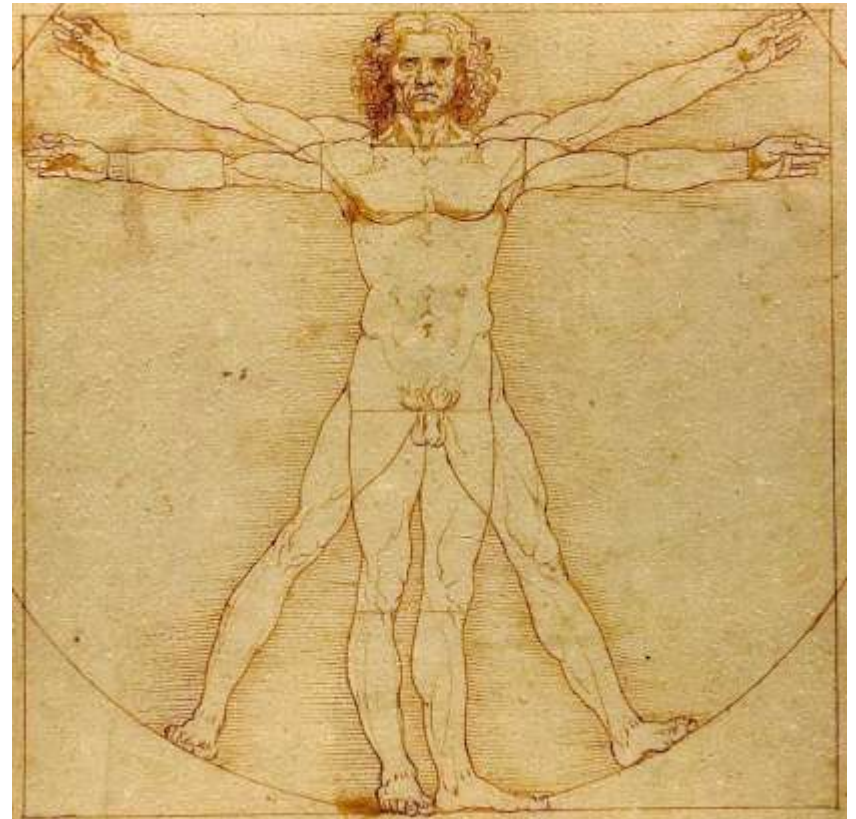
Esso, infatti, non tiene conto della **comorbidità**, dell'influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali dello stato di salute; così come del fatto che **i pazienti, soprattutto se anziani**, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, **privilegiando la qualità della vita** alla sua durata.

La Medicina centrata sul paziente

Organ (Disease) - oriented



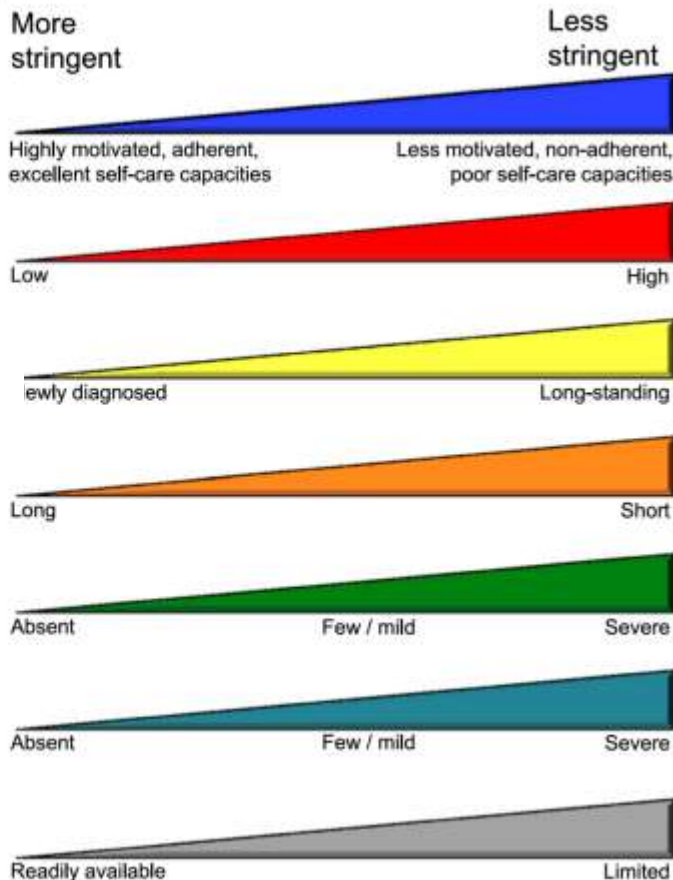
Patient - oriented



Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach

Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Approach to management of hyperglycemia:



Motivazione del pz e capacità di autogestione

Impatto delle ipoglicemie e altri eventi avversi

Durata della Malattia Diabetica

Aspettativa di vita

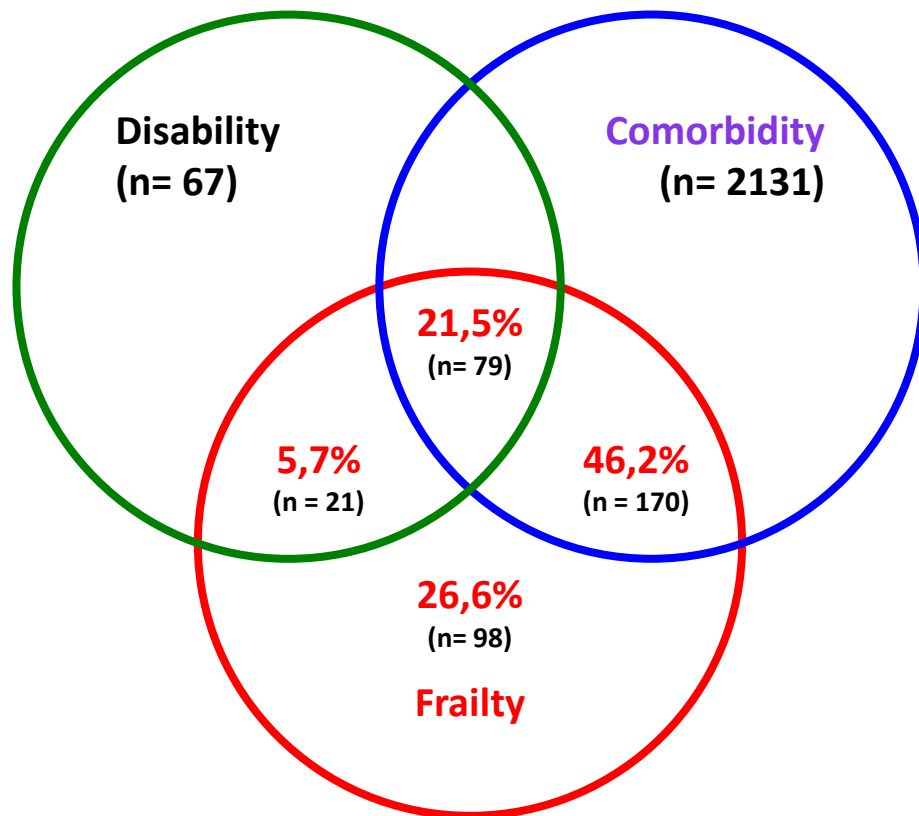
Importanti Comorbidità

Malattia CV in atto

Supporto del Sistema

Chi è l'Anziano Fragile ??

La Fragilità



“Fragilità è uno di quei termini complessi, come **indipendenza, soddisfazione della vita e continuità**, che creano problemi ai gerontologi per i loro molteplici ed incerti significati”

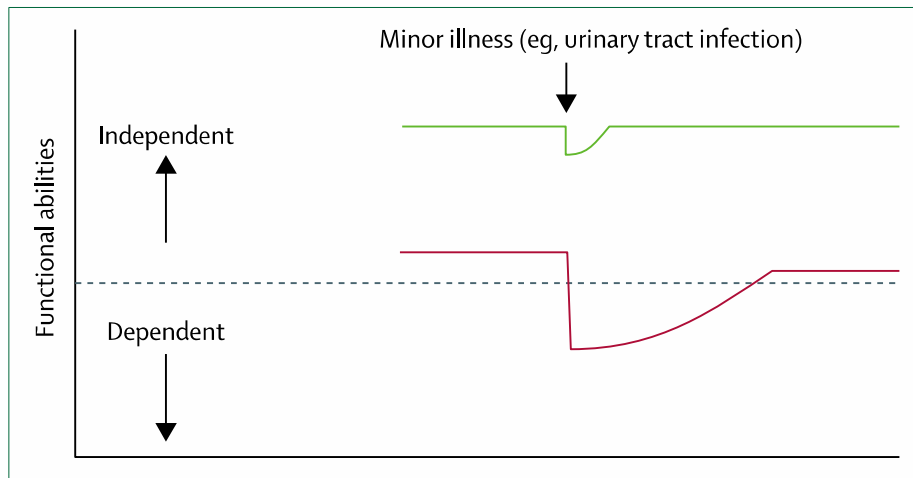
Sharon R. Kaufman

“The Social Construction of Fragility”

Fragilità non è sinonimo di disabilità e comorbilità

Venn diagram displaying extent of overlap of frailty with ADL disability and comorbidity (2 diseases). Total represented: **2.762** subjects who had comorbidity and/or disability and/or frailty

La Fragilità



La fragilità può essere definita concettualmente come **una riduzione delle riserve biologiche** (ridotta riserva omeostatica) **e funzionali con conseguente ridotta capacità di risposta ad uno stimolo stressante.**

Condizione di facile vulnerabilità

Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381:752-762.

La Fragilità

Elevato rischio di:



- **Cadute**
- **Fratture**
- **Ferite**
- **Malattie acute**
- **Danno iatrogeno**
- **Ospedalizzazioni ripetute**
- **Disabilità**
- **Dipendenza**
- **Istituzionalizzazione**
- **Morte**

Come misurare, clinicamente, il concetto di fragilità?

For the concept of frailty to be of practical utility,
its theoretical conceptualization
must be translatable into an operational definition.

The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review

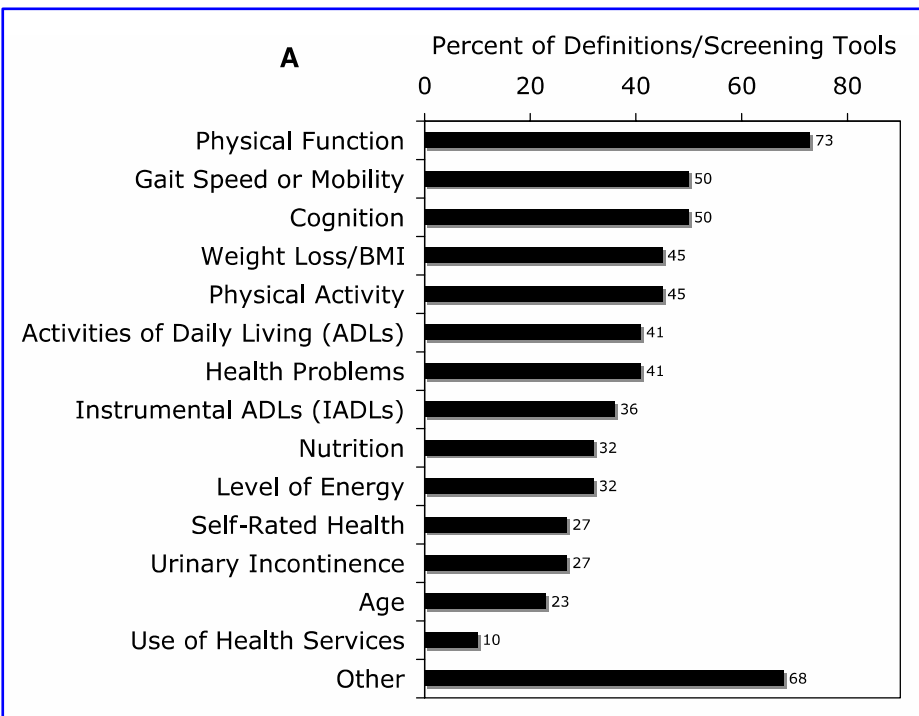
Shelley A. Sternberg, MD, MSCE,^{} Andrea Wershof Schwartz, MD, MPH,[†] Sathya Karunanathan, MSc,[‡] Howard Bergman, MD,^{‡§} and A. Mark Clarfield, MD^{§||}*

1. Brody (1997)
2. Strawbridge (1998)
3. Chin (1999)
4. Rockwood (1999)
5. Brown (2000)
6. Fried (2001)
7. Saliba (2001)
8. Brody (2002)
9. Mitnitski (2002)
10. Jones (2004)
11. Studenski (2004)
12. Carrière (2005)
13. Klein (2005)
14. Puts (2005)
15. Rockwood (2005)
16. Rolfson (2006)
17. Amici (2008)
18. Ensrud (2008)
19. Ravaglia (2008)
20. Rothman (2008)
21. Avila-Funes (2009)
22. Hubbard (2009)

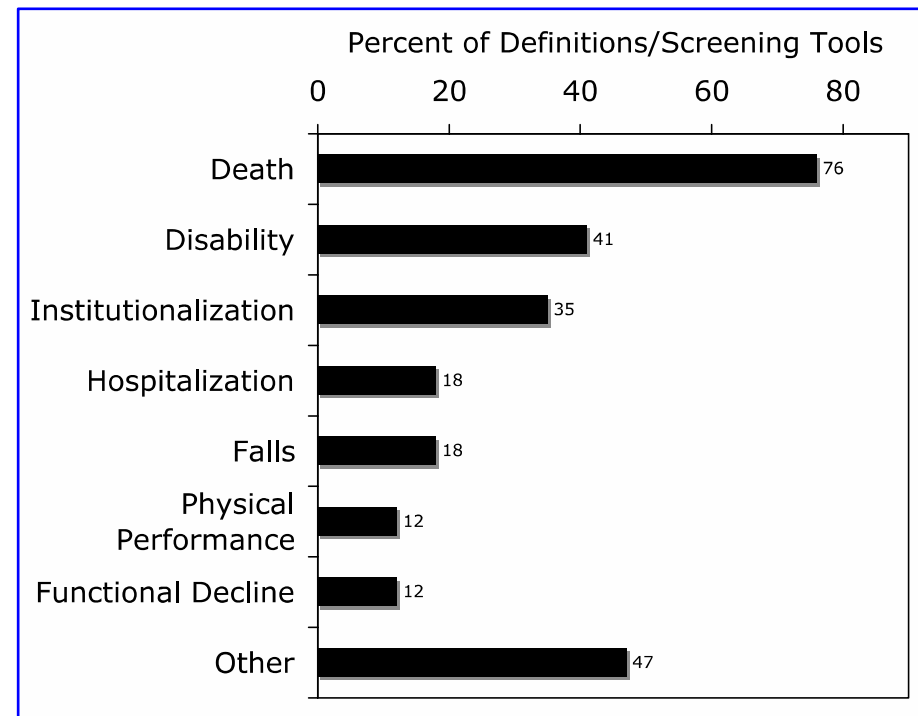
The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review

Shelley A. Sternberg, MD, MSCE,^{*} Andrea Wershof Schwartz, MD, MPH,[†] Sathya Karunanathan, MSc,[‡] Howard Bergman, MD,[§] and A. Mark Clarfield, MD^{§||}

Fattori usati per la definizione di Fragilità



Eventi utilizzati per la validazione degli strumenti di diagnosi



La Valutazione Multidimensionale



Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014

Questo testo è disponibile, in forma elettronica e interattiva, presso il website di riferimento: www.standarditaliani.it, raggiungibile anche dai website di AMD e SID

Data di rilascio: 28 maggio 2014

© Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) - Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014
Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questo documento può essere riprodotta, con qualsiasi mezzo e per qualsiasi scopo, senza l'autorizzazione esplicita di AMD e SID.

Si ricorda che è sempre responsabilità del medico curante, in base alle proprie esperienze e nel rispetto della normativa vigente e della deontologia professionale, determinare la cura migliore per il paziente. Per le indicazioni terapeutiche, la posologia, i modi di somministrazione e per le altre caratteristiche delle singole specialità medicinali citate, fare riferimento ai rispettivi riassunti delle caratteristiche di prodotto autorizzati. I medici sono invitati a contattare le rispettive aziende produttrici per qualsiasi domanda o limitazione dei farmaci. Tutti i soggetti coinvolti nella stesura del presente documento non assumono responsabilità alcuna per danni e quant'altro a persone o cose imputabili in qualsiasi maniera e/o per qualsiasi ragione all'uso delle informazioni contenute in questa pubblicazione e/o per eventuali errori od omissioni in essa contenute nonostante gli sforzi profusi al fine di garantire un'informazione la più corretta possibile e pienamente aderente allo stato delle conoscenze medico-scientifiche attuali. Tutti i partecipanti all'iniziativa sono consapevoli che, pur avendo curato in ogni particolare i contenuti proposti, possono essere incorsi in sviste o errori, di cui si scusano in anticipo e per i quali ringraziano per le segnalazioni del caso. Nessun soggetto terzo, al di fuori dei partecipanti a questa iniziativa, ha avuto ruolo alcuno nella progettazione, ideazione, sviluppo, realizzazione e gestione dei contenuti qui proposti. L'intero documento è protetto da qualsiasi influenza commerciale.

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

**(Livello della forza VI,
Forza della raccomandazione B)**

- **Dimensione Clinica**
- **Dimensione funzionale**
- **Dimensione mentale**
- **Dimensione socio-ambientale**

Strumenti della Valutazione Multidimensionale

Stato di salute	<ul style="list-style-type: none">• Anamnesi farmacologica• Esame obiettivo• Diagnostica laboratorio e strumentale
Stato funzionale	<ul style="list-style-type: none">• ADL e IADL (attività basali e strumentali della vita quotidiana)• MNA (nutrizione)• Barthel index• Tinetti
Condizioni psichiche e mentali	<ul style="list-style-type: none">• MMSE (stato cognitivo)• GDS (depressione)• CAM – NEECHAM (confusione)• BARS (agitazione nel demente)
Situazione sociale e ambientale	Questionario su condizioni abitative, economiche; rete sociale

L'anziano fragile at a glance:

almeno 3 criteri

Affaticamento

astenia in almeno 3 gg la settimana

Scarsa attività fisica



Riduzione della forza muscolare (handgrip)

Calo ponderale non intenzionale (4,5 Kg nell' ultimo anno)

Scarsa velocità nel cammino

più di 7 secondi a percorrere una distanza di 4.57 metri

L'anziano fragile at a glance:

Ospite di Casa di Riposo / RSA

Paziente Allettato

**Storia di
Comorbidità
importanti**



**Decadimento
Cognitivo**

Importante impedimento funzionale arti inferiori

Frailty Consensus: a call to action

All people aged 70 years or older
[and all individuals with significant weight loss ($\geq 5\%$) due to chronic disease]
should be screened for frailty with a
simple questionnaire



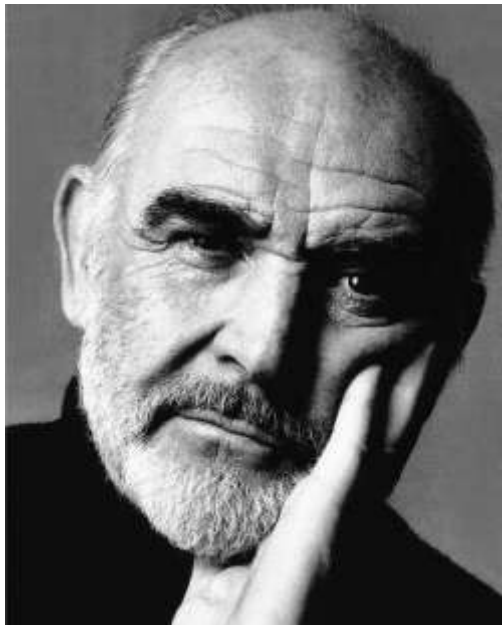
Therapy should be appropriately tailored to those who are identified as frail.

Robusto

Intermedio

Disabile

Fragile



Comorbidità

**Contesto
socioeconomico**

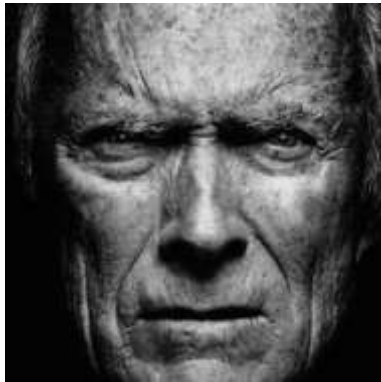
Prognosi
(aspettativa di vita)



**Obiettivi terapeutici
Strategie terapeutiche**

**Collocazione assistenziale
più appropriata**

Prioritizing Goals



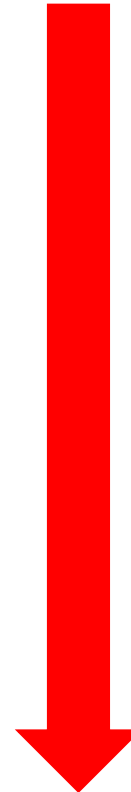
LIFE > Function > Comfort

FUNCTION > Life > Comfort

FUNCTION > Comfort > Life

COMFORT > Function > Life

COMFORT Only



Robusto

Intermedio

Disabile Lieve

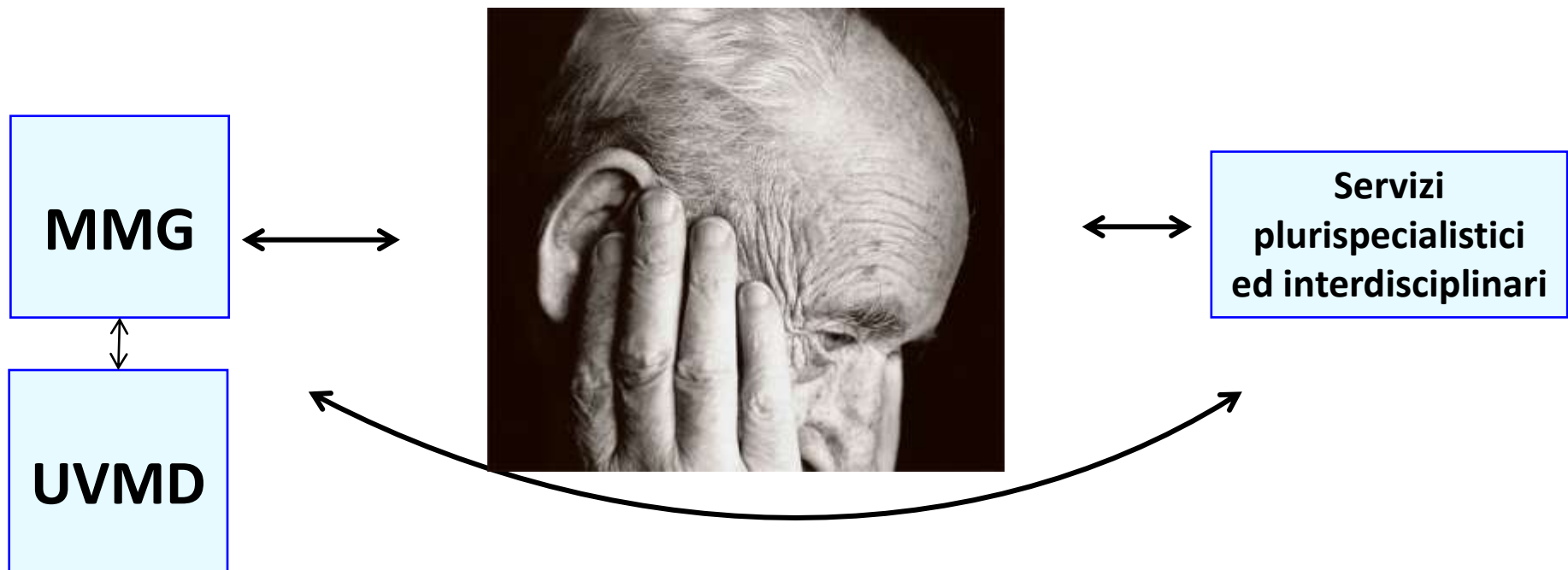
Disabile Grave

Dipendente

End stage

Morente

L'Anziano Fragile: la rete di assistenza



PIANO INDIVIDUALIZZATO DI ASSISTENZA

(Obiettivi ? Chi fa cosa ? Dove ? Quando?)

ADI

Centro diurno

**Strutture
Intermedie**

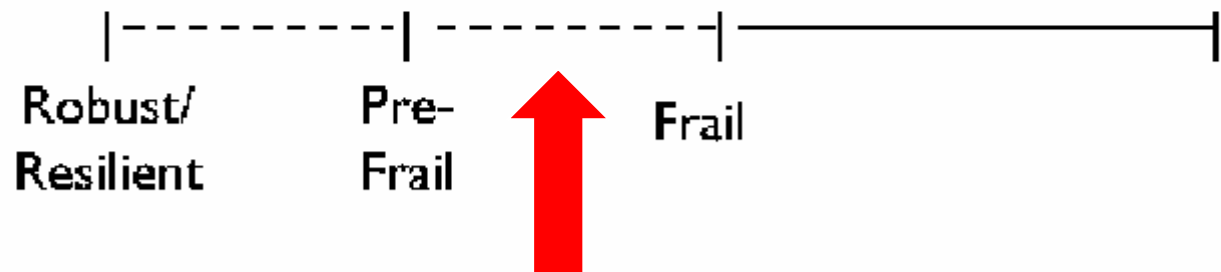
Casa di Riposo

Il Diabetico Fragile: quali sono i suoi bisogni ??



Il Diabetico Fragile: quali sono i suoi bisogni ??

Determinants and pathways → “Partial” components/ manifestations Clinically observable syndrome Adverse* outcomes



* Disability, morbidity, hospitalization, institutionalization, mortality

**Ridurre il rischio di:
disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, Morte**

Recuperare Autosufficienza

**Migliorare o Mantenere
Funzione residua**

Obiettivi di intervento



La Buona cura dell'anziano fragile: la visione globale

- Valutare il grado di autonomia e autosufficienza, le performance cognitive, la depressione
- Prevenire l'isolamento e la solitudine (reti sociali)
- Prevenire malnutrizione e calo ponderale
- Scoraggiare la sedentarietà e il riposo a letto
- Non sottovalutare le infezioni banali (vaccinazione anti-influenzale, IVU e respiratorie)
- Cercare di predisporre un piano educativo strutturato riguardante dieta, l'attività fisica, lo screening e la gestione dei problemi di salute concomitanti o conseguenti il diabete
- Stabilire e condividere con il paziente o il Care Giver gli obiettivi terapeutici
- Cercare di ridurre al minimo indispensabile la terapia farmacologica e monitorare ADR
- Cercare di predisporre PDTA condivisi con tutti gli Operatori Sanitari interessati

Frailty Consensus: a call to action

Physical Frailty Is a Manageable Condition



- **Exercise (resistance and aerobic)**
- **Caloric and protein support**
- **Vitamin D**
- **Reduction of polypharmacy**

Attività fisica

- Migliora la struttura muscolare e l'osso
- Migliora gli indici funzionali
- Migliora la funzione cardio-respiratoria
- Migliora l'umore
- Riduce il rischio di cadute
- Riduce la paura di cadere

Migliora globalmente la qualità della vita

Nutrizione

**Adeguato apporto calorico + Adeguato apporto proteico
(con supplementazione se necessario)**

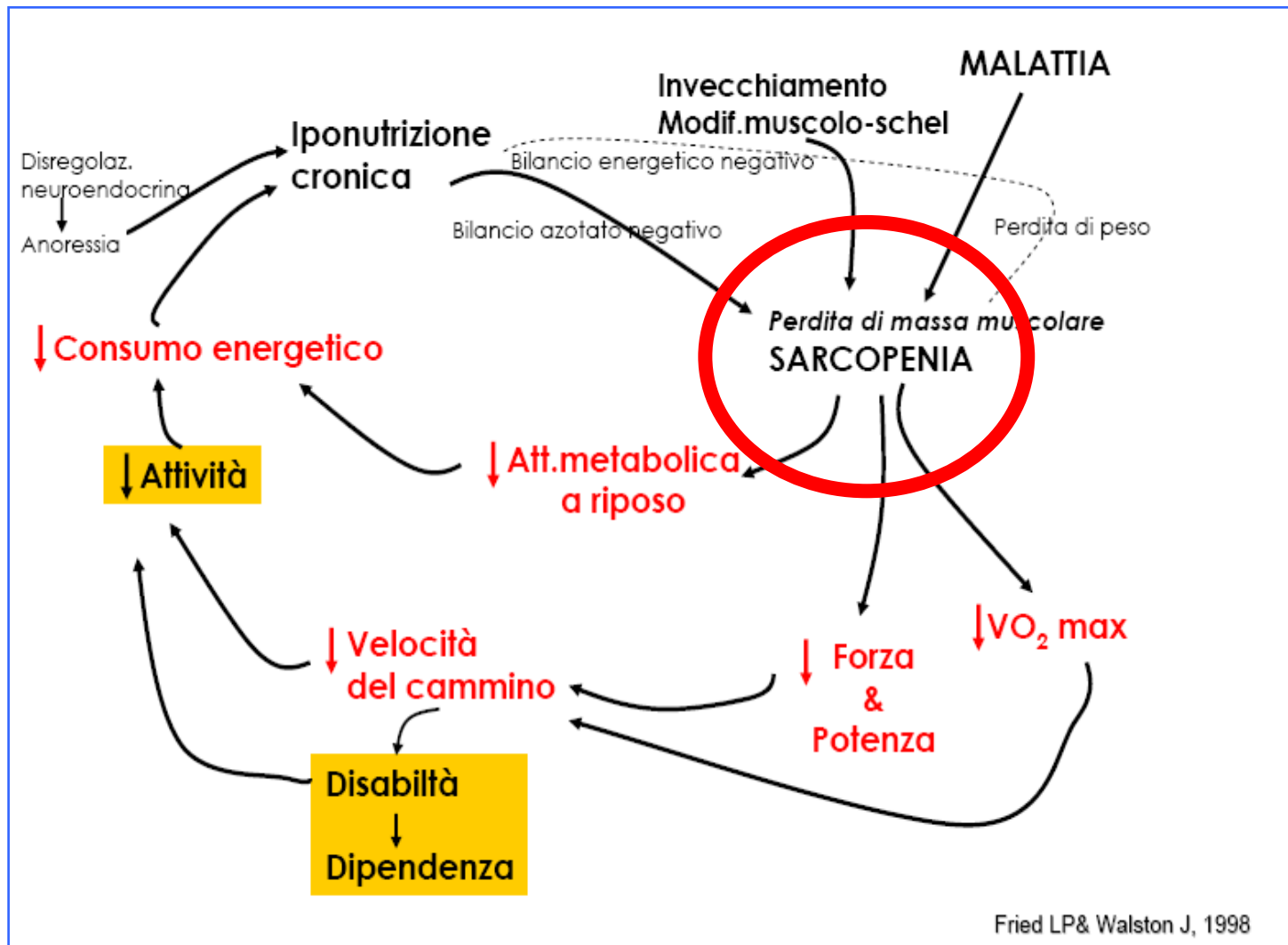
- **Aumenta la massa muscolare**
- **Aumenta la forza muscolare**
- **Aumenta il peso (massa magra)**



Diminuisce il rischio di vulnerabilità

- Milne AC. Cochrane Database Syst Rev. 2009
- Neelemaat F. J Am Med Dir Assoc. 2011; 12:295–301.
- Morley ME: J Am Med Dir Assoc. 2010; 11:391–396.
- Tieland M . J Am Med Dir Assoc. 2012; 13:720–726
- Paddon-Jones D. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14:73–74.

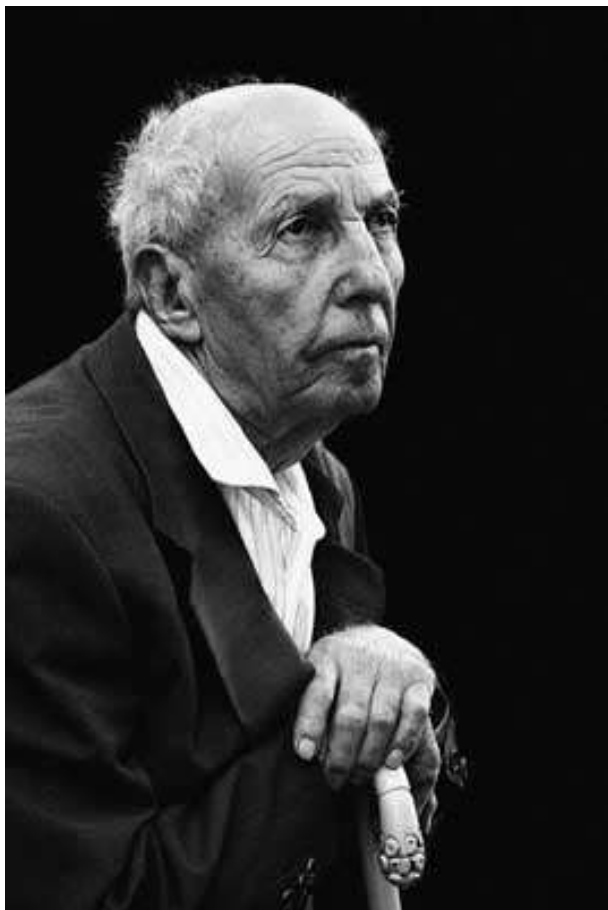
Ciclo della Fragilità



Vitamina D

- E' dimostrato che **la vitamina D è importante per la salute dell'osso**. Al momento non esistono prove di altri benefici dall'assunzione di vitamina D
- Livelli più alti non si accompagnano a maggiori benefici, anzi sono stati associati a problemi di salute, mettendo in discussione il detto "di più è meglio".

I Politrattamenti ...

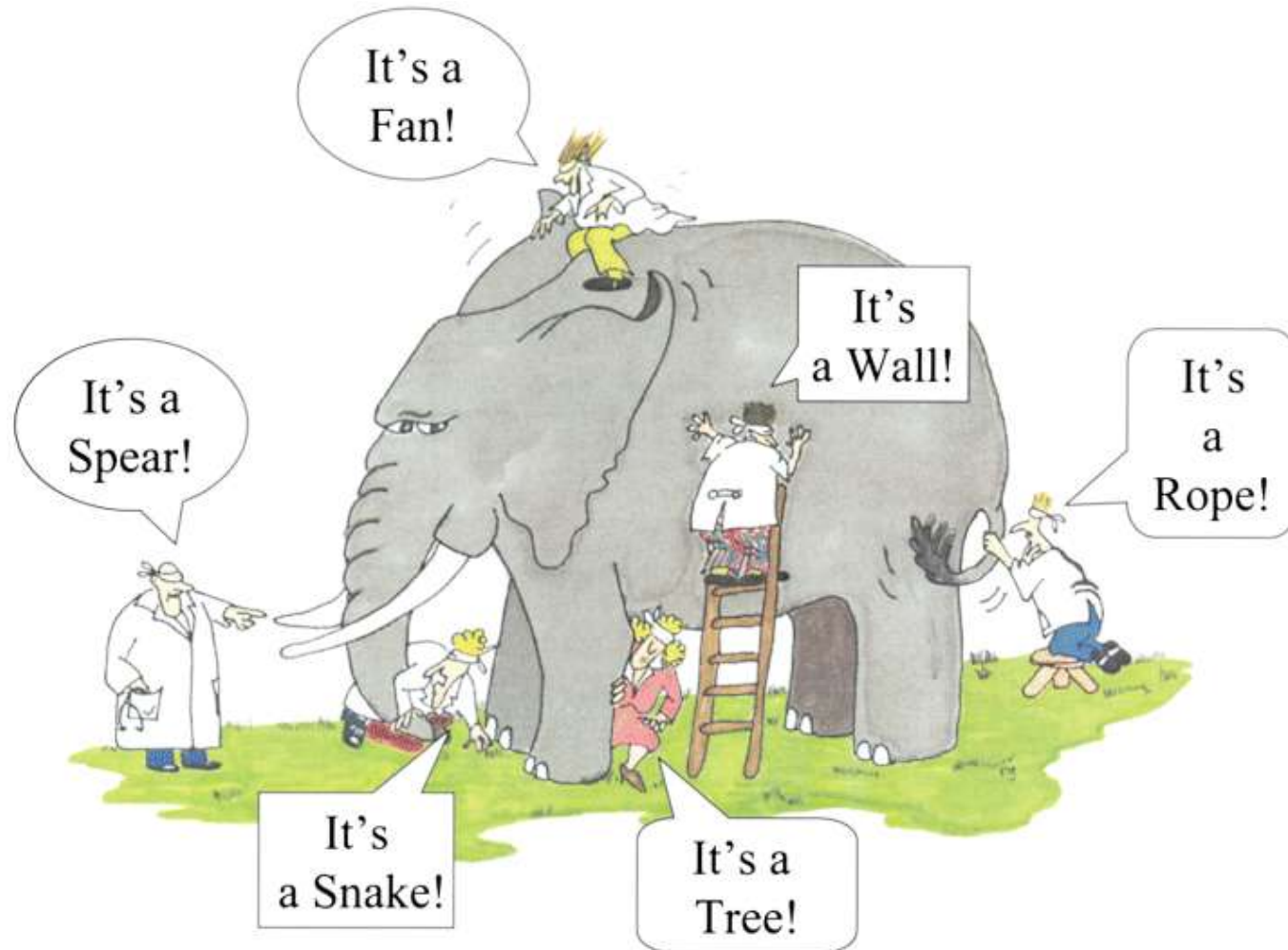


Lo scenario

- Gli anziani hanno un **rischio** di sviluppare patologie iatrogene quasi **doppio** rispetto ai soggetti più giovani
(Br J Clin Pharmacol, 2002)
- Negli anziani le **reazioni** avverse ai farmaci tendono ad essere **più severe** (Drugs Aging, 1999)
- **1/3 dei ricoveri ospedalieri** nei pazienti anziani è legato a reazioni avverse da farmaci, che sono state stimate essere la **quinta causa di morte** tra i pazienti ricoverati
(J Am Geriatr Soc, 2001-J Am Geriatr Soc, 2002)

The Blind Men and the Elephant

John Godfrey Saxe (1816-1887)



Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study

Graziano Onder,¹ Rosa Liperoti,¹ Daniela Fialova,² Eva Topinkova,² Matteo Tosato,¹ Paola Danese,¹ Pietro Folino Gallo,³ Iain Carpenter,⁴ Harriet Finne-Soveri,⁵ Jacob Gindin,⁶ Roberto Bernabei,¹ and Francesco Landi¹; for the SHELTER Project

- 57 nursing home in 8 countries.
- **4.023** nursing home residents
- Mean age of **83.5 years**

Polypharmacy (concurrent use of 5-9 drugs) was observed in 49.7%

Excessive polypharmacy (concurrent use of ≥ 10 drugs) in 24.3%

Annali AMD Anziani: Politrattamenti



> 75 anni

42% sono trattati con 5 o più principi attivi

Provincia di Pordenone: 18 Case di Riposo

N° Farmaci	N° Pazienti	%
0 - 4	157	15%
5 - 9	576	54%
10 - 14	301	28%
15 - 19	37	3%
20 o più	4	0,4%
	1.075	

Interazioni maggiori e Controindicazioni

L'Analisi è stata condotta tramite i 2 applicativi **TERAP** e **MICROMEDEX 2.0**

- **CONTROINDICATO** = i farmaci sono controindicati x l'utilizzo simultaneo
- **INTERAZIONE MAGGIORE** = l'interazione può essere potenzialmente letale e/ richiedere un intervento medico per ridurre al minimo gli effetti avversi

N° Pazienti	Interazioni maggiori	Controindicazioni
1.075	561 (52%)	59 (5,5%)

Le Interazioni ...

Original Investigation

Hypoglycemia After Antimicrobial Drug Prescription for Older Patients Using Sulfonylureas

Trisha M. Parekh, DO; Mukaila Raji, MD, MS; Yu-Li Lin, MS; Alai Tan, MD, PhD;
Yong-Fang Kuo, PhD; James S. Goodwin, MD

Parekh TM. JAMA Intern Med. 2014

Co-trimoxazole and sudden death in patients receiving inhibitors of renin-angiotensin system: population based study



OPEN ACCESS

BMJ 2014;349:g6196

Aspirina in prevenzione primaria: quali evidenze ?

Low dose of acetylsalicylic acid and oxidative stress-mediated endothelial dysfunction in diabetes: a short-term evaluation

Eliezer Joseph Tassone · Maria Perticone · Angela Sciacqua ·
Simona Fortunata Mafri · Chiara Settino · Natalia Malara ·
Vincenzo Mollace · Giorgio Sesti · Francesco Perticone

Acta Diabetol. 2015; 52:249-256.

Our findings suggest that ASA utilization for primary prevention in diabetic patients **causes a significant increase of oxidative stress burden** impairing the vascular function

Statine in prevenzione primaria nell'anziano fragile: quali evidenze ?

Age Ageing. Nov 2010; 39(6): 674–680.

Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds

Petersen LK, Christensen K, Kragstrup J.

- A review of the few randomised controlled trials including 80+ year old **did not provide evidence** of an effect of lipid-lowering treatment on total mortality in 80+-year-old people.
- it is even possible that statins may **increase all-cause mortality** in this group of elderly individuals without CVD.

Quali obiettivi pressori nell'anziano fragile ?

Arch Intern Med. 2012;172:1162-1168.

ONLINE FIRST

Rethinking the Association of High Blood Pressure With Mortality in Elderly Adults

The Impact of Frailty

Michelle C. Odden, PhD; Carmen A. Peralta, MD, MAS; Mary N. Haan, DrPH; Kenneth E. Covinsky, MD, MPH

2340 persone di età media > 70 anni

Walking speed test su 6 metri

- Faster walkers
- Slower walkers
- Not Completers

Hyperuricemia asintomatica: quando trattare?

PERSPECTIVE

LESS IS MORE

Allopurinol Overuse in Asymptomatic Hyperuricemia A Teachable Moment

AMA Intern Med. 2014; 174: 1031-1032.

Evidence exists supporting the use of allopurinol for asymptomatic hyperuricemia in the following 3 conditions:

- 1. In the presence of persistent uric acid levels above 13 mg/dL in men or 10 mg/dL in women**
- 2. in the presence of urinary excretion of uric acid exceeding 1100 mg daily,**
- 3. in patients about to receive radiation or chemotherapy to prevent uric acid nephropathy and other manifestations of tumor lysis syndrome**

Sospendere i farmaci negli anziani: un approccio *evidence-based*

Antonino Cartabellotta^{1*}

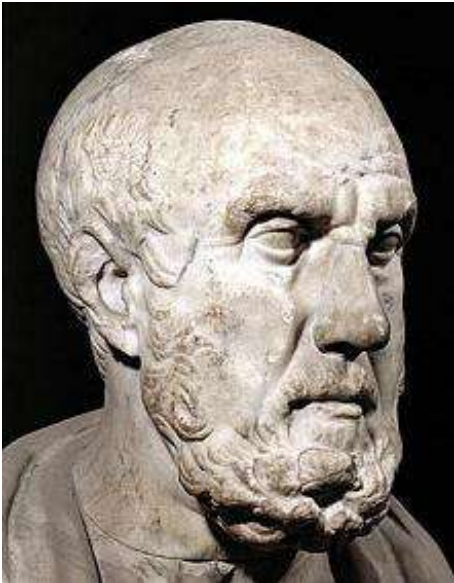
2. Identificare i pazienti a rischio di ADR o con ADR in atto

- Fattori di rischio:
 - ≥ 8 farmaci
 - Età > 75 anni
 - Farmaci a rischio elevato di ADR
- Valutare la tossicità attuale, pregressa e verosimilmente futura

Nei pazienti che presentano tutti e tre i fattori di rischio mirare a ridurre il numero di farmaci a 5 o meno.

➔ Interrompere i farmaci per i quali esiste una ragionevole certezza di tossicità pregressa, presente o verosimilmente futura

I Politrattamenti ...



Primum non nocere
(Ippocrate)

**Pensa 3 volte prima di formulare una
prescrizione farmacologica per un anziano**
(MH Beers)



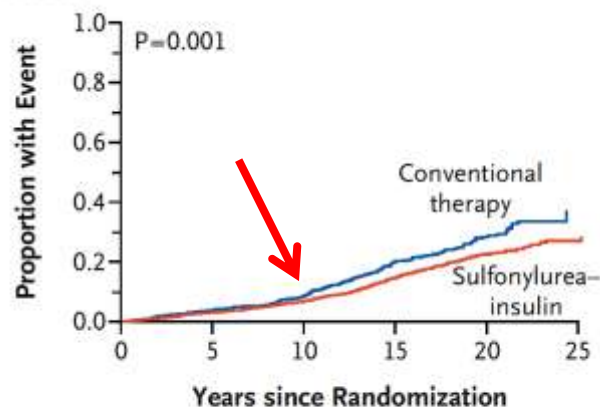
Anziano fragile: e la glicemia ???



Quanto tempo di buon controllo glicemico ... ??

I trial clinici suggeriscono che **sono necessari fino a 8 - 10 anni** perché il buon controllo glicemico si traduca in una riduzione della **complicanze microvascolari** (retinopatia e nefropatia diabetica)

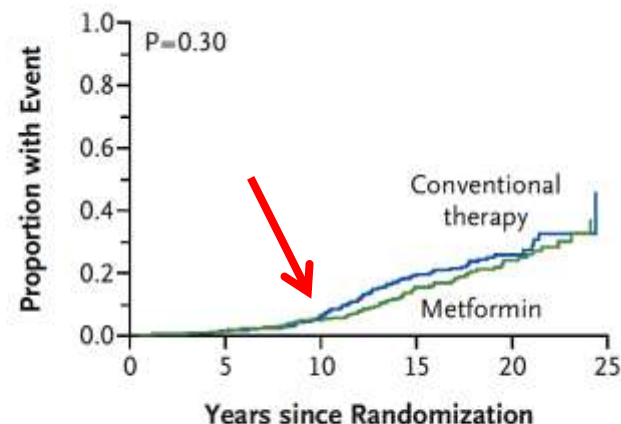
E Microvascular Disease



No. at Risk

Conventional therapy	1138	1018	844	508	172	13
Sulfonylurea-insulin	2729	2465	2076	1368	488	53

F Microvascular Disease



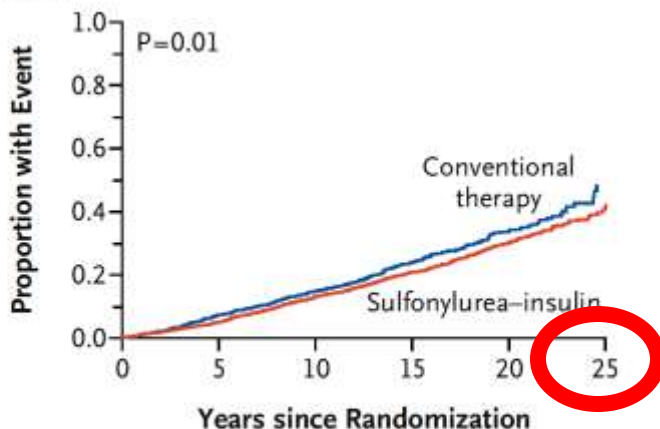
No. at Risk

Conventional therapy	411	377	316	186	72	2
Metformin	342	319	278	197	92	16

Quanto tempo di buon controllo glicemico ... ??

E molti di più perché il buon controllo glicemico si traduca in una riduzione della **complicanze macrovascolari** (infarto miocardico) e della **mortalità**

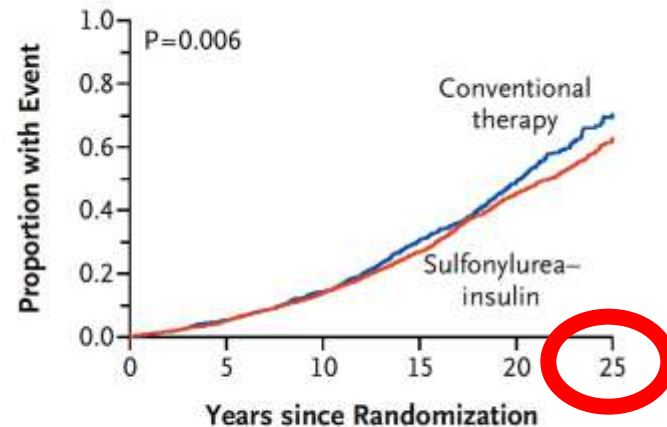
C Myocardial Infarction



No. at Risk

Conventional therapy	1138	1013	857	578	221	20
Sulfonylurea-insulin	2729	2488	2097	1459	577	66

G Death from Any Cause



No. at Risk

Conventional therapy	1138	1066	939	665	270	28
Sulfonylurea-insulin	2729	2573	2276	1675	680	83



Mortality-Related Factors and 1-Year Survival in Nursing Home Residents

Jonathan M. Flacker MD¹, Dan K. Kiely
MPH, MA²

Article first published online: 31 JAN 2003

DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51060.x

Issue



Journal of the American
Geriatrics Society

**Volume 51, Issue 2, pages
213–221, February 2003**

The median life expectancy of **new nursing home residents** is **fewer than 2.5 years**, suggesting that the overwhelming majority of nursing home residents are unlikely to benefit from the decreased rates of vascular complications from tight glycemic control

QUINTO ORAZIO FLACCO 1,11



Tu ne quaesieris, scire nefas...

... et spatium brevi spem longam reseces

Quali obiettivi di cura ?

Quali obiettivi terapeutici prioritari

- **Garantire complessivamente la migliore qualità di vita possibile, evitando interventi medici e terapeutici non appropriati e superflui**
- **Controllare l'iperglicemia ed evitare complicanze acute**
- **Evitare l'ipoglicemia**
- **Mantenere il paziente asintomatico**
- **Ridurre il rischio di infezione e di ospedalizzazione**

Diabetes in Older Adults: A Consensus Report

M. Sue Kirkman, MD,^a Vanessa Jones Briscoe, PhD, NP, CDE,^b Nathaniel Clark, MD, MS, RD,^c Hermes Florez, MD, MPH, PhD,^d Linda B. Haas, PHC, RN, CDE,^e Jeffrey B. Halter, MD,^f Elbert S. Huang, MD, MPH,^g Mary T. Korytkowski, MD,^b Medha N. Munshi, MD,ⁱ Peggy Soule Odegard, BS, PharmD, CDE,^j Richard E. Pratley, MD,^k and Carrie S. Swift, MS, RD, BC-ADM, CDE^l

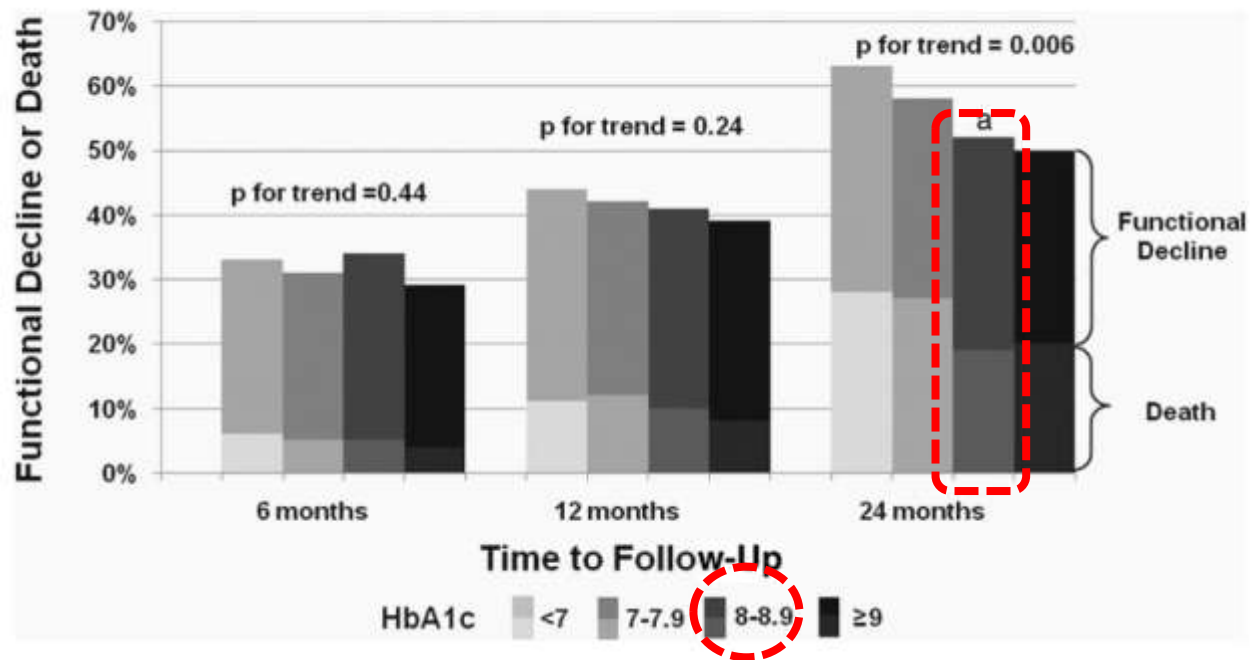
Diabetes Care. 2012;35:2650-2664.

Patient Characteristics/ Health Status	Rationale	Reasonable A1C Goal (A Lower Goal May Be Set for an Individual if Achievable without Recurrent or Severe Hypoglycemia or Undue Treatment Burden)	Fasting or Preprandial Glucose (mg/dL)	Bedtime Glucose (mg/dL)
Healthy (Few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.5%	90–130	90–150
Complex/intermediate (Multiple coexisting chronic illnesses ^a or 2+ instrumental ADL impairments or mild to moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	< 8,0%	90–150	100–180
Very complex/poor health (Long-term care or end-stage chronic illnesses ^b or moderate to severe cognitive impairment or 2+ ADL dependencies)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	< 8,5%	100–180	110–200

Glycosylated Hemoglobin and Functional Decline in Community-Dwelling Nursing Home–Eligible Elderly Adults with Diabetes Mellitus

Celia K. Yau, MD,^{*} Catherine Eng, MD,^{†‡} Irena Stijacic Cenzer, MA,^{‡§} W. John Boscardin, PhD,^{‡§} Kathy Rice-Trumble, RN,[†] and Sei J. Lee, MD, MAS^{‡§}

JAGS 2012; 60:1215



In the oral antihyperglycemic and insulin groups, **HbA1c level of 8.0% to 8.9% conferred the lowest adjusted RR** of the combined outcome of functional decline or death



Gli obiettivi di cura devono essere chiari e riportati SEMPRE nel referto del Diabetologo, nella dimissione dai reparti e nel diario dell'autocontrollo

Quali farmaci usare ?

Prediligi i farmaci e le strategie terapeutiche che riducono il rischio di ipoglicemia

Start Low ... and Go Slow

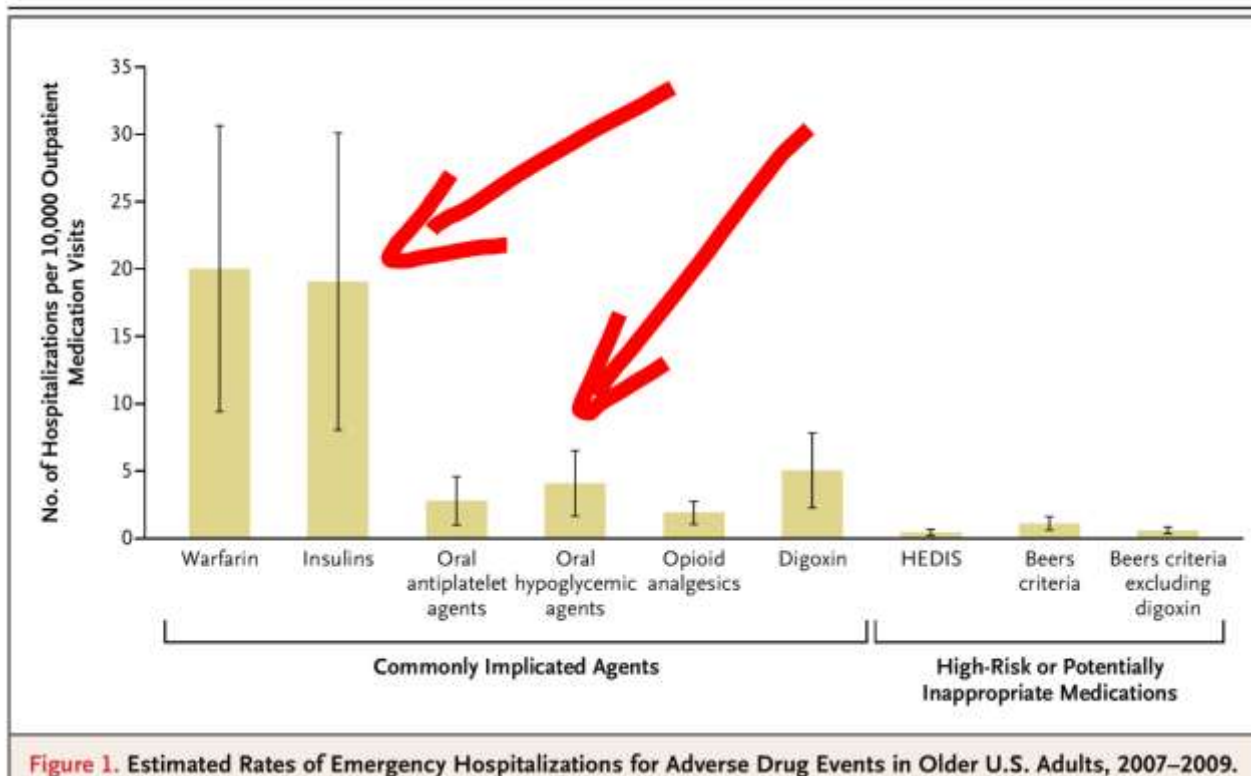
I rischi dell'ipoglicemia



- **Ospedalizzazione**
- **Cadute e fratture**
- **Crisi ischemiche cerebrali**
- **Ischemia cardiaca**
- **Aritmie**
- **Demenza**
- **Morte**

Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans

Daniel S. Budnitz, M.D., M.P.H., Maribeth C. Lovegrove, M.P.H.,
Nadine Shehab, Pharm.D., M.P.H., and Chesley L. Richards, M.D., M.P.H.

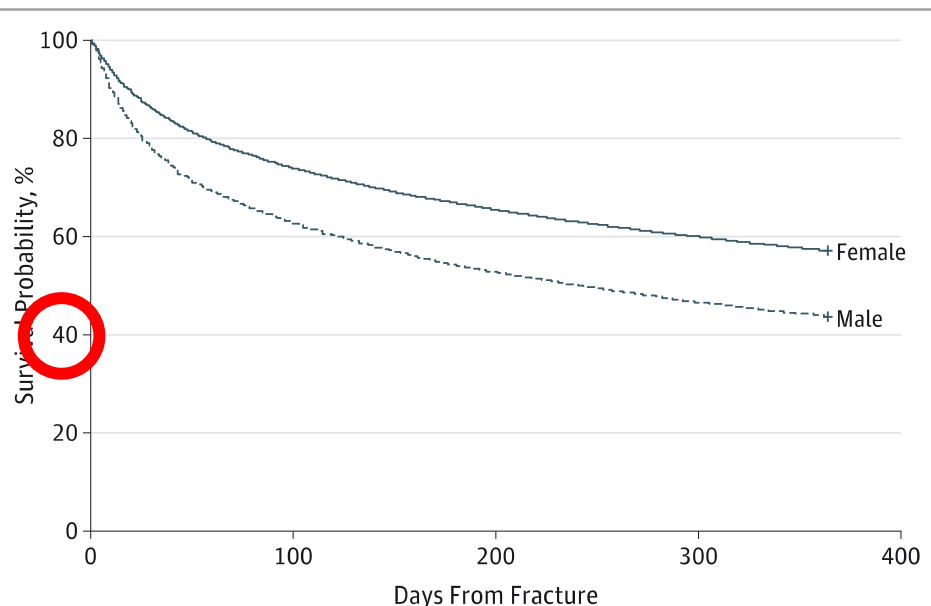


Original Investigation

Survival and Functional Outcomes After Hip Fracture Among Nursing Home Residents

Mark D. Neuman, MD, MSc; Jeffrey H. Silber, MD, PhD; Jay S. Magaziner, PhD; Molly A. Passarella, MS;
Samir Mehta, MD; Rachel M. Werner, MD, PhD

Survival at up to 365 Days Among **60.111** US Long-term Care Residents Hospitalized With Hip Fracture Between July 1, 2005, and June 30, 2009



Survival and functional outcomes are poor
after hip fracture among nursing home residents.

G. Slama

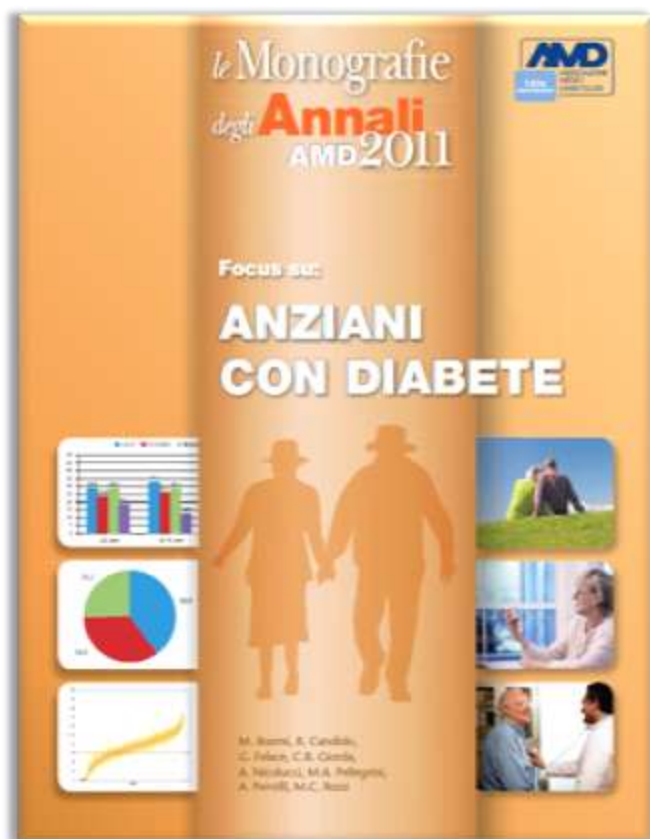
Diabetes Metab 2005; 31 : S7 - S8

An aged people is wandering in the **desert of ignorance:**



The land of elderly patients with diabetese mellitus

La Cura degli Anziani Diabetici in Italia

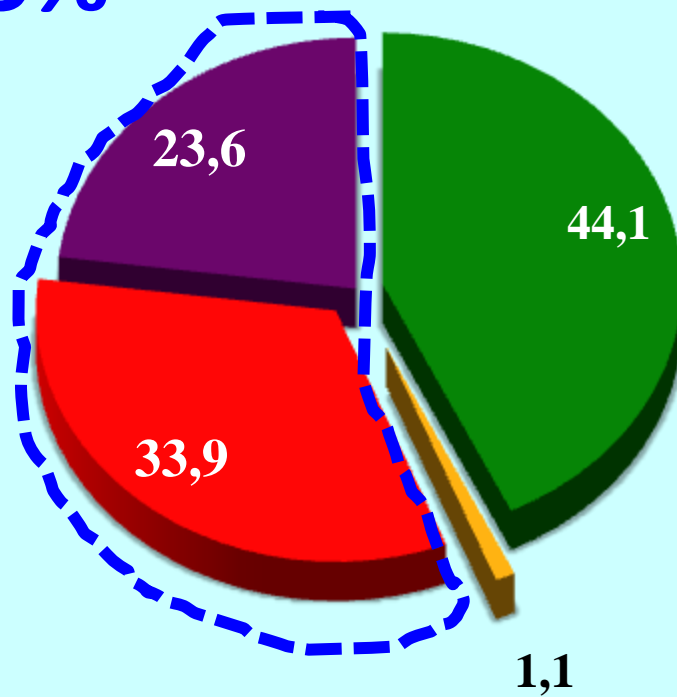


M. Boemi, R. Candido,
G. Felace, C.B. Giorda,
A. Nicolucci, M.A. Pellegrini,
A. Perrelli, M.C. Rossi



Pz con età ≥ 75 anni trattati con soli ipo orali e con HbA1C $\leq 6,5\%$: Quali monoterapie

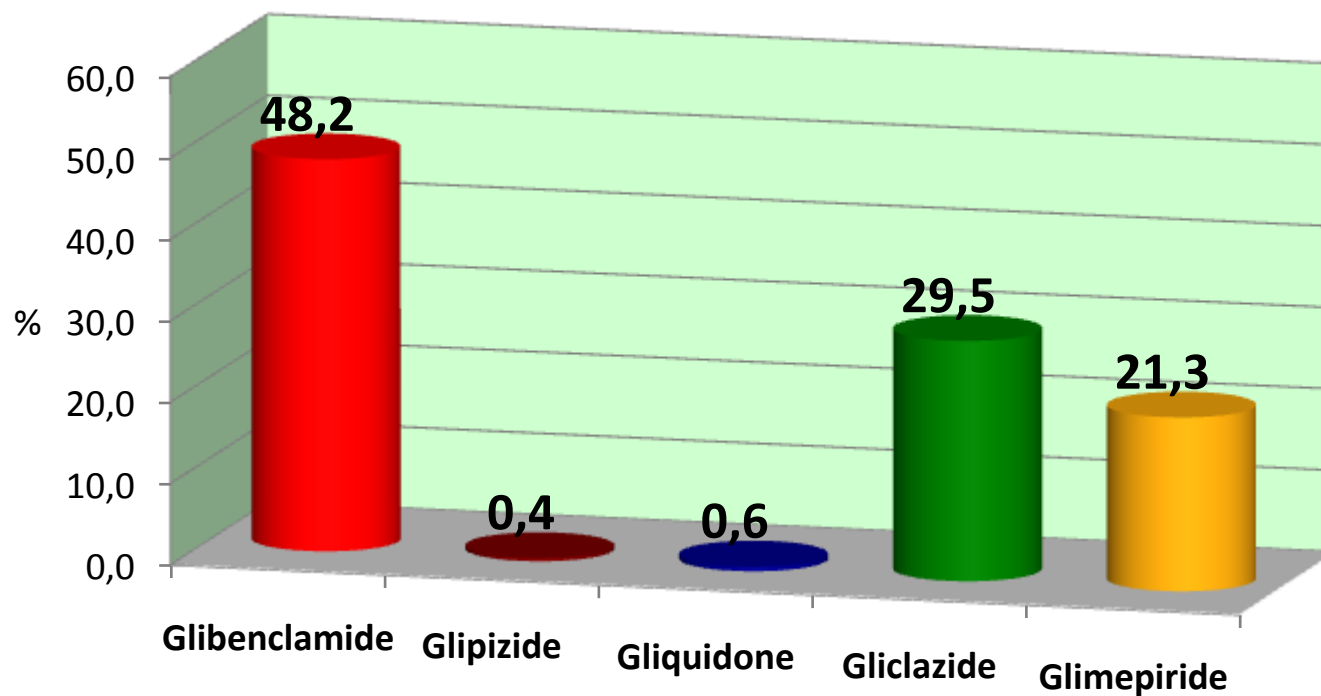
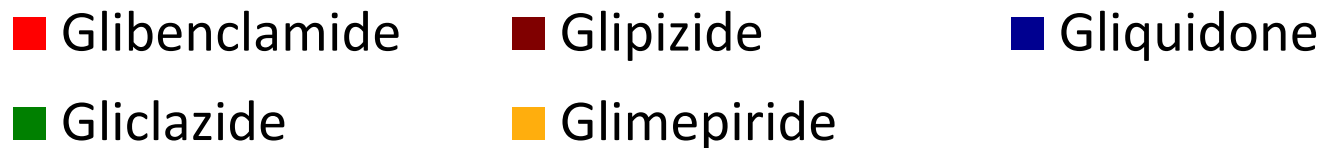
57,5%



- Solo Metformina
- Solo TDZ
- Solo SU
- Solo Glinide

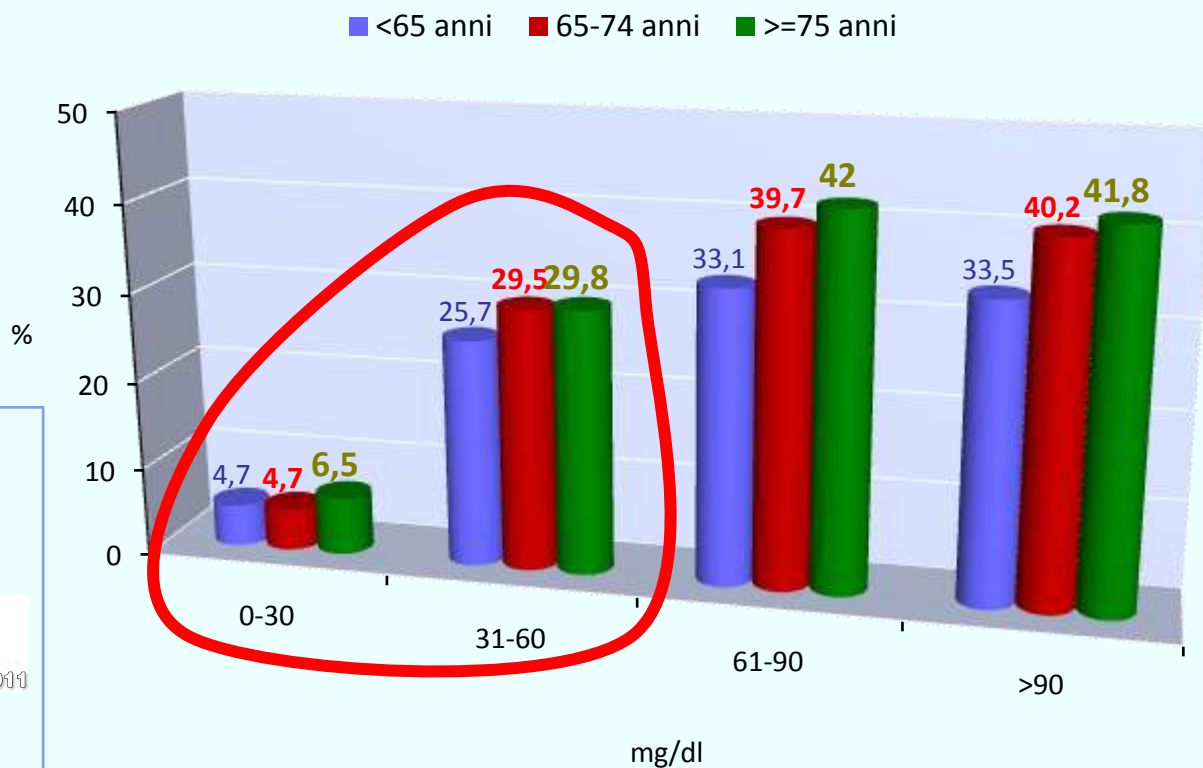


Annali Anziani 2011: Come sono distribuite le SU



Percentuale di pz trattati con SU in relazione alla classe di età e ai livelli di filtrato glomerulare

ANNALI AMD Anziani 2012



le Monografie
degli **Annali**
AMD 2012

Focus su:

**DIABETE NELL'ANZIANO:
ANALISI PROSPETTICA
DELL'ASSISTENZA 2004-2011**



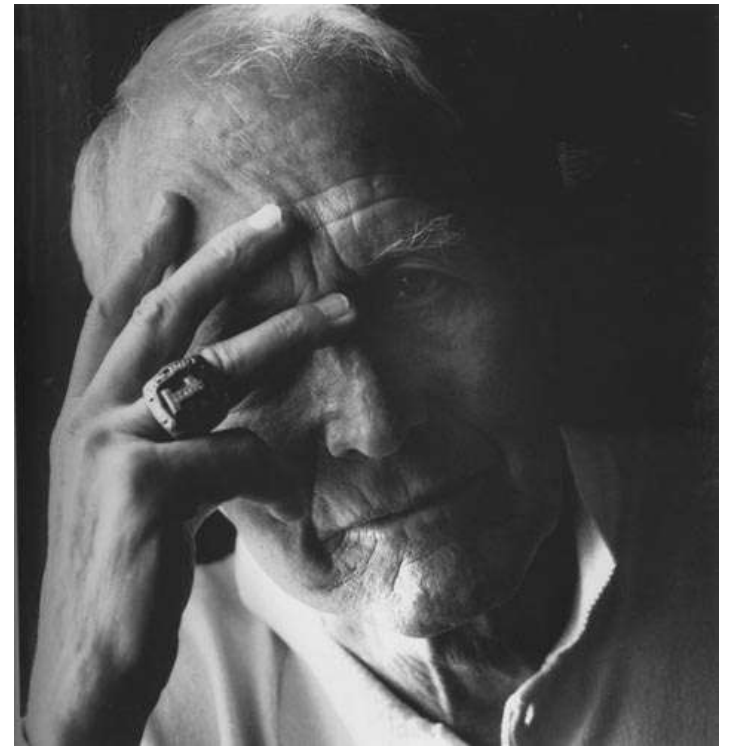
Board scientifico:
M. Biemi, K. Canalis, C.B. Giorda,
C. Filice, M.A. Pellegrini

Elaborazione e interpretazione dati:
A. Nicolucci, F. Pellegrini,
B. Pintaudi, M.C. Rossi

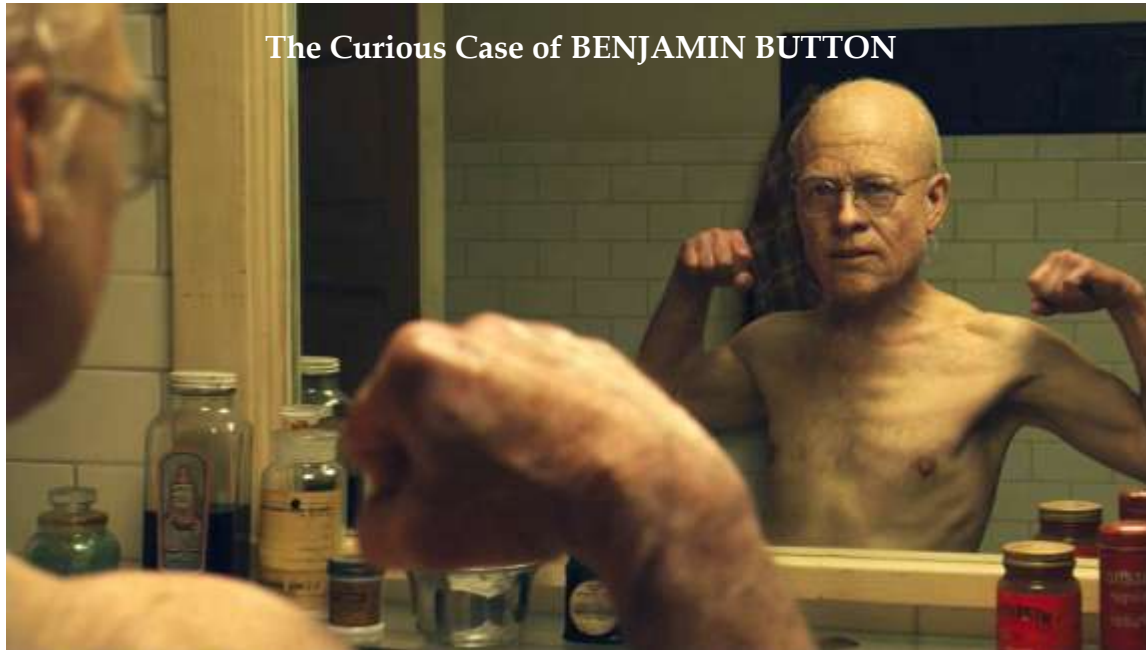


Conclusioni

L'Anziano Diabetico Fragile ha bisogno di una **integrazione** dei Servizi Sanitari e Sociali per realizzare un **piano di intervento individualizzato** dopo una adeguata valutazione multidimensionale



The Curious Case of BENJAMIN BUTTON



Per ringiovanire ci vogliono

- Buona alimentazione
- Attività fisica regolare
- L'alito di una vergine