



Oltre la fragilità: il paziente diabetico tra disabilità e cure palliative



Concetta Clausi

UO Diabetologia e Malattie Metaboliche

Ospedale S. Martino - Oristano



Conflitto di interessi negli ultimi due anni

- Sanofi
- Boehringer-Ingelheim

Fragilità, Disabilità, Cure Palliative

- Definire questi contesti e condizioni
- Definirli in relazione al diabete
- Fornire alcuni esempi
- Dare alcune indicazioni pratiche di management
- Definire lo specifico agire del diabetologo in questi particolari contesti

Disabilità, Cure Palliative e Diabete

- La presenza di diabete nei casi di grave disabilità e all'interno delle cure palliative ridefinisce i percorsi e gli obiettivi di cura e introduce una maggiore attenzione alla qualità di vita del paziente.

- Cambio di «mentalità» del team diabetologico nell'approccio a questi pazienti

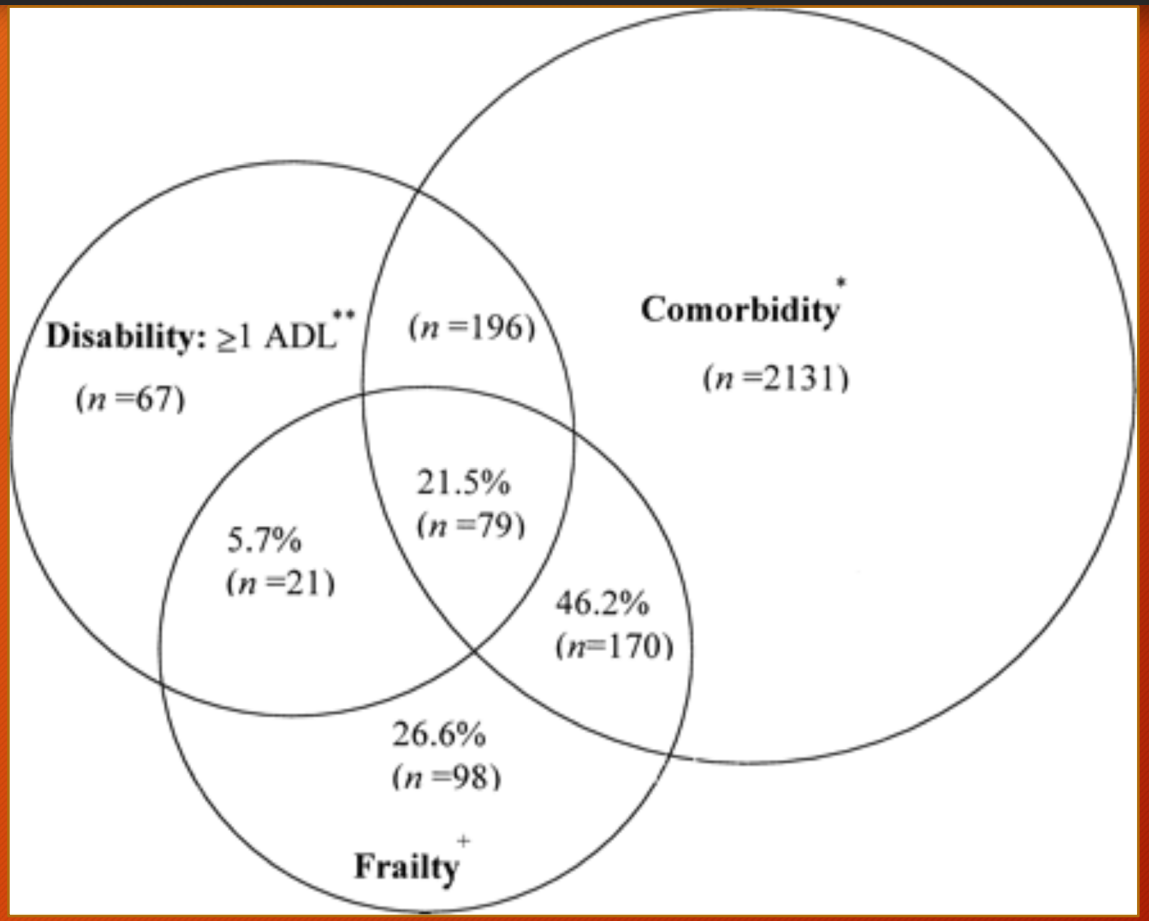
Fragilità



- «Condizione caratterizzata da una riduzione della riserva funzionale con incremento della vulnerabilità età dipendente» *(Fried LP, 2001)*

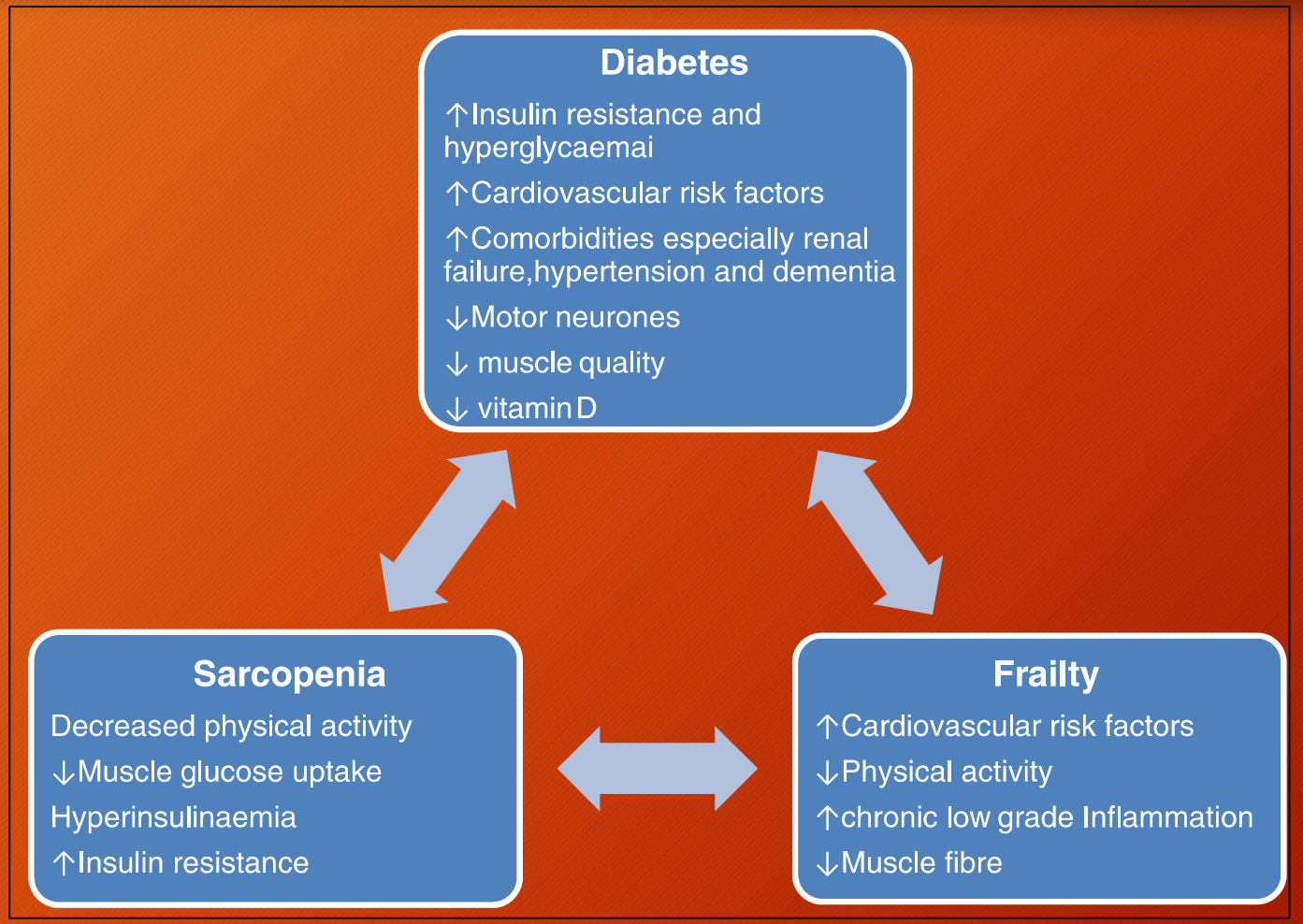
- *Eventi acuti che in pazienti non fragili vengono facilmente gestiti, possono far precipitare il quadro clinico, più frequente ma non esclusiva dell' età geriatrica*

Fragilità, comorbilità, disabilità



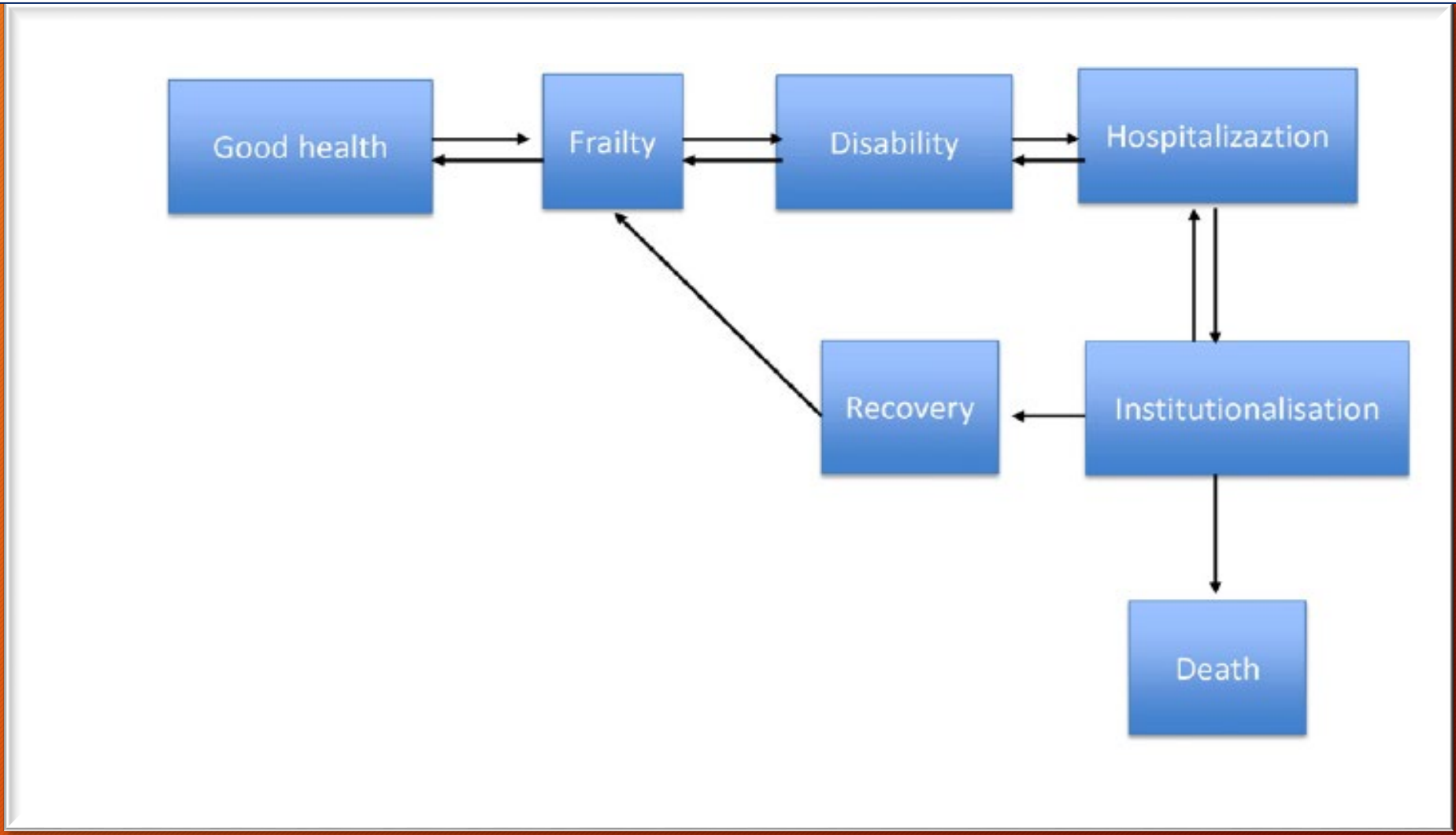
Fried LP, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci 2001

Fragilità e diabete



Sinclair A.J. 2017

Frailty within the trajectory from health to death.



Cornell SS., 2017

Scale di valutazione della Fragilità

Modello Fenotipico

(Fried LP, 2001)

Diagnosi se presenti almeno tre delle seguenti caratteristiche:

1. *Perdita di peso non intenzionale (4,5kg in un anno)*
2. *Astenia e facile affaticabilità*
3. *Ridotta attività fisica*
4. *Lenta velocità del cammino in un percorso di 4,5 m*
5. *Ridotta forza muscolare nella mano*

Modello da accumulo di deficit

(Rockwood K 2007)

Misurazione del «Frailty Index»

Somma di scale che possono contenere 70 items che esplorano vari aspetti della salute

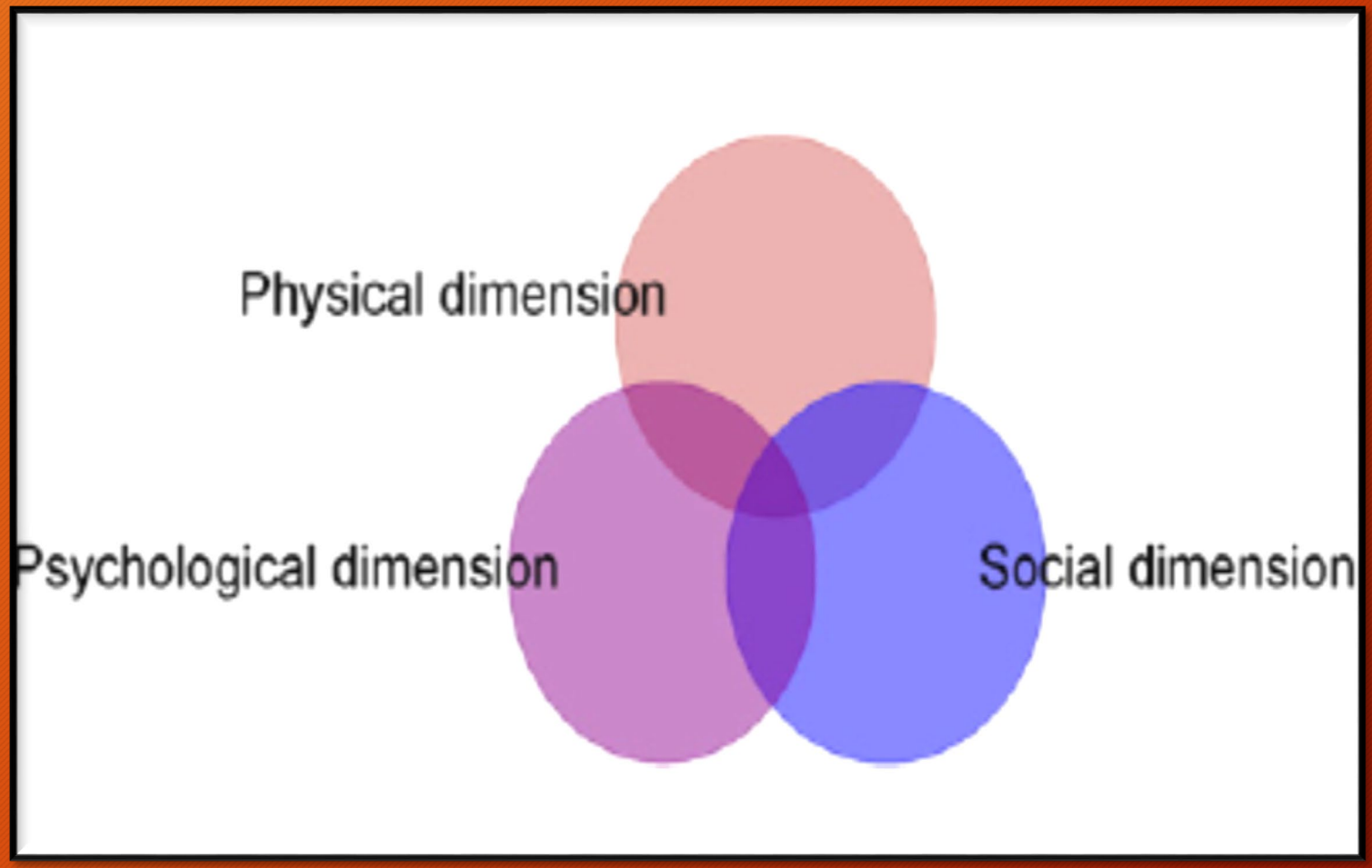
VMD

(Valutazione Multidimensionale)

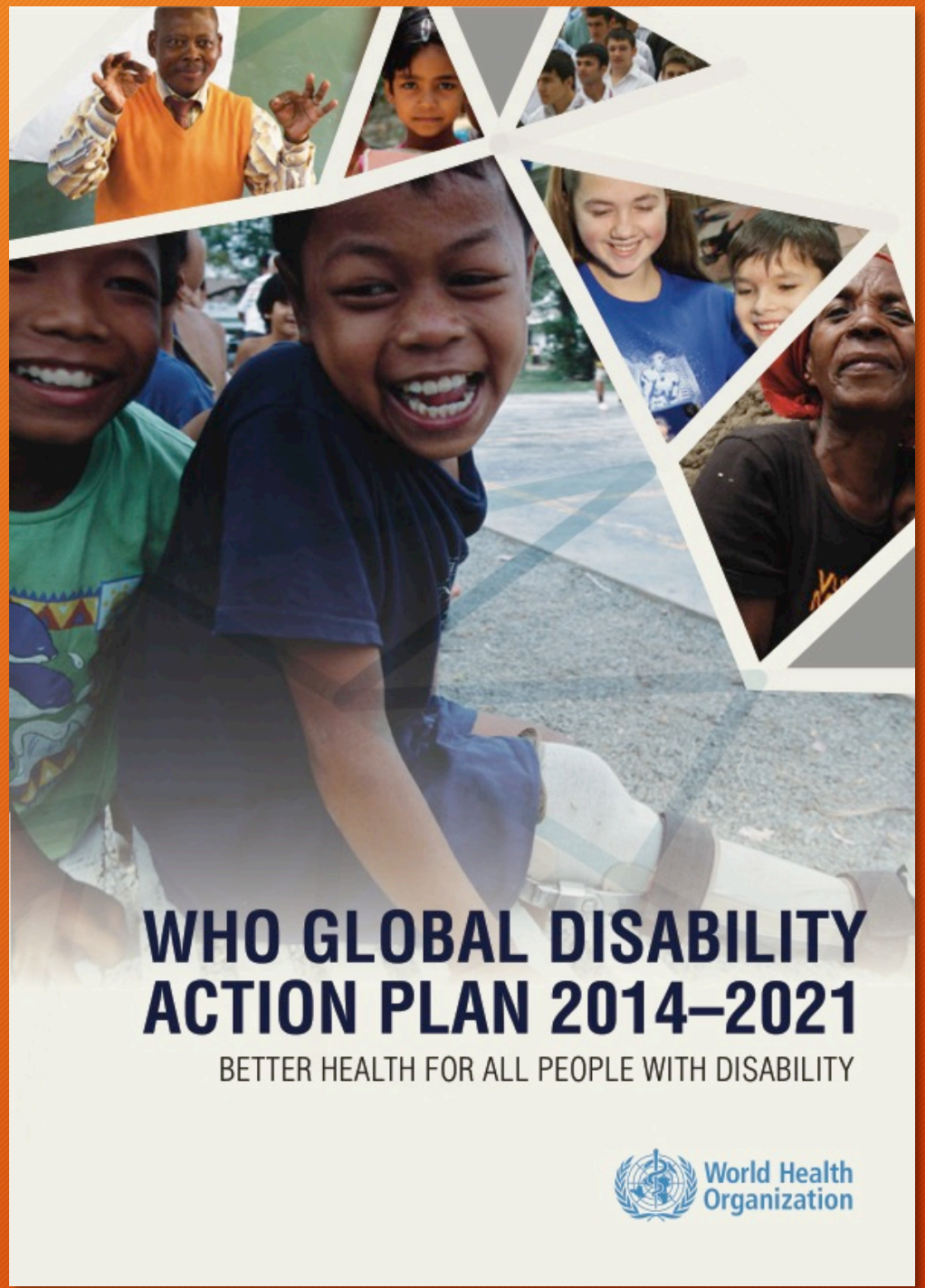
Fragilità come condizione integrata multidimensionale in cui multipli domini interagiscono tra loro:

- *Biologico*
- *Funzionale*
- *Psicologico*
- *Sociale*
- *Vengono utilizzate diverse scale di valutazione che esplorano i diversi campi*

Le tre dimensioni della fragilità



Cornell S.S., 2017



Disabilità

Disabilità (WHO, 1980):qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) nella capacità di compiere un'attività nel modo e nell'ampiezza considerati normali per un essere umano

Handicap (WHO, 1980): condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o disabilità…

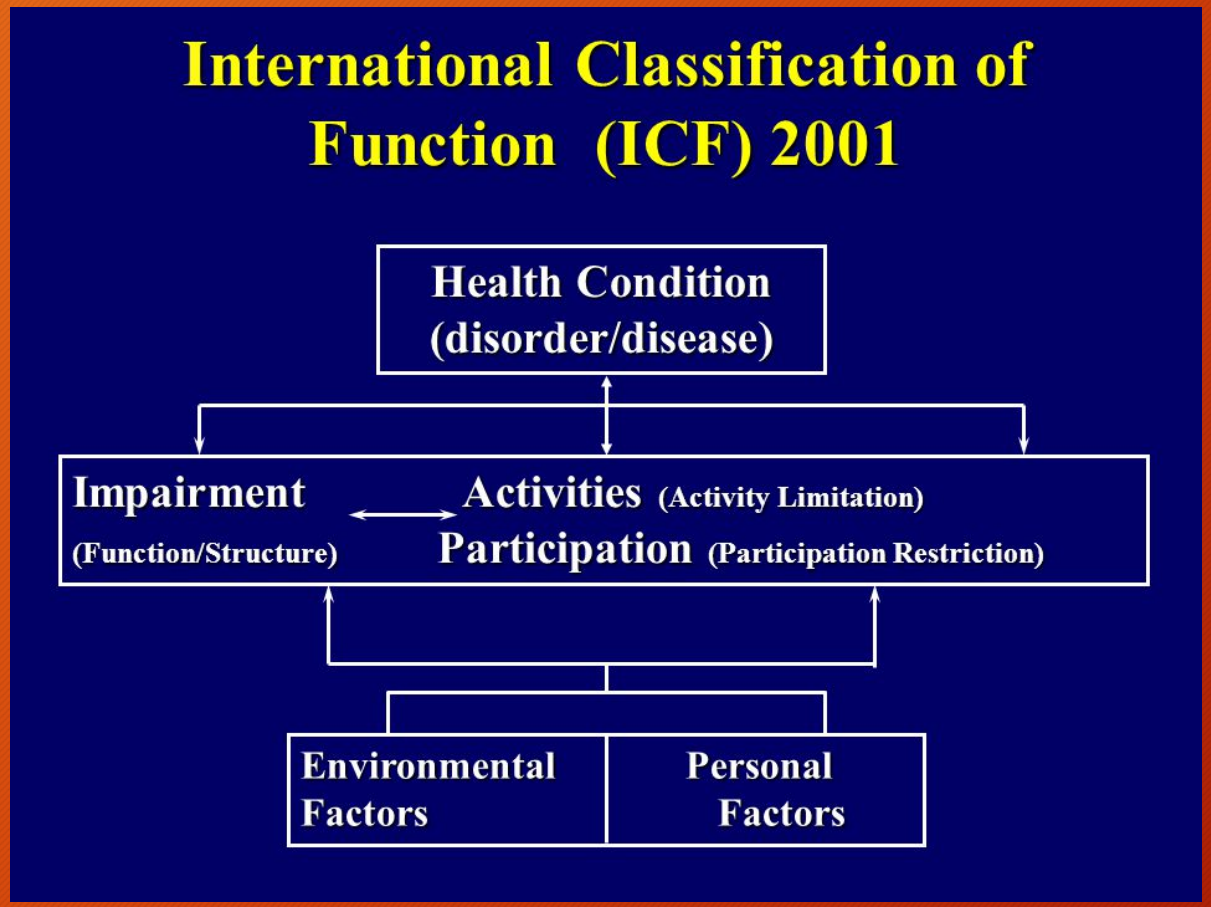
International *Classification of Functioning, Disability and Health* **ICF**, Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute , è un sistema di classificazione della disabilità sviluppato dall' OMS nel 2001



ICF

Schema delle Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute





Bourdel- Marchasson I and al, Diabetes and Metabolism 2007

Scale di valutazione della Disabilità

- ADL: Activities of Daily Living: valutazione delle attività quotidiane rivolte alla cura personale (es. vestirsi, lavarsi, alimentarsi etc..)

- IADL: Instrumental Activities of Daily Living: attività familiari e sociali (es. usare il telefono, preparare i pasti, fare la spesa, spostarsi fuori casa, gestire il denaro etc..)

Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis

Evelyn Wong, Kathryn Backholer, Emma Gearon, Jessica Harding, Rosanne Freak-Poli, Christopher Stevenson, Anna Peeters

Lancet Diabetes Endocrinol
2013; 1:106–14

Motilità

ADL

Il diabete aumenta il rischio di disabilità nell'adulto

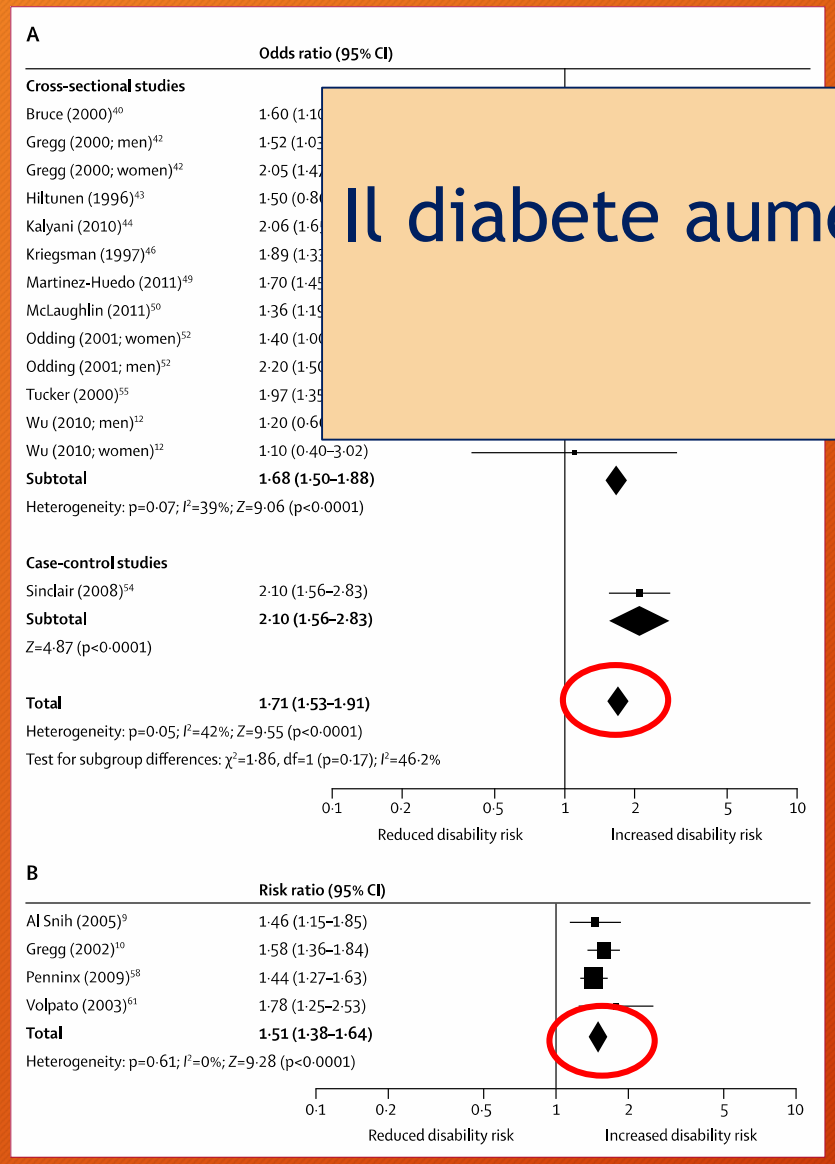
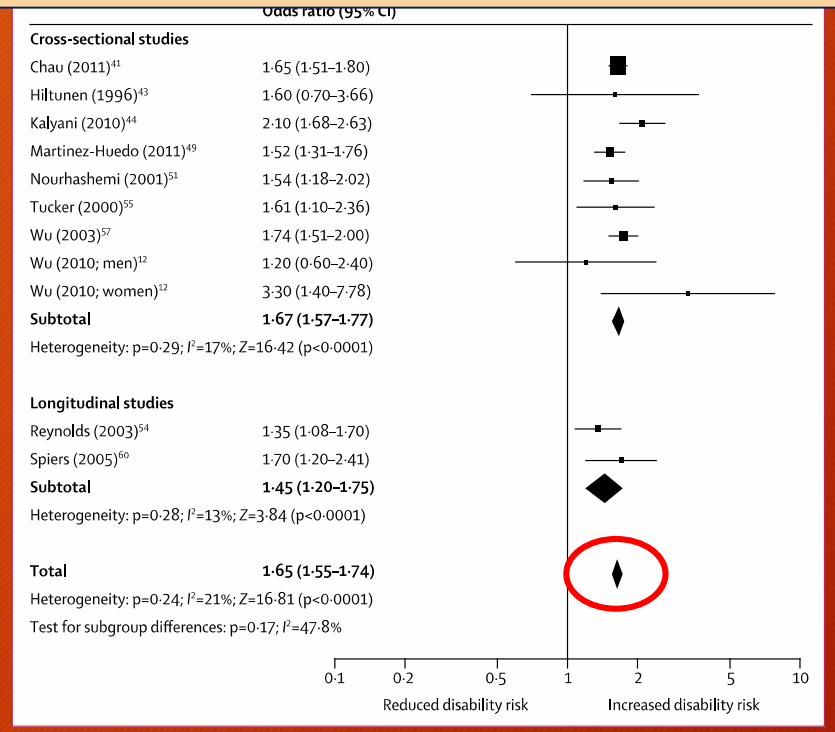
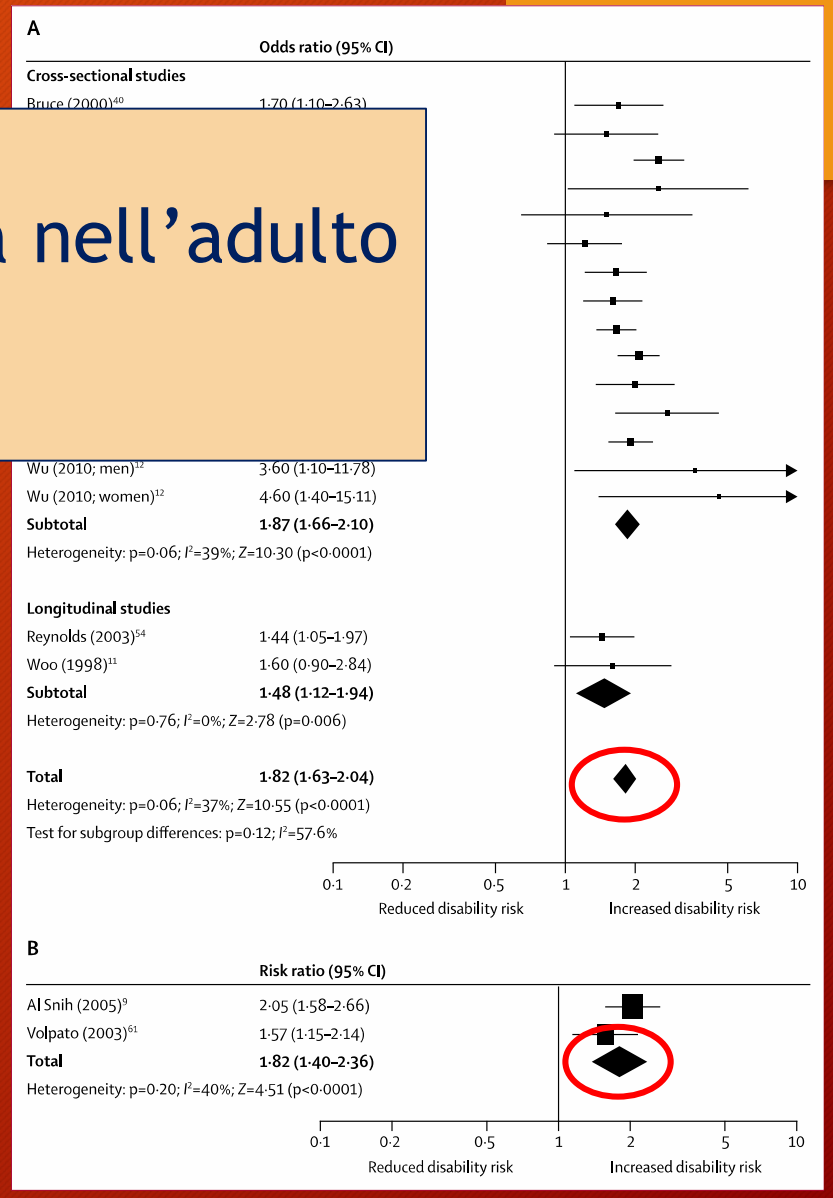


Figure 2: Association between diabetes and mobility disability





Disabilità e Diabete

Comorbilità

- Malattie neurologiche: SLA , SM
- Artrite reumatoide
- Demenze
- Gravi sindromi psichiatriche
- Malattie oncologiche
- Insufficienza respiratoria
- Obesità

Complicanze

- Ipovisione e cecità
- Insufficienza renale terminale
- Malattia cerebrovascolare
- Insufficienza cardiaca
- Amputazioni
- Grave neuropatia

Disabilità e gestione della malattia diabetica da parte del paziente

- Difficoltà a gestire il proprio diabete: SMBG, terapia insulinica
- Difficoltà a gestire l'ipoglicemia
- Cura della propria alimentazione
- Attività fisica
- Prevenzione delle lesioni del piede

Disabilità e gestione della malattia diabetica da parte del diabetologo: peculiarità

- Scarsa letteratura scientifica sulle gravi disabilità e diabete
- Relazione quasi esclusiva con il *care giver*
- Scelte terapeutiche non tradizionali

Storia di Salvatore
scelta terapeutica atipica





- Età: 38 anni
- Diabete tipo 1 dall'età di due anni
- Diagnosi di sclerosi multipla all’età di 27 anni
- Condizioni generali attuali:allettamento, non parla , non cammina, è nutrito tramite PEG, da sei mesi allettato, 2018 due ricoveri per broncopolmonite
- Trattamento insulinico con microinfusore
- E' accudito dalla madre

Storia di Andrea



- Anni: 51
- Ha una SLA
- Seguito prima in un’altra regione con terapia orale
- Attualmente nutrito anche con PEG
- Care giver la moglie che tiene contatti con i sanitari
- Terapia insulinica ad alte dosi
- Aspetti nutrizionali (6-7 gelati al giorno)

Ruolo e approccio del Diabetologo

Lunga aspettativa di vita	Breve aspettativa di vita
Qualità della vita vs impegno per prevenzione complicanze	Qualità della vita e dignità della persona
Ricerca del miglior compenso possibile	Ricerca del compenso più conveniente
Curare per il futuro	Accompagnare per l'oggi
Relazione con il paziente	Relazione con il paziente e care giver
Aspetti psicosociali	Aspetti psicosociali

Il malato oncologico e diabete: tra disabilità e cure palliative

- Diabete tipo 2 e maggior rischio di sviluppare alcune patologie oncologiche
- 8-18 % dei pazienti oncologici hanno anche il diabete *(Habib SL 2013)*
- Diabete fattore prognostico sfavorevole
- Frequente terapia steroidea: insorgenza di diabete steroideo e peggioramento del diabete presistente



La terapia steroidea nei tumori e nelle cure palliative

Terapia antitumorale e sintomatica	Effetti sul metabolismo glucidico
Linfomi non Hodgkin	Insulinoresistenza
Leucemie linfatiche acute e croniche	Riduzione secrezione insulinica dalle beta cellule
Controllo reazioni allergiche nei trattamenti chemioterapici	Riduzione effetti insulinotropici GLP1
Antiedema (metastasi SNC)	
Controllo nausea, vomito, dolore, anoressia, astenia	
Controllo della dispnea	

Diabete steroideo: aspetti gestionali e terapeutici

- Non linee guida internazionali sul controllo della iperglicemia da steroidi
- Iperglicemia postprandiale, minore incremento a digiuno
- Trattamenti steroidei on-off
- Alimentazione irregolare

- Terapia orale?
- Analoghi ai pasti
- Insulina lenta al mattino
- Schema insulinico basal plus

Storia di Lucetta

- Anni: 76,diabete di tipo 2 da 20 anni in terapia dietetica
- 2018, peggioramento del compenso con dispepsia e “intolleranza a tutti i farmaci” poi diagnosi di ca del pancreas con metastasi epatiche, polmonari e surrenali
- Inizio terapia insulinica, indicazioni alimentari più ampie
- Inizio della chemioterapia a scopo palliative e della terapia steroidea per 4 giorni alla settimana, con intensificazione della terapia insulinuca
- Contatti sopratutto con il care giver (la figlia)



Cure palliative



Cure palliative: definizione

- Cure tese al miglioramento della qualità di vita di quei pazienti e dei loro familiari che affrontano una malattia a prognosi infausta non più passibile di trattamenti specifici e che ne mette a rischio la sopravvivenza
- Costituiscono l'insieme degli interventi diagnostici, assistenziali e terapeutici rivolti non solo alla persona malata, ma anche al suo nucleo familiare, nell'ottica di una presa in carico attiva e globale dei pazienti *(WHO 1990; Presidenza del Consiglio dei Ministri 2003; Legge n. 38, 15 marzo 2010)*.

Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2018

Cure palliative

- Per malato si intende la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa

Legge 38/2010

Cure palliative e diabete: qual è il contesto nel quale ci dobbiamo inserire?

- Ospedale: Geriatria, Neurologia, Medicina interna
- Oncologia
- Rete Locale di Cure Palliative: Hospice, UCP (Unità di Cure Palliative Domiciliari), Strutture Residenziali, domicilio del paziente

Hospice

- «Ho cercato di trasformare le cure amorevoli e premurose in cure amorevoli ed efficaci»
- «Sono stata infermiera e medico, ma la cosa più difficile di tutte è imparare a essere una paziente»



Cecily Saunders (1918-2005)



L’Hospice








HOSPICE
Degenze
DIVIETO DI ACCES
ECCETTO PER RICOVERI
E DIMISSIONI DEGENTI



Cure palliative



- Conoscere la consapevolezza dello stadio di malattia del paziente e dei familiari
- Capire lo stato psicoemotivo del paziente, i bisogni emozionali, spirituali e i convincimenti personali
- Ascoltare i bisogni

Cure palliative e diabete: qual è il contesto nel quale ci dobbiamo inserire?

- **PAI (piano assistenziale individuale):**

- Valutazione multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale
- Obbiettivi terapeutico-assistenziali condivisi con il malato e la famiglia
- E' dinamico (si modifica con il tempo)
- La presa in carico è globale ed estesa all'intero percorso

Cure palliative e diabete: qual è il contesto nel quale ci dobbiamo inserire?

- **Continuità delle Cure Ospedale-Territorio:**

✓ Continuità dell'informazione: comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono al setting assistenziale del percorso di cura. Non solo di tipo clinico ma anche sulle preferenze, caratteristiche personali e di contesto del malato

✓ Continuità gestionale: azione coordinata di professionisti/servizi secondo i piani di cura

✓ Continuità relazionale: relazione continua del malato con i professionisti che forniscono assistenza in modo organico coerente e attento allo sviluppo del percorso del trattamento in senso prospettico

Da *Cure palliative precoci e simultanee* AIOM-SICP, 2015

Cure palliative e assistenza diabetologica

- Privilegiare la miglior qualità della vita residua e valorizzare la dignità della persona
- Limitare i disagi: evitare iperglicemia severa e l'ipoglicemia
- Evitare le restrizioni dietetiche e semplificare la terapia, ciò non significa standard assistenziale inferiore ma approccio più appropriato

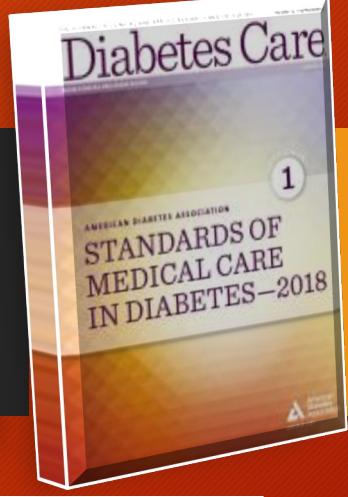
Presa in carico di tipo palliativistico del paziente diabetico: *Criterio Prognostico*

Obiettivi della glicemia e HbA1c

PROGNOSI	RANGE GLICEMICO
Di anni o mesi	120- 270 mg/ dl
Pochi mesi o settimane	180-360 mg/dl
Giorni	Intervenire se > 360 mg/dl
< di 5 anni	HbA1c: 8-9 %

Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2018

Presa in carico di tipo palliativistico del paziente diabetico: Management generale



Paziente stabile	Proseguire con la consueta terapia (ruolo minore di HbA1c)
Paziente con insufficienza d'organo	Prevenire ipoglicemia e disidratazione. DM2 rivalutare terapia, DM1 titolare insulina
Paziente morente	DM2 sospendere la terapia se il pz non si alimenta. DM1proseguire con basse dosi di insulina basale

Presa in carico di tipo palliativistico del paziente diabetico: Terapia e SMBG



TERAPIA	SMBG
Preferire un'insulina basale	Ridurre i controlli glicemici (solo indispensabili)
Insulina basale + Ipoglicemizzanti orali	Prevenire ipoglicemia e iperglicemia severa
Insulina basale + insulina rapida se necessario	Sorvegliare l'apporto alimentare

Cure palliative

Attualità

- Linee guida ed evidenze limitate, per lo più in ambito oncologico
- Expert opinion
- Standard Italiani 2018 e Linee Guida internazionali (ADA)

Nuovi sviluppi

- Linee Guida anche per pluripatologia cronica avanzata
- Modelli integrati di Cure Palliative
- Presa in carico più precoce in associazione alle cure standard (*simultaneous care*)
- Intraprendere percorsi formativi per conoscere meglio il vissuto dei pazienti dei familiari (Medicina Narrativa)

Oltre la fragilità: il paziente diabetico tra disabilità e cure palliative - Considerazioni finali

- Acquisire consapevolezza che i contesti di fragilità, comorbilità, disabilità, cure palliative divengono sempre più frequenti nell' attività diabetologica quotidiana
- Essere disponibili ad un approccio e una mentalità diversa rispetto all'assistenza usuale
- Capire che l'attenzione a questi pazienti è specifica per ciascuno ed è in evoluzione, va inquadrata nel contesto non solo clinico ma psicosociale e familiare
- Essere consapevoli che è cruciale la collaborazione con gli altri operatori della salute













Grazie