

Percorso educativo e di counseling del paziente anziano diabetico

Punto 1

1a. Anziano

Per convenzione si definisce anziana la persona di età ≥ 65 anni

Anziano ovvero persona che è avanti con gli anni, dal latino *antianu(m)*, derivazione di *ante* 'prima'.

Per convenzione si definisce anziana la persona di età ≥ 65 anni, ma l'età biologica deve essere valutata anche in funzione dello stato di salute.

L'invecchiamento è un processo individuale e condizionato da fattori genetici, ambientali, dietetici e sociali.

La geriatria non è univoca circa il concetto di anzianità, infatti potrebbe essere considerato anziano chi, al momento della definizione, si suppone possa vivere 10 anni per il raggiungimento dell'età dell'aspettativa di vita, oppure "anziano", chi si trova nella fascia d'età compresa tra i 65 ai 75 anni e "vecchio" oltre i 75 anni.

Secondo una scuola di pensiero sociologico la vecchiaia è una "invenzione sociale".

L'ISTAT supera il dato anagrafico e definisce una persona anziana sulla base di indicatori demografici e cioè:

- Anziani "giovani": individui per i quali l'età è solo un fatto anagrafico.
- Anziani "attivi" individui con disturbi ma attivi nella vita sociale.
- Anziani "ritirati" individui che si considerano "vecchi" e si autoescludono dal contesto sociale.
- Anziani "emarginati" individui isolati dal contesto sociale e familiare e spesso disabili e con limitate disponibilità economiche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come anziani "attivi" coloro i quali nel progressivo invecchiamento mantengono capacità funzionale di condurre una vita autonoma e senza disabilità.

Non è possibile fare prevenzione nei confronti dell'invecchiamento, ma il decadimento funzionale è suscettibile di rallentamento se si interviene sui fattori di rischio modificabili e se si svolge operazione di prevenzione primaria nei confronti delle principali malattie cronico-degenerative.

La vecchiaia attiva è la risultante di una realtà multifattoriale.

Determinanti della vecchiaia attiva

Fattori individuali

- *biologia e genetica*: il fenotipo anziano dipenderebbe per circa il 25% da fattori genetici, percentuale che risulta maggiore nei figli di genitori longevi, una volta superati i 70 anni.
- *adattabilità*: anche indipendentemente dal proprio stato di salute e di autonomia, la

conservazione di relazioni sociali viene considerata dall'anziano fondamentale per la propria qualità di vita.

Stili di vita

- **alimentazione:** la dieta di tipo mediterraneo assieme all'attività fisica, un moderato consumo di alcool e l'astensione dal fumo sono elementi che consentono di vedere aumentare significativamente l'aspettativa di vita.

Nell'anziano il rischio di mortalità legato al peso corporeo è diverso da quello dell'adulto.

Il sottopeso (IMC $<18 \text{ kg/m}^2$) esprime un rischio significativo

Il sovrappeso non è fattore di rischio per le persone anziane, così come viene considerato per tutte le altre fasce d'età.

L'aumento di peso dell'anziano tende ad arrestarsi più o meno intorno ai 75 anni, fascia d'età in cui il 60% dei soggetti supera l'IMC di 25 kg/m^2 .

Tra i 75 e gli 84 anni la percentuale passa al 53% e scende ulteriormente al 42% tra gli ultra 85enni.

Dopo i 70 anni, l'obesità cessa di essere un fattore di rischio per la mortalità.

Recentemente, sul *Journal of Nutrition* è stato pubblicato l'adattamento per gli anziani della piramide alimentare diffusa dalla USDA (*United States Department of Agriculture*) e in Italia questo adattamento è stato ulteriormente modificato per inserirlo nella realtà della nostra dieta mediterranea (allegato 1)

- **attività fisica:** è oramai dimostrato che l'attività fisica è un mezzo efficace per ridurre gli eventi cardiovascolari, la disabilità, e la mortalità in soggetti di età fra i 50 e i 70 anni.

Il Medico di Medicina Generale, che deve conoscere i principi della prescrizione dell'attività fisica, è colui il quale meglio può stimolare la persona anziana a mantenere costante un'attività fisica che, se pur modesta, è in grado di allungare la sopravvivenza anche dei soggetti fragili.

Il training fisico è efficace anche negli ultraottantacinquenni.

l'attività fisica è la più efficace prescrizione che il medico può fare per il conseguimento di una vecchiaia attiva.

- **fumo:** l'abitudine tabagica determina una diminuzione dell'aspettativa di vita per i soggetti anziani e un aumento del rischio di malattie cardiovascolari e dei disturbi cerebrali compresa la malattia di Alzheimer.

Con la progressione dell'invecchiamento la prevalenza dei fumatori si riduce.

- **abuso di alcolici:** è consentito un moderato uso di bevande alcoliche, mentre un maggiore consumo di alcool aumenta il rischio di morbilità e di mortalità.

Fattori ambientali

- **vita in città o campagna:** l'ambiente condiziona la salute dell'anziano.

L'habitat cittadino favorisce le malattie cardiovascolari e quelle cronicodegenerative, così come la possibilità di isolamento sociale che per l'anziano significa depressione e deterioramento cognitivo.

L'habitat rurale è in linea di massima climaticamente più adatto all'anziano, il quale è anche meno a rischio di isolamento sociale, mentre ha minore disponibilità di servizi assistenziali.

- **tipo di abitazione:** per la vita dell'anziano sono condizionanti molti parametri della casa quali ad esempio: il numero dei gradini delle scale, la presenza o meno di

ascensore, di riscaldamento, di acqua corrente, di servizi igienici e, se presenti, con vasca da bagno o doccia, ecc...

- *prevenzione degli infortuni*: la casa è il luogo in cui avvengono il maggior numero di incidenti a cui è soggetto l'anziano.

Le cause più frequenti di tali incidenti sono state individuate nei disturbi visivi, nelle patologie croniche, come artrite e diabete, e nei disturbi cognitivi.

Fattori economici

- *lavoro*: l'attività lavorativa, quando non è usurante, è elemento di benessere psico-fisico e incide positivamente sulla morbilità e mortalità.

Una ricerca svolta nel Regno Unito dimostra che le persone andate in pensione a 55 anni hanno un rischio di mortalità superiore rispetto a quelle ritiratesi dall'attività a 65 anni.

- *reddito*: Il paradigma di Virchow, afferma che qualunque causa in grado di modificare la condizione socioeconomica influisce sullo stato di salute di una popolazione o di classi di questa.

L'anziano, svantaggiato per ridotte risorse economiche, ha un rischio di morbilità e mortalità superiore a quella della restante popolazione.

L'ONU propone ai governi e agli altri organi istituzionali le seguenti raccomandazioni:

- includere gli anziani in iniziative volte a ridurre la povertà in modo da salvaguardarne i diritti;
- reinserire gli anziani nel mondo del lavoro in base alle loro preferenze e capacità;
- incentivare riforme del sistema pensionistico in grado di consentire opzioni più flessibili della messa a riposo e anche capaci di incoraggiare la produttività degli anziani al di là del pensionamento.

- *previdenza sociale*

Fattori sociali

- *educazione*
- *supporto sociale*
- *prevenzione della violenza e degli abusi*

Lo stato di salute dell'anziano è positivamente condizionato dall'integrazione che egli ha nel contesto sociale dopo può svolgere attività utili, tra l'altro, a creare un senso di appartenenza al gruppo e di identità individuale.

Comportamenti salutari, quali lo svolgere attività fisica, il moderare il consumo di alcool, il cessare l'abitudine tabagica, il partecipare a screening per la prevenzione o la diagnosi precoce proposti dal SSN, ecc... sono favoriti dall'appartenenza a una rete sociale.

L'isolamento, comportamenti asociali e alterazioni del proprio status individuale portano allo scompimento sociale e a riduzione dell'aspettativa di vita.

Esempi di fattori negativi per la salute dell'anziano possono essere la vedovanza, il cambiamento del tipo di ambiente familiare (vivere con il coniuge o con un'altra persona o da soli), la comparsa di malattie importanti, perdita di indipendenza fisica o economica, ecc..

Servizi sociosanitari



- *promozione della salute*: l'OMS definisce la promozione della salute come quella serie di strategie aventi come obiettivo principale il controllo e il miglioramento della salute della popolazione.

Le strategie di promozione della salute dell'anziano devono prevedere la prevenzione delle principali patologie e sindromi geriatriche, tenendo anche presente che i rapporti tra situazione sociale ed economica sono molto stretti e tra loro interdipendenti.

- *prevenzione delle malattie*: la medicina preventiva per la persona anziana è sostanzialmente diversa da quella per la persona giovane o adulta, infatti le tecniche di prevenzione di una singola malattia non possono essere applicate nell'anziano per la concomitanza di più patologie.

Se si prendono in considerazione sindromi geriatriche quali, per esempio, cadute, fratture e osteoporosi, si vede che queste necessitano di specifiche strategie di prevenzione.

I fattori predisponenti alle cadute, essendo non soltanto strettamente d'interesse medico, vanno valutati con un approccio multidimensionale, che da solo permette la riduzione del 30% a 1 anno del rischio di cadute.

L'osteoporosi, incidendo per il 23% nella popolazione femminile di oltre 40 anni e per il 14% in quella maschile con più di 60 anni, è un importante fattore di rischio per le fratture che tanto costano in termini di disabilità e mortalità per l'anziano.

Lo screening sistematico e il trattamento dell'osteoporosi sono in grado di ridurre l'incidenza di fratture anche nelle fasce di età più avanzata e di conseguenza di ridurre sensibilmente la spesa sanitaria.

- *assistenza continuativa*: per la popolazione anziana è necessaria un'assistenza che veda coordinati servizi sanitari e sociali in quanto il bisogno assistenziale può andare da una semplice richiesta di supporto, se in buona salute, fino all'istituzionalizzazione dopo una patologia acuta o la comparsa di una sindrome geriatrica.

L'assistenza dell'anziano attivo non presenta particolari difficoltà, mentre l'anziano non autosufficiente rappresenta un grosso problema di Sanità pubblica che va affrontato in termini che comprendano il rimodellamento della realtà ambientale, sociale e sanitario.

Fattori quali un assetto urbanistico sviluppatosi in maniera irrazionale, la presenza di innumerevoli barriere architettoniche, un affievolimento dell'educazione civica ecc.. sono tutti elementi che condizionano l'assistenza e la qualità stessa della vita dell'anziano non autosufficiente.

L'invecchiamento della popolazione costringe ad affrontare modifiche degli attuali modelli assistenziali con revisione dell'organizzazione di cura ospedaliera, di un'integrazione concreta delle varie realtà territoriali e delle varie figure professionali operanti in ambito sanitario.

- *medicina di base*: le aumentate capacità diagnostico-terapeutiche della moderna medicina hanno contribuito al progressivo invecchiamento della popolazione e con esso la diffusione di patologie cronico-degenerative la cui gestione è possibile attraverso modelli assistenziali che adottano il "chronic care model" e che vedono il MMG quale reale gestore del processo di cura in un contesto di percorsi condivisi tra Ospedale e Territorio.

Un attuale vulnus dell'assistenza per l'anziano è quello dell'assistenza domiciliare che può essere risolto con una effettiva Assistenza Domiciliare Integrata dove il MMG sia il responsabile della gestione, cooperando con le altre figure professionali,

necessarie all'assistenza dei pazienti non autosufficienti, rispettando la professionalità e la competenza di ciascuno.

1b.Diabetico

Persona affetta da malattia diabetica, diagnosticata con i seguenti parametri ematochimici:

in assenza dei sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale):

- glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl con dosaggio effettuato su plasma venoso da prelievo eseguito al mattino, alle ore 8 circa, dopo almeno 8 ore di digiuno

oppure

- glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di 75 g glucosio

oppure

$HbA_{1c} \geq 6,5\%$ - a condizione che il dosaggio dell' HbA_{1c} sia standardizzato, allineato a IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) e che si tenga conto dei fattori che possono interferire con il dosaggio della glicata.

Il riscontro di questi parametri deve essere confermato in almeno due diverse occasioni.

in presenza di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale):

- glicemia casuale ≥ 200 mg/dl, indipendentemente dall'assunzione di cibo.

Non necessario il riscontro in ulteriori occasioni

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina.

In Italia, secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi relativi al pool di Asl partecipanti nel 2007-2008, la prevalenza del diabete è pari al 5% e aumenta con il progredire dell'età. L'analisi per macroaree geografiche evidenzia un gradiente significativo fra Nord (4%), Centro (5%) e Sud/Isole (6%). (fonte EPICENTRO)

Il diabete mellito è una malattia cronica complessa che richiede assidui monitoraggi, controllo dei livelli glicemici e interventi sui fattori di rischio cardiovascolare, per prevenire le complicanze acute e croniche.

Nel soggetto anziano possiamo trovare, in ordine di frequenza:

- diabete di tipo 2, con carenza relativa di insulina, su una condizione di insulino-resistenza su base multifattoriale.
- diabete secondario, conseguente a patologie che alterano la secrezione e/o l'azione insulinica o dipendente dall'uso cronico di farmaci o dall'esposizione a sostanze chimiche.
- diabete di tipo 1 su base autoimmune o idiopatica, soprattutto nella variante LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adult).

Il diabete mellito ha assunto le caratteristiche di malattia sociale, con notevoli implicazioni di carattere economico.

Si ritiene che la prevalenza di diabete non diagnosticato sia compresa tra il 30 e il 50% e che la fase asintomatica della malattia sia di circa 7 anni per cui è giustificato porre in essere una strategia di medicina preventiva, cioè atta a ritardare la manifestazione patologica e a ridurre le complicanze invalidanti.

Per questo è necessario ricercare e tenere sotto controllo le persone che potrebbero presentare la malattia diabetica.

Tra i soggetti anziani vanno considerati ad alto rischio di diabete coloro i quali presentino :

- IFG* o IGT** o HbA_{1c} tra 6-6,49%
- BMI ≥ 27 kg/m² e/o una elevata circonferenza vita
- Evidenza clinica di Malattie cardiovascolari o ipertensione arteriosa accompagnate o meno da dislipidemia
- Evidenza clinica di ictus o TIA, alterazioni cognitive
- Infezioni ricorrenti
- Uso di farmaci diabetogeni (steroidi, fattori di crescita, etc)
- Familiarità per diabete mellito
- Appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio (asiatici, africani)

***IFG:** *impaired fasting glucose ovvero alterata glicemia a digiuno*

glicemia a digiuno tra 100 e 125 mg/dl

****IGT:** *impaired glucose tolerance ovvero ridotta tolleranza ai carboidrati*

glicemia 2 ore dopo carico orale di 75 g glucosio tra 140 e 199 mg/dl

Per i soggetti considerati a rischio di sviluppare diabete mellito, occorre mettere in atto strategie di prevenzione primaria, quali:

- evitare il sovrappeso e svolgere un'attività fisica regolare (20-30 minuti al giorno o 150 minuti alla settimana).
- ridurre l'apporto totale di grassi (<30% dell'apporto energetico giornaliero) e particolarmente degli acidi grassi saturi (<10% dell'apporto calorico giornaliero);
- aumentare l'apporto di fibre vegetali (≥ 15 g/1000 kcal).

Nei soggetti con obesità e ridotta tolleranza ai carboidrati, che non abbiano ottenuto un valido calo ponderale, modificando stile di vita, e/o non abbiano incrementato l'attività fisica, la terapia farmacologica può essere presa in considerazione, pur essendo meno efficace dell'intervento sullo stile di vita.

E' da tener presente che la diagnosi di diabete mellito nel paziente anziano può essere posta con ritardo anche per il quadro clinico di presentazione che è spesso insidioso per la atipia dei sintomi (manca la polidipsia per l'alterata percezione della sete) o per la complessità del quadro clinico legato alla presenza di patologie multiple.

Questo può portare a diagnosticare la malattia quando è già presente uno scompenso metabolico severo (sindrome iperosmolare).