

## Percorso educativo e di counseling del paziente anziano diabetico

### 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  $\geq 126$  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  $\geq 200$  mg/dl 2 ore dopo carico orale di 75 g glucosio

oppure

HbA<sub>1c</sub>  $\geq 6,5\%$  - a condizione che il dosaggio dell'HbA<sub>1c</sub> 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  $\geq 200$  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<sub>1c</sub> tra 6-6,49%
- BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> 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 ( $\geq 15$  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).