

Percorso educazionale e di counseling del paziente anziano diabetico

Punto 3

Anziano diabetico, neo diagnosticato, fragile

3a. Target metabolici

Nell'anziano fragile neodiagnosticato l'obiettivo metabolico è il controllo dei sintomi e la riduzione del rischio di complicanze acute.

In particolare si dovrebbe raggiungere un compenso glicemico soddisfacente al fine di evitare sia la letargia iperglicemica che il rischio di ipoglicemia, conservando il massimo livello di funzione cognitiva e fisica.

In pratica è appropriato un obiettivo glicemico non molto restrittivo, con valori di HbA_{1c} compresi tra 7,5 e 8,5% negli anziani con complicanze, affetti da demenza, con pluripatologie, eventualmente ospiti in una residenza sanitaria assistenziale (RSA) nei quali il rischio di ipoglicemia è alto e nei quali i rischi di un controllo glicemico intensivo supereranno i benefici attesi.

Livelli di glicemia a digiuno compresi tra 130 e 160 mg/dl sono un buon compromesso tra rischio di ipoglicemia e scompenso metabolico. (Linee guida Europee - Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito).

Il trattamento di una eventuale dislipidemia (all.10) va intrapreso dopo un primo intervento sul metabolismo glucidico e in base alla valutazione complessiva dello stato di salute del paziente.

Il trattamento antipertensivo (all.11) dovrebbe prevedere il raggiungimento di valori pressori <150/90 mmHg, e possibilmente valori 140/80 mmHg, se ben tollerati.

Va considerata anche la necessità di impostare una terapia antiaggregante (all.12).

3b. Counseling per l'aderenza a cambiamenti comportamentali

Nel processo del cambiamento dei comportamenti molte sono le variabili che danno vita nel paziente alla decisione di modificare un comportamento: la motivazione, il senso di *autoefficacia* nella sperimentazione delle nuove modalità di azione, l'importanza attribuita al cambiamento.

Nella consultazione con un medico, se il paziente è nella fase a esempio della *precontemplazione* (non sta prendendo in considerazione l'idea di modificare un comportamento disfunzionale per la salute) e, al contrario, la comunicazione del professionista è tutta orientata a comunicare al paziente le modalità per attuare il cambiamento, si genera un aumento della *reattanza* del paziente e delle sue resistenze.

Il paziente da una comunicazione di questo tipo deduce che le sue difficoltà non vengono prese in considerazione e nemmeno il suo punto di vista.

Nella fase della determinazione si possono iniziare a discutere obiettivi di cambiamento, per poi passare alla pianificazione delle azioni da compiere per raggiungere tali obiettivi, farlo prima vuol dire per il medico non essere ascoltato e compreso dal paziente.

Alcune tra le domande che una persona si pone quando pensa di modificare un comportamento di salute, sono le seguenti:

- Perché dovrei cambiare?
- Che beneficio ne trarrò?



- A quale costo? (In termini di energie, di lavoro e di sforzo individuale)
- Ce la farò?
- Come potrò riuscirci?
- Devo farlo adesso?
- Ci sono altre priorità?

Una serie di riflessioni che il medico può fare per analizzare il comportamento problematico di un paziente possono essere schematicamente riassunte in queste domande:

- Il paziente percepisce il comportamento come problema?
- Il comportamento gli "serve" per far fronte a qualche situazione?
- Il paziente percepisce il comportamento come legato alla sua salute?
- La sua salute costituisce la sua preoccupazione primaria, in generale, o in questo momento particolare?
- Il paziente avverte la necessità di cambiare?
- In che stato emotivo si trova il paziente?
- A cosa attribuisce la causa della difficoltà di intraprendere o modificare un certo comportamento?
- Il comportamento indesiderato è automatico?
- Il comportamento auspicato è considerato troppo difficile da raggiungere?
- Il paziente sente di non farcela a progettare e realizzare il cambiamento?
- Sente che non dipende da lui?

Per i pazienti affetti da diabete i cambiamenti auspicabili sono più di uno e capita che nell'ambito della visita vengono trattati tutti insieme, come un blocco unico senza rilevare le loro specificità e vengono stabiliti obiettivi generali e non specifici che possono riguardare un generico "miglioramento dello stile di vita".

E' importante che per ogni singolo comportamento sia stabilito un obiettivo che deve essere scomposto in piccole parti e va valutata insieme al paziente la sua *attuabilità*:

- Stabilire con il paziente un obiettivo di cambiamento specifico e concreto
- Pensare ad ogni singolo passaggio utile al raggiungimento dell'obiettivo
- Verificare che il paziente disponga di risorse e mezzi adeguati
- Verificare che l'obiettivo risponda a reali bisogni di cambiamento
- Prevedere i rischi di ricadute nel vecchio comportamento
- Discutere del possibile coinvolgimento di altre persone e delle possibili obiezioni mosse da terzi coinvolti
- Stimare i tempi di attuazione
- Fissare il raggiungimento dei singoli passi
- Pianificare la sequenza dei singoli passi
- Prevedere un calendario di svolgimento

Vai a "Manuale di tecniche di counseling" – Cap. 8

3c. Counseling per aderenza alla terapia farmacologica

La rilevazione dell'aderenza alla terapia farmacologica del paziente da parte del medico è basata, oltre che su dati clinici che il professionista può evincere da analisi, dal *self report* del suo assistito, quindi dal racconto che il malato fa.

Le tecniche di *counseling* costituiscono, anche in questo ambito, un valido aiuto per il



professionista per strutturare una comunicazione efficace con il paziente per indagare le possibili problematiche riscontrate nell'assumere la terapia.

Le domande chiuse e dirette, predominanti in genere nel colloquio tra medico e paziente sulla aderenza ai farmaci, possono generare il mancato accesso a informazioni importanti per l'analisi dell'aderenza stessa e per i dati dai quali partire per superare il problema e stabilire obiettivi di cambiamento.

Inoltre la struttura verbale delle domande chiuse può indurre nel paziente la percezione di essere giudicato dal sanitario rispetto a eventuali sue mancanze e incomprensioni, con ripercussioni sulla relazione e l'alleanza con il medico curante.

La domanda chiusa diretta che riguarda la terapia contiene in sé gli assunti che la terapia sia stata data precedentemente in modo chiaro, che il paziente l'abbia compresa e si dà per scontato che il malato sia disponibile a seguire le prescrizioni.

Le tecniche di *counseling* utili nel colloquio sull'aderenza ai farmaci sono *l'utilizzo delle domande aperte* (es. riportati nel *"Manuale di tecniche di counseling"* - Cap. 10) nella fase esplorativa dell'aderenza per poi passare a domande chiuse che richiedono informazioni specifiche, la *focalizzazione* su un aspetto specifico della terapia e la *categorizzazione* da parte del medico dell'argomento affrontato.

Es: "Ora parliamo della terapia", "I pazienti spesso trovano difficile prendere tutti i farmaci loro assegnati. A lei è capitato nell'ultima settimana di non aver assunto l'insulina a rilascio prolungato?"

Una simile formulazione della domanda veicola implicitamente il messaggio al paziente che un'eventuale sua non aderenza è un problema che molti pazienti riscontrano, il paziente non si sente inquisito, ha la percezione che il curante non lo giudicherà negativamente facendo seguire richiami sulla non adempienza.

Inoltre la domanda focalizza l'attenzione su un particolare tipo di farmaco e in un tempo preciso di assunzione.

In seguito si possono formulare domande dirette chiuse per rilevare informazioni quantitative.

Es.: "quante dosi di insulina non ha assunto nell'ultima settimana?".

Vai a *"Manuale di tecniche di counseling"* – Cap. 9

3d. Trattamento in base a intervalli di valore di HbA_{1c}

Il trattamento comune per ogni valore di HbA_{1c} è l'Intervento sullo Stile di Vita.

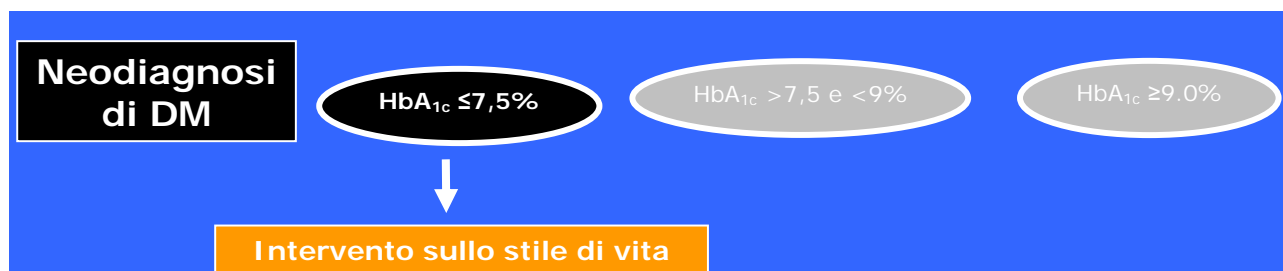
3d.a. Intervento sullo Stile di Vita

- Nei diabetici anziani dovrebbero essere valutati periodicamente l'apporto alimentare, lo stato nutrizionale e l'idratazione, fornendo indicazioni per una terapia nutrizionale adeguata allo stato socioeconomico e culturale, consigli sul contenuto della dieta e sui potenziali benefici derivanti da una riduzione del peso corporeo.
- Dovrà essere assicurato un piano nutrizionale e dietetico bilanciato al fine di prevenire uno stato malnutritivo (in eccesso e in difetto), condizione assai frequente nella persona anziana.
- Il diabetico anziano dovrebbe essere valutato periodicamente riguardo alla possibilità di eseguire attività fisica e informato sui benefici che ne possono derivare, si devono inoltre prendere in considerazione le risorse disponibili per incrementare il livello di attività praticata.



3d1. Se $HbA_{1c} \leq 7,5\%$:

Intervento sullo stile di vita.



3d2. Se $HbA_{1c} > 7,5$ e $< 9\%$:

- Intervento sullo stile di vita.
- In presenza di chetosi:
 - trattamento insulinico. (all. 14)
- In assenza di chetosi e presenza di controindicazioni all'uso di Metformina:
 - altro ipoglicemizzante orale. (all. 13)

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c} ,

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$

- eventuale associazione di ipoglicemizzanti orali da scegliere in relazione alle caratteristiche del paziente.

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c} ,

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$

- trattamento insulinico basale in associazione a ipoglicemizzanti orali o, in alternativa, trattamento insulinico basal-bolus con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- In assenza di chetosi ed assenza di controindicazioni all'uso di metformina:
 - metformina

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c} ,

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$

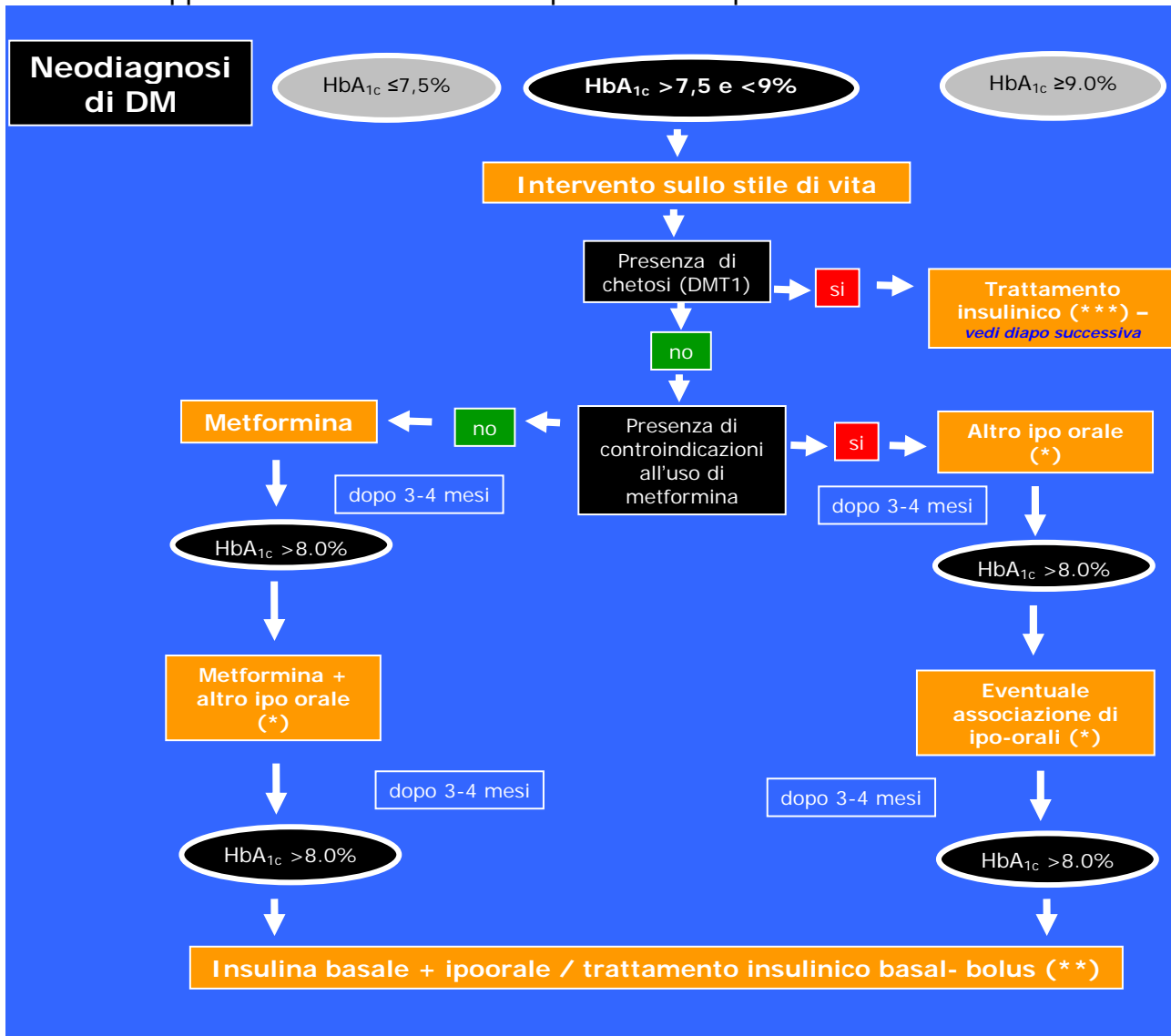
- associazione con altro ipoglicemizzante orale da scegliere in relazione alle caratteristiche del paziente.

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c} ,

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$



- trattamento insulinico basale in associazione a ipoglicemizzanti orali o, in alternativa, trattamento insulinico basal-bolus con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale.



3d3. Se HbA_{1c} ≥9%:

- Intervento sullo stile di vita.
- Trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se permane necessità di trattamento insulinico:
 - continuare con l'insulina.
- Se non permane la necessità di trattamento insulinico:
 - ipoglicemizzante orale. (all.13)

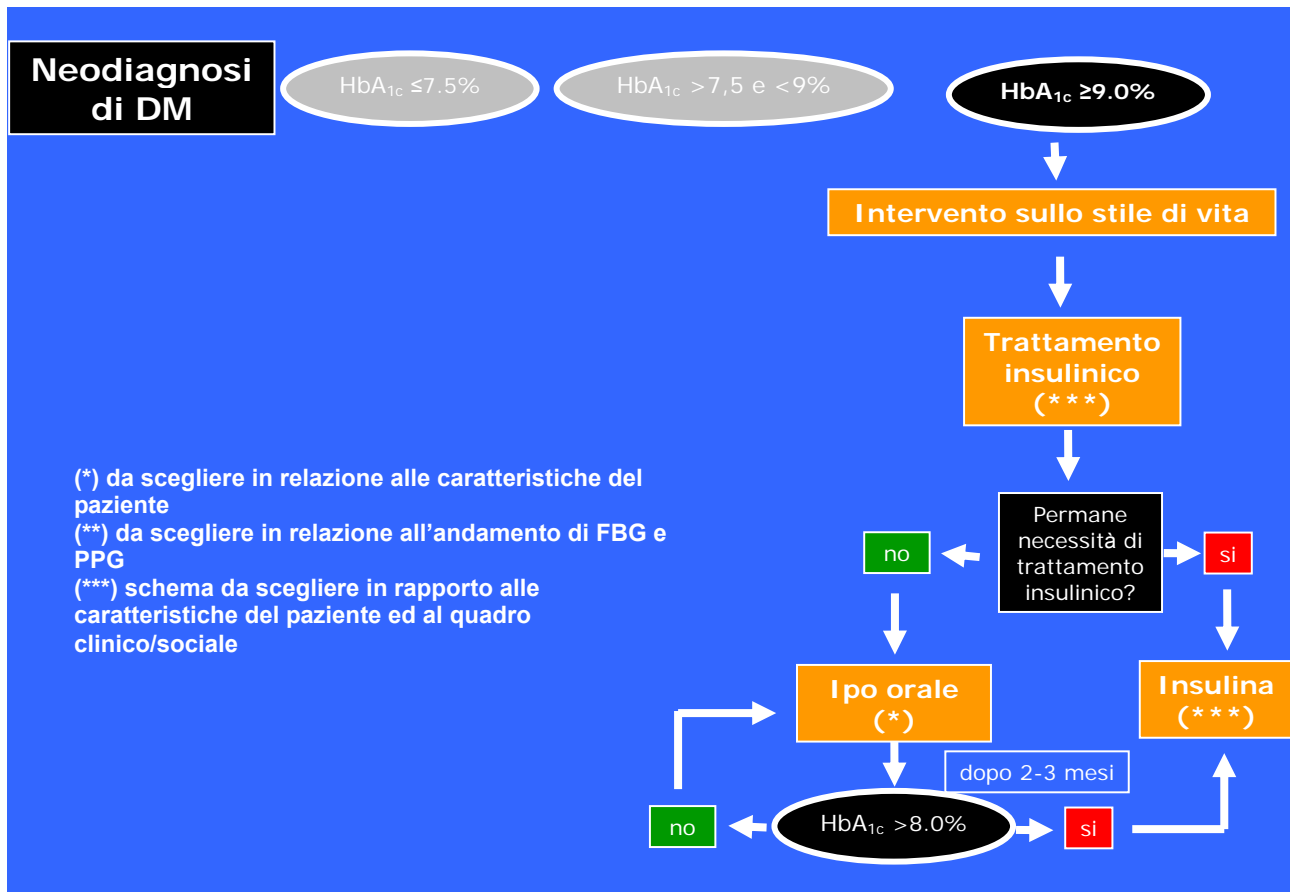
Dopo due-tre mesi: controllo di HbA_{1c},

Se $HbA_{1c} \leq 8,0\%$,

- ipoglicemizzante orale.

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$,

- trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale o, in alternativa, trattamento insulinico basale in associazione a ipoglicemizzanti orali



3e. Livelli minimi di gestione

Nell'anziano fragile neodiagnostico l'obiettivo di gestione è quello di controllare che non compaiano sintomi o segni di complicanze acute.

Riveste invece minor importanza la valutazione della progressione delle complicanze croniche o la loro prevenzione.

Al momento della diagnosi, e quindi alla prima visita, deve essere eseguita una valutazione del rischio cardiovascolare mediante una valutazione completa, come sopra indicato.

Si deve avere una valutazione multidimensionale del grado di dipendenza del paziente mediante l'utilizzo delle scale in grado di valutare le abilità nell'ambito della vita quotidiana (ADL, Activities of Daily Living) e nella vita di relazione (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) oltre che il grado di cognitivtà (MMSE, Mini-Mental State Examination).

Nei diabetici è aumentato il rischio di caduta di quasi tre volte e il rischio di riportare lesioni

conseguenti è raddoppiato.

E' importante valutare anche l'aspetto dell'ambiente domestico per ridurre al minimo i rischi e valutare la rete sociale di supporto alla persona diabetica anziana.

Questo tipo di valutazione multidimensionale e sociale va in seguito eseguita periodicamente anche al fine di ricercare disabilità o problemi potenzialmente reversibili mediante interventi appropriati.

Ove necessario deve essere prevista una gestione domiciliare del paziente con controlli semestrali da parte del medico curante e annuali da parte del diabetologo.

Se è mantenuto un'accettabile compenso glicemico, il controllo dell'HbA_{1c} può essere eseguito ogni 6 mesi, così come per il controllo pressorio.

Dato che i soggetti in età avanzata possono manifestare una scarsa tolleranza alla riduzione dei valori pressori, il trattamento antipertensivo dovrebbe essere instaurato e titolato gradualmente.

In diabetici anziani in terapia con ACE-inibitori o con sartani dovrebbero essere effettuati controlli della creatininemia con calcolo del filtrato glomerulare stimato e della potassiemia entro 1-2 settimane dall'inizio della terapia, a ogni incremento posologico e, comunque, almeno annualmente.

In diabetici anziani in terapia con tiazidici o diuretici dell'ansa dovrebbero essere effettuati controlli di sodiemia e potassiemia entro 1-2 settimane dall'inizio della terapia, a ogni incremento posologico e, comunque, almeno annualmente.

Il quadro lipidico può essere controllato annualmente se il paziente è in terapia farmacologica.

In diabetici anziani, trattati con metformina, il controllo del filtrato glomerulare stimato dovrebbe essere effettuato almeno una volta all'anno e in occasione di ogni incremento posologico.

Lo screening annuale del diabetico anziano dovrebbe prevedere la ricerca di sintomi di incontinenza.

Il diabetico anziano dovrebbe essere interrogato su eventuali episodi di cadute a terra e, in tal caso, ne andranno indagate le cause (per es. farmaci, fattori ambientali, ecc.).

