

Percorso educativo e di counseling del paziente anziano diabetico

Punto 4

Anziano diabetico, già diagnosticato, fragile

4a. Target metabolici

Negli anziani fragili l'obiettivo è il controllo dei sintomi e la riduzione del rischio di complicanze acute conservando il massimo livello di funzione cognitiva e fisica.

In particolare per il metabolismo glucidico l'obiettivo è limitare gli episodi di ipo e iperglicemie importanti, garantendo un massimo livello possibile di qualità di vita e di benessere ed evitando di sottoporre i pazienti a interventi medici e terapeutici non appropriati e superflui.

Dovrà essere fornito un supporto per consentire ai pazienti di gestire la propria condizione diabetica, ove ciò sia possibile e utile.

Pertanto 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 è appropriato un obiettivo glicemico non molto restrittivo, con valori di HbA_{1c} compresi tra 7,5 e 8,5%

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).

Nei diabetici anziani con dislipidemia è necessario correggere le anomalie del quadro lipidico, compatibilmente con una valutazione complessiva dello stato di salute del paziente.

I target raccomandati dalle Linee Guida non sono applicabili ai pazienti anziani fragili che presentano pluripatologie, demenza, o co-morbilità non cardio-vascolari con alto rischio di mortalità (es. neoplasie maligne che vanificano i benefici di un eventuale trattamento ipolipemizzante e aumentano i rischi di reazioni avverse).

Per il colesterolo LDL un target accettabile potrebbe essere 130 mg/dl.

In caso di ipertrigliceridemia si dovrà tener conto del grado di scompenso glicemico.

In questi pazienti il trattamento antipertensivo dovrebbe prevedere il raggiungimento di valori pressori <150/90 mmHg, e possibilmente valori 140/80 mmHg, se ben tollerati.

4b. Counseling per l'aderenza a cambiamenti comportamentali

- vedi punto 3b

4c. Counseling per aderenza alla terapia

- vedi punto 3c

4d. 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.

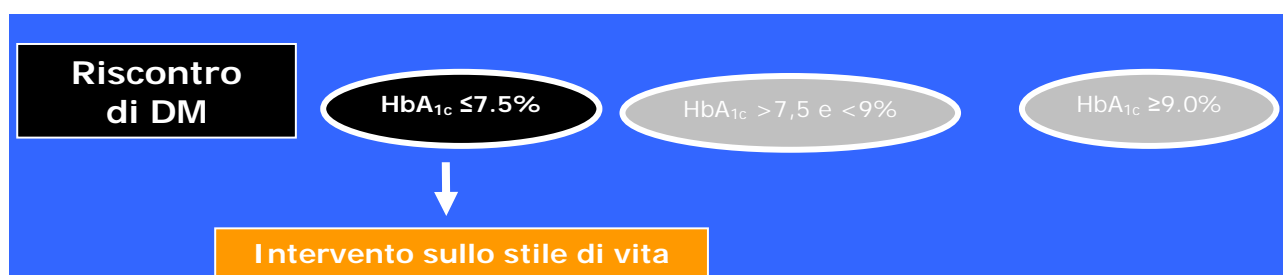
4d.a. Intervento sullo Stile di Vita



- 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.

4d1. Se $HbA_{1c} \leq 7,5\%$:

- Intervento sullo stile di vita.



4d2. Se $HbA_{1c} > 7,5$ e $< 9\%$:

- Intervento sullo stile di vita.
- Se presente Diabete Mellito Tipo 1:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presenti Diabete Mellito Tipo 2 e 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.

- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 e assenti controindicazioni all'uso di metformina:
 - Metformina.

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

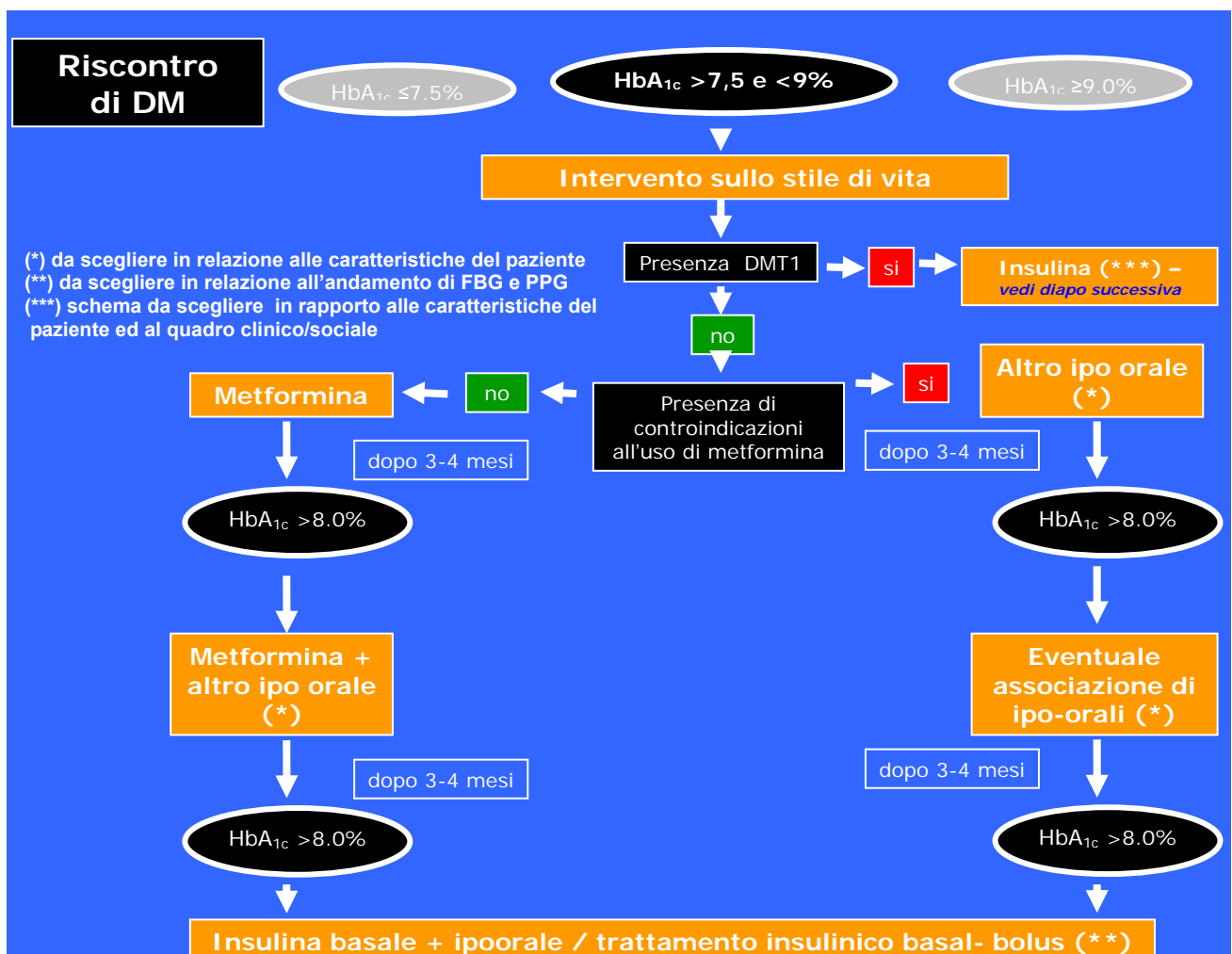
Se HbA_{1c} >8,0%,

- 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.



4d3. Se HbA_{1c} ≥9%:

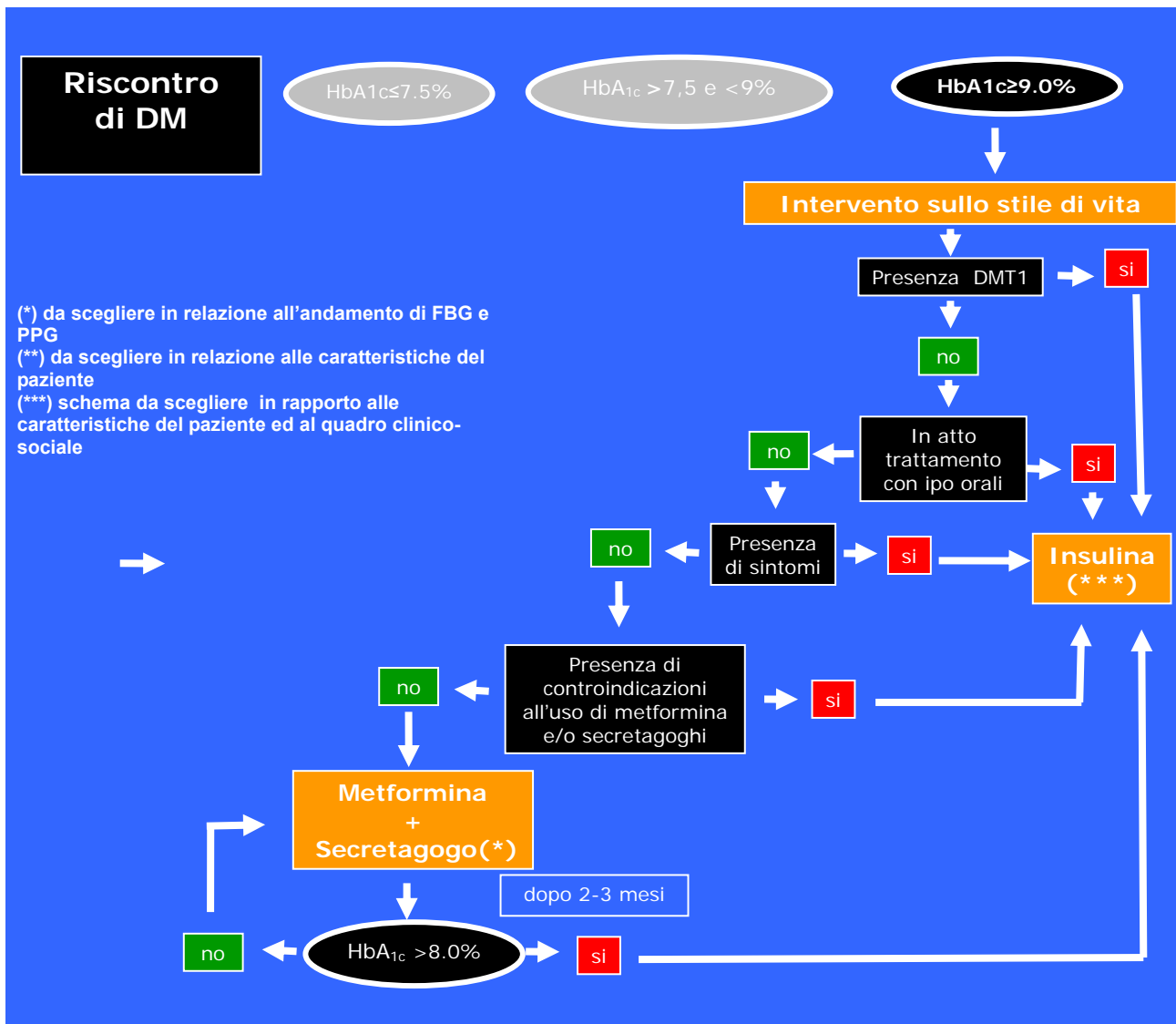
- Intervento sullo stile di vita

- Se presente Diabete Mellito Tipo 1:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 già in trattamento con ipoglicemizzanti orali:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 non in trattamento con ipoglicemizzanti orali con presenza di sintomi:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 non in trattamento con ipoglicemizzanti orali in assenza di sintomi e in presenza di controindicazioni all'uso di metformina e/o secretagoghi:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 non in trattamento con ipoglicemizzanti orali in assenza di sintomi e in assenza di controindicazioni all'uso di metformina e/o secretagoghi:
 - metformina e secretagogo

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

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



4e. Livelli minimi di gestione

Nei diabetici che divengono con il passare degli anni anziani fragili l'obiettivo di gestione diventa progressivamente quello di controllare che non compaiono sintomi o segni di complicanze acute.

Con il tempo riveste sempre minor importanza la valutazione della progressione delle complicanze croniche o la loro prevenzione.

In questo gruppo di pazienti l'integrazione tra Centro Diabetologo e Medico di Famiglia rappresenta un valore aggiunto: è auspicabile una condivisione diretta e veloce tra i professionisti delle informazioni cliniche.

Nel caso di pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI) o programmata (ADP) la consulenza specialistica domiciliare andrebbe integrata nel percorso di cura.

Nella quotidianità vanno tenute sempre più presenti alcune peculiarità tipiche dell'anziano che tuttavia condizionano notevolmente la gestione pratica:

- la terapia dietetica riveste un ruolo meno importante;
- l'attività fisica può essere un serio problema per l'anziano che spesso non ha la possibilità di eseguire neanche modesti movimenti;
- se sono presenti limitazioni di tipo motorio, visivo, intellettuale, cognitivo, può essere

prudente scegliere il minor rischio terapeutico piuttosto che il trattamento teoricamente più adeguato;

- controindicazioni e posologia dei farmaci antidiabetici devono essere attentamente considerate e valutate in relazione alle altre terapie che il paziente esegue e in base alle limitazioni fisiche, sociali ed economiche che il paziente presenta;
- spesso può essere utile, se non in alcuni casi indispensabile, coinvolgere un familiare nel percorso educativo e nella gestione pratica della malattia della persona anziana, e dare al paziente stesso solo semplici informazioni di base (a esempio sull'ipoglicemia).

Accanto alle informazioni anamnestiche abituali, è molto importante raccogliere, anche con l'aiuto dei familiari, vicini di casa, amici, quelle informazioni che potrebbero risultare preziose nel corso della gestione quotidiana della malattia del paziente diabetico anziano.

- *Capacità motorie*: sia degli arti inferiori, per eventuali problemi di motricità e/o attività fisica, sia degli arti superiori che potrebbero interferire con la normale manualità e rendere dunque difficili atti come l'automonitoraggio glicemico, iniettarsi l'insulina, prepararsi i pasti, ecc...
- *Problemi visivi*: che potrebbero anch'essi creare problemi di autonomia sia di tipo motoria, sia di tipo manuale nell'eseguire determinate manovre o leggere il nome dei farmaci, promemoria scritti, avvisi, ecc...
- *Problemi di masticazione o digestivi*: che possono limitare la scelta degli alimenti e rendere difficile seguire la dieta consigliata, o contribuire allo stato catabolico.
- *Comorbilità*: sia intese come patologie acute intercorrenti (infezioni, disidratazione, riacutizzazione di dolori artrosici, ecc...), sia come patologie croniche contemporaneamente presenti in quella persona.
- *Terapie concomitanti*: particolare attenzione deve essere riservata per quei farmaci che possono interferire sulla farmacocinetica degli ipoglicemizzanti e pertanto peggiorare il compenso metabolico e favorire le ipoglicemie.
- *Problemi psichiatrici*: valutare lo stato cognitivo del paziente anziano, sia al fine di valutare la situazione presente e dunque il grado di collaborazione che il paziente può fornire, sia per poter prevedere situazioni future in cui il paziente potrà aver sempre più bisogno di aiuto da parte di un care-giver.

C'è infatti da considerare che il paziente diabetico anziano sia molto frequentemente soggetto all'encefalopatia vascolare e che quindi abbia maggior probabilità di sviluppare una demenza multininfartuale.

Ben note sono le correlazioni tra depressione e patologie croniche: è ormai stato accertato che un paziente diabetico depresso ha mediamente un peggior compenso metabolico e che sviluppa con maggior frequenza complicanze.

E' anche provato che le patologie croniche, proprio per la loro caratteristica di non guaribilità, possono più facilmente portare il paziente a sviluppare una depressione si può instaurare così un pericoloso circolo vizioso che attraverso la malattia depressiva, porta a un isolamento sociale e a un peggioramento della situazione clinica che a sua volta incide negativamente sulla depressione stessa.

- *Condizioni socioeconomiche*: aver ben presente il grado di scolarità del paziente, la sua rete familiare e di amicizie, su chi può fare affidamento in caso di necessità, la rete sociale in cui è inserito e le eventuali attività lavorative.

In ultimo è opportuno avere idea delle sue condizioni di eventuale indigenza.

È sempre più frequente avere a che fare con anziani soli, indigenti economicamente, isolati socialmente e senza familiari disposti a prendersi carico di lui.



Tutto ciò non può che avere ovvie ricadute da un punto di vista delle scelte terapeutiche e degli obiettivi del trattamento e va dunque valutato con periodicità ed attenzione.

