

Percorso educativo e di counseling del paziente anziano diabetico

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.
- *Comorbidità*: 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 multinfartuale.

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.

