



Terza età terapia ‘personalizzata’

Sempre più persone anziane sviluppano il diabete. La proposta del Team diabetologico varia a seconda del quadro clinico generale e del contesto in cui la persona con diabete vive.

Il diabete Tipo 2 non si chiama più da tempo ‘diabete dell’anziano’, ma è un dato di fatto che l’età media delle persone trattate nei Servizi di diabetologia italiani è vicina ai 70 anni. Il «diabete diagnosticato è presente nel 8-12% della popolazione anziana, una quota considerevole», spiega Sergio Leotta, responsabile dell’Unità complessa di Dietologia e Malattie metaboliche dell’Ospedale Pertini di Roma. «Il 6% degli anziani sviluppa il diabete nella terza età e deve quindi modificare le sue abitudini di vita, mentre i diabetici divenuti anziani sono abituati, in qualche modo, alla malattia e richiedono ‘solo’ revisioni costanti e periodiche della terapia e degli obiettivi terapeutici» continua Leotta.

Una cultura dell’attenzione. Le campagne di sensibilizzazione realizzate in questi anni da Diabete Italia e dalle Associazioni dei pazienti

stanno dando i loro frutti. «Sempre più persone controllano periodicamente la loro glicemia e fra i medici di Medicina generale c’è maggiore attenzione alla diagnosi precoce e alla prevenzione delle complicanze», commenta Annalisa Giancaterini, diabetologa presso il Centro di attenzione al diabetico di Cusano Milanino. «Per molti medici di base è diventato normale prescrivere un controllo della glicemia a tutte le persone sopra una certa età e, se questa è lievemente alterata, prescrivere una visita di controllo specialistica o intervenire per normalizzarla».

Se una volta la diagnosi di diabete veniva effettuata principalmente a partire dagli esiti gravi di una complicanza (infarto del miocardio, insufficienza renale, retinopatia grave), «oggi capita spesso di accogliere alla prima visita pazienti anziani che hanno il diabete ma non hanno ancora sviluppato serie complicanze» afferma Leotta. Questo non significa che i pro-

blemi siano risolti o ridotti. «La persona anziana arriva alla diagnosi quasi sempre con condizioni metaboliche associate al diabete: anomalie dei grassi nel sangue, trigliceridi e/o colesterolo elevato, un eccesso ponderale, una ipertensione» spiega Leotta, «a questo punto l'obiettivo del diabetologo non si limita a riportare sotto controllo la glicemia ma, più in generale, a migliorare lo stato di salute e la qualità di vita della persona, tenendo sotto controllo tutti gli aspetti del rischio cardiovascolare».

Obiettivi su misura. Come? Le Linee guida sono chiare al riguardo: il trattamento del diabete si basa fondamentalmente sulla correzione delle abitudini alimentari, sull'esercizio fisico moderato e costante e sull'uso di farmaci specifici che hanno come obiettivo il riportare nei limiti la glicemia, la pressione arteriosa, i trigliceridi, il colesterolo LDL e di innalzare il colesterolo buono HDL. Nella pratica clinica la prescrizione appropriata ha origine dalla valutazione del grado di efficienza psicofisica del singolo paziente «e della sua capacità e volontà di cambiamento» ricorda il diabetologo romano. «Il medico si presenta all'anziano con un ventaglio di terapie possibili ma sceglie insieme a lui quella più adatta, sulla base di un dialogo e di una valutazione multidimensionale che non può prescindere dalla valutazione delle capacità cognitive, comportamentali e motorie».

«Per impostare una corretta terapia, il diabetologo deve comprendere molto della persona anziana», spiega Salvatore Rapisarda, responsabile del Servizio territoriale di Medicina interna della Usl 7 di Ragusa, «ovviamente deve conoscere il suo stato di salute complessivo e avere un'idea della rete sociale su cui l'anziano può contare – parenti, amici e vicini di casa – al fine di poter ottenere un'adeguata adesione al piano terapeutico consigliato. Ma non è sufficiente: occorre capire quale sia il suo grado di autonomia ed effettuare una valutazione funzionale della sua capacità cognitiva».

«Da questa valutazione discendono gli obiettivi che variano da persona a persona, anche a parità di quadro clinico», continua Annalisa



Salvatore Rapisarda, responsabile del Servizio territoriale di Medicina interna della Usl 7 di Ragusa, laureato e specializzato in Diabetologia e in Medicina interna a Catania.

Giancaterini, «davanti a una persona anziana, aperta al cambiamento, disposta a controllare a domicilio la sua glicemia e a intervenire, se necessario (per esempio per una ipoglicemia), posso dare degli obiettivi ambiziosi di controllo glicemico». È importante fornire un adeguato supporto informativo ed educativo che permetta al paziente di acquisire non solo le conoscenze di base sulla malattia, ma anche gli strumenti per individuare rapidamente le eventuali urgenze e poter intervenire in modo corretto. «È comunque necessario disporre di percorsi di verifica e monitoraggio delle conoscenze e delle abilità nei pazienti che possono modificarsi nel tempo».

L'approccio educativo può costituire una novità per il paziente: «Non dimentichiamo che la persona anziana, più di tutti, deve essere motivata a seguire le indicazioni terapeutiche proposte dal diabetologo, dal quale si attende delle indicazioni chiare e precise, dei divieti magari, ma non è sempre pronta ad assumersi la responsabilità di gestire 'in proprio' la malattia», ricorda Rapisarda.

Correggere un'alimentazione spesso squilibrata. Il consiglio più semplice, un'alimentazione sana e varia, per

Annalisa Giancaterini, diabetologa presso la sede di Cusano Milanino del Centro di attenzione al diabetico dell'Ospedale San Gerardo di Monza, fa parte del Gruppo di studio Percorsi assistenziali dell'Associazione medici diabetologi.





Sergio Leotta, responsabile dell'UOC di Dietologia e Malattie metaboliche dell'Ospedale Pertini di Roma. È stato consigliere nazionale dell'Associazione medici diabetologi e ha coordinato il Gruppo di lavoro Alimentazione e diabete.

molti anziani rappresenta un ostacolo: «La maggioranza di loro mangia sempre gli stessi alimenti, magari concentrati tutti in un pasto», racconta Rapisarda. «Non è raro riscontrare anche seri casi di malnutrizione negli anziani, soprattutto in quelli che vivono soli», aggiunge Leotta, «di solito per ragioni economiche o per difficoltà legate alla masticazione, mangiano molti alimenti contenenti zuccheri semplici e grassi ma pochissime proteine e assumono poche fibre e vitamine». Ancora più complesso è proporre di abbandonare la sedentarietà. L'anziano, a differenza del giovane

e della persona matura, avrebbe tempo da dedicare all'esercizio fisico ma ritiene che il movimento non faccia per lui.

«L'esercizio fisico prudente e graduale favorisce il compenso metabolico, migliora la funzionalità cardiovascolare e il senso di benessere, per questo deve essere consigliato e incoraggiato. Inoltre l'attività fisica può aiutare a mantenere in efficienza l'apparato muscolare e osteoarticolare. L'equilibrio e la motilità degli arti sono fattori fondamentali, tanto che è possibile notare che le persone con diabete che conducono una vita sedentaria vanno incontro a cadute e fratture più frequentemente di quelle

che fanno movimento», ricorda Rapisarda.

Terapie: quali prescrivere? Per trattare contemporaneamente i diversi aspetti della sindrome metabolica occorrerebbe prescrivere numerose medicine. Il diabetologo deve fare delle scelte anche in questo caso. «Non sempre, per il diabetologo, la glicemia è l'unico parametro da riportare a norma», nota Annalisa Giancaterini. «Oggi l'anziano è seguito con un approccio simile a quello riservato alla persona più giovane: gli intervalli dei controlli per le complicanze e le prescrizioni sono spesso simili, molti anziani hanno tutte le potenzialità per vivere decenni in piena salute e attività. In alcuni casi però, una terapia inutilmente ambiziosa rischia di essere un ostacolo nella vita di un anziano che cerca di mantenere la sua dignità e autonomia a fronte di risorse fisiche e mentali in riduzione».

Una fragilità improvvisa. Quella valutazione complessiva cui si accennava all'inizio deve essere spesso rivista. «Basta poco: la morte del coniuge, il figlio che va a vivere lontano, una frattura che riduce la mobilità... e la capacità funzionale della persona anziana si riduce drasticamente. A quel punto il diabetologo deve intervenire velocemente per rivedere, insieme al paziente, sulla base delle sue nuove necessità, gli obiettivi e gli strumenti del suo agire», nota la Giancaterini. «Ogni anziano differisce dall'altro. Lo stesso paziente, nel corso del tempo, modifica le proprie esigenze, dipendenti dal

quadro clinico in cui si trova», conclude Rapisarda, «noi diabetologi dobbiamo essere medici e non 'glicemologi', tenendo presente che l'obiettivo dei nostri pazienti è il raggiungimento del controllo glicometabolico associato a un normale metabolismo energetico, per prevenire le crisi ipoglicemiche e le complicanze metaboliche acute, assicurando loro la migliore qualità di vita possibile. Fanno molto per difenderla e noi possiamo e dobbiamo aiutarli».

LE IPOGLICEMIE NELL'ANZIANO

Le ipoglicemie nell'anziano sono un problema doppio. «Una ipoglicemia acuta, anche se viene prontamente risolta, può minare la sicurezza, creare un senso di 'timore' generalizzato che spesso porta la persona a limitare in modo drastico e inutile le sue abitudini», fa notare Annalisa Giancaterini. È importante, quindi, educare la persona e i familiari a riconoscere e decifrare i sintomi per intervenire prontamente e in modo adeguato. «L'evento ipoglicemico è più frequente, prolungato e grave nell'anziano» nota Sergio Leotta, «a causa della diminuita risposta fisiologica degli ormoni controregolatori e anche per il rallentamento, in alcuni individui di meccanismi psicomotori che permettono il compenso, come

la rapida assunzione di zucchero».

Va ricordato che nella persona anziana l'ipoglicemia assume spesso una forma particolare: sonnolenza, vuoti di memoria, stanchezza... soprattutto se è dovuta ad antidiabetici orali, come la glibenclamide, questi sintomi possono durare a lungo e non essere corretti visto che all'occhio di un parente – e spesso anche di un medico – possono essere interpretati come disturbi comportamentali o confusi con i segni tipici della vecchiaia.