



"COSI' E' SE VI PARE"

NUMERO 22

GENNAIO 2011

All'interno:

pag.3
Approfondimenti:
A) Diabete e cure palliative

B) La terapia del diabete mellito nel "grande anziano"

pag.5
Fase della definizione diagnostica

pag.7
Fase della definizione terapeutica

pag.8
Principali obiettivi del trattamento nel grande anziano diabetico

pag.9
I fondamentali della terapia

pag.14-15
La terapia nel grande anziano con demenza e in assistenza domiciliare o residenziale

TRATTAMENTO DEL DIABETE

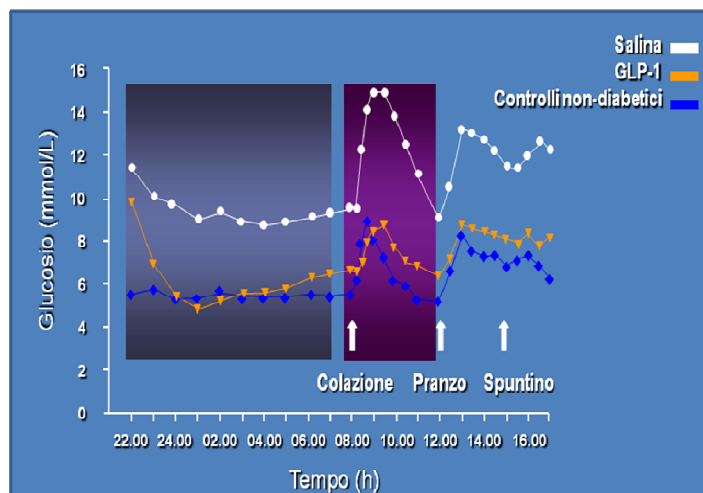
Nuove terapie: le incretine

Recentemente si sono aggiunte all'armamentario terapeutico per la cura del diabete nuove molecole, appartenenti alla famiglia delle cosiddette incretine.

Si tratta di farmaci che derivano dalla miglior conoscenza dei meccanismi patogenetici che regolano la glicemia postprandiale, in cui entrano in gioco 2 entero-ormoni, il GLP-1 e il GIP. Il primo entero-oromone viene secreto nel corso di un pasto dalle cellule L dell'intestino, il secondo dalle cellule K, ed insieme contribuiscono a mantenere l'omeostasi glicemica soprattutto postprandiale. In particolare per effetto della loro secrezione aumenta la sintesi e la secrezione di insulina, viene inibita la secrezione di glucagone e rallentato lo svuotamento gastrico. Di questi ormoni sembra carente il soggetto diabetico o sembra carente il loro effetto a livello beta-cellulare e questa carenza contribuisce all'aumento della glicemia soprattutto in fase post-prandiale.

Sfortunatamente la loro azione non può essere utilizzata nella terapia del diabete, perchè questi entero-ormoni hanno emivita plasmatica brevissima, venendo inattivati da una famiglia di enzimi chiamata dipeptidil-peptidasi IV.

maggiori differenze tra gli analoghi di GLP-1 e gliptine risiedono nella via di somministrazione, sottocutanea per i primi, orale per le gliptine ma soprattutto nella capacità che hanno gli analoghi di GLP-1 di ridurre insieme alla glicemia



La ricerca biotecnologica ha messo recentemente a disposizione alcuni analoghi del GLP-1, non inattivabili dalle DPP-IV (exenatide e liraglutide) e gli inibitori delle DPP-IV (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin) - c.d. gliptine. Schematicamente, le

mia e all'emoglobina glicata anche il peso corporeo. L'effetto delle gliptine sul peso corporeo oscilla tra l'effetto neutro e la sua moderata riduzione. Un vantaggio di questi farmaci rispetto ai secretagoghi è quello di non determinare ipoglicemie.

Gruppo di lavoro per la stesura del Prontuario Terapeutico di Area Vasta Giuliano- Isontina Diabete:

Chairman-Prof. Luigi Cattin, dr. Anna Arbo, dr. Marco Bertoli, dr. Pietro Broussard, dr. Barbara Brunato, dr. Giampaolo Canciani, dr. Riccardo Candido, dr. Alessandro Cosenzi, dr. Paolo Da Col, dr. Francesco Dapas, dr. Federico Farneti, dr. Adele Maggiore, dr. Stefano Palcic, dr. Rossella Papparazzo, dr. Aba Pettinelli, dr. Paolo Schincariol, dr. Giorgio Tonini, dr. Carla Tortul, dr. Stefano Visintin.

Effetto sull'emoglobina glicata

Farmaco	Regime	Durata (sett.)	Δ HbA1c (%)	Referenza
Exenatide	+SU/Met/TZD	16-30	- 0.78-1.00	Buse JB. 2004 De Fronzo RA. 2005 Kendall DM. 2005
Liraglutide	+SU/Met/TZD	26-52	- 0.75-1.50	Gallwitz B. 201 Nauck M. 2009
Vildagliptin	+Met	24-52	- 0.70-1.10	Ahrén B. 2004-2005 Bosi E. 2007
Sitagliptin	+Met/TZD	24-52	- 0.65-1.00	Ahrén B. 2005 Charbonnel B. 2006 Rosenstock J. 2006
Saxagliptin	+SU/Met/TZD	18-52	- 0.52-0.90	Goke B. 2010 Scheen A.J. 2010

Le incretine sono indicate al secondo step della terapia, quando la terapia con metformina o glitazone da soli o in associazione alle sulfoniluree sia insufficiente.

Per entrambe le classi di farmaci è stata prospettata la capacità di ridurre l'apoptosi beta-cellulare e quindi la possibilità di un fallimento secondario degli ipoglicemizzanti orali. Allo stato l'effetto è documentato, ma non ancora confermato.

Le incretine costituiscono trattamento terapeutico prerogativa esclusiva degli specialisti diabetologi (piano terapeutico).

Il Gruppo di Lavoro ritiene di destinare tale approccio terapeutico al secondo step della terapia, quando il trattamento con metformina o glitazone, da soli o in associazione alle sulfoniluree, sia insufficiente suggerendo di preferire i GLP-1 analoghi rispetto ai DPP-4 inibitori nelle situazioni in cui è di primaria rilevanza il calo ponderale.

Ritiene inoltre di assegnare allo specialista la facoltà di scelta di un singolo principio attivo, limitandola a casi responsabilmente eletti.

GLP-1R Agonisti vs DPP-4 Inibitori

	GLP-1R Agonisti	DPP-4 Inibitori
Somministrazione	Iniezione s.c.	Orale
GLP-1 concentrazioni	Farmacologiche	Fisiologiche
Meccanismi di azione	GLP-1	GLP-1 + GIP
Attivazione del sensore di glucosio portale	No	Si
↑ Secrezione Insulina	+++	+
↓ Secrezione Glucagone	++	++
Svuotamento gastrico	Inibito	+/-
Perdita di peso	Si	No
Espansione della massa beta-cellulare		
In studi pre-clinici	Si	Si
Nausea e vomito	Si	No
Potenziale immunogenicità	Si (minore per liraglutide)	No

Considerata la sostanziale equivalenza fra gli DPP-4 inibitori e considerata la necessità di limitare la scelta ad un solo principio attivo rappresentativo della categoria, dopo discussione collegiale, il gruppo di lavoro, per la numerosità degli studi pubblicati e delle indicazioni approvate, indica il **sitagliptin** di scelta, limitandolo ai casi che lo specialista riterrà motivati, fermo restando la possibilità da parte del diabetologo di utilizzare altri principi attivi appartenenti alla categoria, che allo stato sono in osservazione, nei casi in cui ne riterrà opportuno l'impiego.

Alla luce dei risultati degli studi clinici controllati eseguiti con rigorosa metodologia, dei dati di farmacovigilanza e delle indicazioni si propone, l'inserimento nel PTAV dei principi attivi **exenatide e liraglutide**.

Così è se vi pare: APPROFONDIMENTI

Diabete e cure palliative

La revisione della letteratura non ha permesso di individuare evidenze e linee-guida specifiche per la gestione del diabete nel contesto delle cure palliative. I pochi articoli che trattano in maniera specifica questo argomento sono basati esclusivamente sul parere degli esperti e sull'esperienza clinica. Quasi tutti i dati sono relativi a pazienti terminali affetti da patologia neoplastica.

L'obiettivo di migliorare il comfort del paziente attraverso la prevenzione dei sintomi da ipo- e iperglicemia costituisce il problema principale, tuttora insoluto. Inoltre non si è sicuri di ottenere un vantaggio dal controllo della glicemia in fase terminale anche considerando i danni e il disagio derivanti dalla prosecuzione del monitoraggio glicemico e della terapia insulinica.

Sulla base di quanto riportato dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 2009-2010, il Gruppo di Lavoro propone **differenti approcci al paziente diabetico in fase terminale in funzione delle prospettive di sopravvivenza.**

Prognosi di poche settimane o mesi:

1. I valori glicemici vanno mantenuti in un range compreso fra 180 e 360 mg/dl, al fine di ridurre al minimo il rischio di ipoglicemia; l'approccio va *personalizzato* nel caso di iperglicemia sintomatica
2. Possono essere evitate indicazioni dietetiche restrittive
3. La frequenza del monitoraggio glicemico deve essere ridotta al minimo accettabile.
4. Con la riduzione dell'appetito, nel diabete tipo 2 la dose di ipoglicemizzanti orali deve essere ridotta, dando la preferenza a sulfoniluree a breve durata di azione o glinidi, ed evitando la metformina. Nel paziente tipo 1 la dose di insulina può essere ridotta a causa dell'anoressia o del vomito; anche in assenza di alimentazione una dose minima di insulina è comunque necessaria per evitare la chetoacidosi.

Prognosi di pochi giorni:

1. Se il paziente è cosciente e presenta sintomi di iperglicemia, si può somministrare insulina rapida quando la glicemia è > 360 mg/dl.
Se il paziente non è cosciente, è opportuno sospendere la terapia ipoglicemizzante e il monitoraggio glicemico condividendo con i familiari questa scelta.

La terapia del diabete mellito nel "grande anziano"

Il tema dell'uso appropriato dei farmaci antidiabetici nel "soggetto grande anziano", qui considerato se di **età superiore a 80 anni**, viene trattato separatamente per diverse ragioni, di ordine scientifico, professionale ed etico, ed anche demografico (la popolazione in questa fascia di età sta raggiungendo il 10% di quella totale, come già avvenuto a Trieste), dando menzione dell'approccio globale di cura e non solamente degli aspetti farmacologici.

Nel grande anziano

- sussistono specificità biologiche, fisiopatologiche e personali
- l'aspettativa di vita è più limitata che in altre età
- le evidenze scientifiche sono meno numerose che in altri soggetti
- l'approccio terapeutico è molto più complesso a causa delle condizioni di fragilità
- la buona qualità di vita (la migliore possibile) deve costituire il principale goal terapeutico
- la prima aspirazione della persona è il mantenimento dell'autonomia e dell'indipendenza.

Nonostante le differenze, gli obiettivi generali per il trattamento del diabete rimangono tuttavia identici a quelli delle altre età:

- Controllare l'iperglicemia ed attenuare i suoi sintomi
- Prevenire, valutare e trattare le complicanze, in particolare micro-e macrovascolari
- Insegnare al paziente l'autogestione
- Salvaguardare la qualità di vita; mantenere o migliorare le condizioni generali del paziente

In questi pazienti particolari, l'assenza di ipoglicemia costituisce uno degli obiettivi prioritari.

Il rischio di grave ipoglicemia, potenzialmente letale, raddoppia nel grande anziano che assume farmaci per il diabete o politerapie

Per un approccio clinico corretto ai soggetti ultra80enni con diabete occorre sottolineare alcune premesse:

- Poiché i **possibili benefici** del buon controllo glicemico si esprimono in **archi di tempo prolungati**, pazienti con breve aspettativa di vita possono godere di minori benefici di una terapia di successo (diversamente da quanto dimostrato per la pressione arteriosa, la cui riduzione comporta vantaggi già dopo 2-3 anni anche in età avanzata).
- **Non esistono prove documentate sugli effetti del controllo glicemico a questa età.** Permane quindi incertezza sulla possibilità di ridurre/eliminare gli svantaggi determinati dalla malattia correggendo l'alterazione metabolica
- È più difficile trovare il giusto **punto di equilibrio** tra vantaggi e svantaggi della terapia
- I **provvedimenti terapeutici** per il raggiungimento degli obiettivi della terapia del diabete possono essere in ogni caso **meno efficaci** (anche per l'obbligo di usare dosi ridotte dei farmaci) o più difficilmente praticabili.
- **Meno probabili possono essere le modificazioni di abitudini e stili di vita;** poiché spesso condizionano un peggioramento della qualità di vita, l'adesione dei pazienti alle prescrizioni si riduce
- Le **comorbidità** e le **politerapie** rappresentano praticamente la regola.
- **Tempo e disponibilità ridotti dei curanti** possono costituire fattori limitanti delle cure (inadeguati rispetto alle esigenze dei pazienti), soprattutto nelle terapie intensive che richiedono invece controlli intensivi al fine di prevenire l'ipoglicemia.
- **Il rischio di grave ipoglicemia, potenzialmente letale, raddoppia nel grande anziano che assume farmaci per il diabete o politerapie (> 5 farmaci);** il rischio è aumentato anche a causa dei più frequenti errori di assunzione dei farmaci e dalle interazioni farmacologiche, responsabili anche di altri effetti collaterali rilevanti. L'ipoglicemia è più temibile anche perché il paziente può essere incapace di comunicare ed i sintomi possono esordire in modo atipico od essere mascherati.

Accertato che la letteratura offre ben pochi riferimenti certi per questa specifica categoria di pazienti anziani (in letteratura gli anziani coincidono con gli ultra65enni), appare quindi opportuno ispirarsi, non più alla EBM, ma alla "clinical oriented medicine", valorizzando, prima di ogni decisione terapeutica, l'osservazione e la valutazione globale del paziente, personalizzando il programma terapeutico in base ad un approccio globale-unitario e ad un visione olistica (c.d. "whole life approach").

Il cardine dell'intervento nel grande anziano diabetico deve sempre essere la personalizzazione/individualizzazione della terapia.

La **personalizzazione** avviene nel rispetto di tre presupposti:

- Ogni paziente va attentamente valutato in tutte le sue dimensioni di vita (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B).
- Gli obiettivi della terapia nel grande anziano possono essere meno restrittivi e devono adattarsi alle sue particolari condizioni di fisiopatologia (fragilità dei meccanismi di compenso) e di vita .
- Al crescere dell'intensità terapeutica va corrisposto un incremento nell'offerta di cura ed assistenza e pari maggiore attenzione verso i due punti precedenti.

La **valutazione** di una persona diabetica ultra80enne (così come di ogni paziente fragile) è irrinunciabile e spetta ad ogni professionista di cura (medico, infermiere, dietista, ecc.); **l'approccio multidimensionale** avviene lungo tre dimensioni:

DIMENSIONE CLINICA : valutando almeno

- Il tempo, la durata e le modalità di insorgenza (presenza o assenza di sintomi) del diabete
- La presenza delle eventuali complicanze e la stima della velocità di progressione
- Lo stato generale, l'aspettativa di vita, l'eventuale coesistenza di altre patologie (attive o inattive) e/o di altre terapie.

DIMENSIONE FUNZIONALE : valutando almeno

- La funzione cognitiva
- La funzione sensoriale (in primis la vista)
- La funzione motoria
- Il livello di autonomia/indipendenza nelle attività quotidiane.

DIMENSIONE SOCIO-AMBIENTALE : valutando

- Il contesto di vita "libera" (casa, capacità di spesa, reti e relazioni, protezione e sicurezza)
- Il contesto di vita in assistenza domiciliare o residenziale.

Gli obiettivi della terapia vanno personalizzati: i goals indicati per le altre età vanno adattati alla singola persona. Non devono mai riguardare un singolo valore di un solo parametro (nel caso, livelli soglia di glicemia a digiuno o post prandiale, di HbA1C), bensì riferirsi all'obiettivo del raggiungimento della miglior qualità di vita possibile (valutata pragmaticamente), sia nel tempo attuale che nel breve e più lungo termine. In particolare, è decisivo chiedersi quale sia l'impatto dei provvedimenti prescritti, la concreta possibilità/probabilità che questi siano seguiti, quale la capacità di autogestione della malattia (da parte del paziente) o di etero-gestione (da parte del care giver). E' essenziale avere un quadro preciso del bilancio benefici/rischi delle decisioni assunte.

Negli Standard di cura Italiani per il diabete si legge :

"Negli anziani fragili (con complicanze, affetti da demenza, con pluripatologie, nei quali il rischio di ipoglicemia è alto e nei quali i rischi di un controllo glicemico intensivo superino i benefici attesi) è appropriato un obiettivo meno restrittivo, con valori di HbA_{1c} compresi tra 7,5 e 8,5%. (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)".

Quanto più la situazione richiede una **terapia essere intensiva e complessa**, tanto più è essenziale offrire (garantire) alla persona:

- Un'esauritiva valutazione multidimensionale, all'inizio del percorso ed in itinere.
- La definizione chiara del programma globale di cura ed assistenza, che deve essere ben comprensibile per il paziente, necessariamente scritto e condiviso dal paziente e dal care giver.
- I necessari interventi proattivi (medicina di iniziativa e non di attesa) ed un adeguato follow-up.
- L'individuazione degli attori di cura e le modalità di contatto/accesso: chi è il curante di riferimento (il responsabile clinico di norma sarà il medico di famiglia, salvo brevi periodi in cui può diventarlo il diabetologo); chi il care giver formale o informale.
- La nomina di un case manager, responsabile dell'attuazione del percorso assistenziale, quando necessario (nei casi/programmi ad alta complessità).

Fase della definizione diagnostica

Ogni decisione terapeutica deve essere preceduta da una precisa fase diagnostica, che per questi pazienti richiede alcune attenzioni aggiuntive specifiche, non usuali nella medicina dell'adulto o dell'"anziano giovane".

Richiamato il valore della valutazione multidimensionale, sul versante della valutazione della **dimensione clinica** gli approfondimenti diagnostici vanno condotti in ordine a:

1. **durata del diabete**; quanto più l'insorgenza è recente e più avanzata l'età di comparsa, tanto meno la terapia avrà valore per la prevenzione delle complicanze nel lungo termine
2. **modalità di insorgenza/riconoscimento** della malattia; è stata svelata casualmente (ad es. con check-up laboratoristico routinario) oppure con richiamo clinico di segni o sintomi ? (le forme asintomatiche consentono terapie meno aggressive)
3. **durata e tipo delle terapie** effettuate (in caso di malattia già nota); occorre capire quale è stato/possa essere il livello di adesione del paziente alle prescrizioni, non solo farmacologiche.

Nel grande anziano è sicuramente molto più temibile l'evento ipoglicemico che iperglicemico.

4. andamento del **compenso metabolico**, in relazione al livello di HbA1c e all'iperglicemia a digiuno e/o postprandiale (i farmaci e le dosi da usare nei due casi saranno diversi).
5. **episodi ipoglicemici** in cui il paziente può essere incorso; le cause e le eventuali conseguenze; la capacità del paziente/care giver di fronteggiarle
6. **comorbidità** presenti; è provato che la comorbidità riduce l'aspettativa di vita. Va inoltre valutato il quadro delle possibili complicanze correlate al diabete e le eventuali relative terapie
7. **profilo di rischio metabolico e cardiovascolare globale**, al fine di mantenere/instaurare correttamente terapie multi-target (p.a., lipidi, antiaggreganti, ecc.)
8. **esame obiettivo del piede** e della cute in generale: le capacità riparative possono essere molto ridotte; la presenza di lesioni da decubito influenza lo stato metabolico ed il piano terapeutico
9. **abitudini e stili di vita**: rilevare le abitudini alimentari e di approvvigionamento/preparazione dei cibi è fondamentale più che nell'adulto per stabilire i provvedimenti alimentari/dietetici, che andranno proposti commisurandoli alla persona, (es. tipico: modulare le restrizioni del caffè latte con biscotti, pasto molto frequente a questa età), facendo leva più sulla sagacia flessibilità che sul rigore severo; la valutazione dello stato nutrizionale serve anche ad escludere la malnutrizione calorico-proteica
10. **BMI e attività fisica**: si può assumere che a questa età, per varie ragioni, siano due variabili sostanzialmente non modificabili/influenzabili, per cui va adeguato senza irrealistiche forzature il programma di intervento (si ricordi il valore protettivo di un modico eccesso ponderale)
11. **uso dei farmaci** in generale: occorre registrare in modo puntuale tutti i farmaci prescritti ed effettivamente assunti (dosi), così come il grado di comprensione da parte del paziente delle indicazioni e schemi posologici (problema delle politerapie nell'anziano, in cui - oltre alla mancata compliance - è provato che oltre 5 tipi di farmaci/die subentrano gravi rischi di interazioni)
12. **presenza di dolore**, anche in funzione della valutazione del consumo attuale di FANS (problemi di interazioni farmacologiche) e di un trattamento adeguato (mai rinunciatario)
13. **profilo di rischio di cadute a terra**: accadono con maggiore frequenza nel diabetico anziano; occorre valutare per questo anche le capacità sensoriali (in primis la vista).

...in fase diagnostica occorre tenere presente (e comunicare correttamente al paziente) che :

- Incrementi (oltre i valori-soglia ottimali/normali) fino a 20-30 mg/dl di glicemia a digiuno e 40-50 mg/dl in fase postprandiale **non devono destare allarme** (e vanno così commentati con il paziente ed il care giver); le decisioni terapeutiche saranno conseguenti a questa interpretazione rassicurante.
- Valori di Hb glicata fino a 8,0% e, in determinate circostanze / fragilità, fino ad 8,5%, sono accettabili, soprattutto se l'intensificazione della terapia pone problemi di fattibilità oggettiva e genera rischi elevati di ipoglicemia (spesso difficilmente gestibile).
- In caso di certa insulino-indipendenza (DMT 2), l'iperglicemia occasionale diventa realmente pericolosa/allarmante nell'immediato solamente se il valore è >500 mg/dl; l'iperglicemia duratura deve indurre azioni tempestive solamente se sussistono valori persistenti di glicemia >400 mg/dl, che comportano il rischio non di una chetoacidosi, ma di coma iperosmolare (gravato da letalità più elevata, di difficile trattamento necessariamente ospedaliero).
- Valori elevati di glicemia possono generare glicosuria e nicturia, con rischio aumentato di cadute nel percorso verso il bagno; altro rischio è la disidratazione da perdita urinaria di liquidi.
- Va accertata l'eventuale presenza ed entità/tipologia dell'incontinenza urinaria, che ovviamente risente della glicosuria.
- A parte la valutazione della funzionalità renale e dell'ecg, altri approfondimenti sono da prescrivere solamente su preciso richiamo clinico (segni o sintomi), evitando schemi standard utili (forse) in età più giovani; in quest'ultimo senso, primo esame-candidato è il dosaggio del TSH nelle donne.

Fattori che influenzano il valore della Glicemia nell'anziano

V
A
R
I
A
B
I
L
I
T
A'
G
L
I
C
E
M
I
C
A

- Grado di secrezione insulinica
- Grado di insulino-resistenza
- Orario e composizione pasti
- Grado di adiposità
- Massa muscolare
- Assorbimento cibi/farmaci
- Politerapia
- Comorbilità
- Compliance terapeutica
- Fattori genetici
- Attività fisica/sedentarietà

Valori di glicemia a digiuno

Valori di glicemia Post prandiale

Lo stato funzionale del grande anziano rappresenta fattore predittivo per l'aspettativa di vita. E' fortemente suggerita l'attenta valutazione di questi aspetti della dimensione funzionale:

1. Grado di **autonomia** globale e di capacità di **movimento** (anche di eventuali soli deficit segmentari); ciò consente di conoscere le reali possibilità di accesso ai servizi ambulatoriali e di programmare in alternativa quelli domiciliari. Le cure domiciliari devono rappresentare evento ordinario e non straordinario nell'organizzazione dei servizi.

2. Funzione cognitiva: nel grande anziano diabetico è opportuno includere tra gli esami di routine il mini mental test (MMSE), anche in funzione della stima del grado di capacità a comprendere le prescrizioni.

3. Tono dell'umore, in quanto la **depressione** ha frequenza crescente con l'età (deve essere sempre posta in diagnosi differenziale con le forme iniziali di decadimento cognitivo).

4. Capacità di **autogestione** o esigenze di **aiuto** per l'attuazione delle terapie e del programma di cura (elemento rilevante nelle case di riposo).

Sul versante della **dimensione socio-ambientale**, gli elementi da approfondire sono:

1. Tipo di organizzazione domestica, qualità dell'alloggio, capacità di approvvigionamento degli alimenti e di cucinarli.
2. Capacità di acquisizione dei farmaci (procurarsi le ricette, i farmaci, ecc).
3. Capacità di assunzione o somministrazione dei farmaci.
4. Grado di solitudine ed isolamento sociale (fattori di rischio di depressione, mancata compliance, ecc.).

Fase della definizione terapeutica

- I pazienti che sviluppano diabete in età tardo-senile tendono ad avere una produzione epatica di glucosio normale.
- Il grande anziano magro ha una marcata riduzione di secrezione insulinica in risposta al carico glucidico e presenta una relativamente minore resistenza insulinica.
- I soggetti con esordio tardo-senile del DMT 2 tendono ad avere livelli di glicemia a digiuno normali e rialzi più significativi della glicemia postprandiale.
- Se la malattia era esordita attorno ai 60 anni, le alterazioni metaboliche sono quelle più tipiche del diabetico tipo 2 di mezza età.
- Nella quarta età la capacità di compenso dell'organismo in caso di ipoglicemia è ridotta (calo della riserva funzionale); prevale la reazione neuroglicopenica piuttosto che adrenergica.

Goal terapeutici

Come più volte ribadito questi possono essere meno stringenti che in altre età. Per chiarezza si propone il seguente schema di interpretazione dei valori glicemici, da comparare ai target glicemici nell'adulto con DMT2.

IPERGLICEMIA	Atteggiamento	IPOGLICEMIA	Atteggiamento
Glicemia tra 140-200 (digiuno postprandiale)	Valore accettabile; se non in atto, prob. non indispensabili i farmaci; se in atto, prob. non necessario modificare la terapia	Glicemia tra 140 e 110	Valutare l'opportunità di ridurre il trattamento
Glicemia tra 200-300	Elevare il livello di attenzione; probabilmente è sufficiente una terapia di base	Glicemia tra 110 e 90	Prudenza, ridurre le dosi dei farmaci
Glicemia tra 300-400	Necessario potenziare la terapia (prob. intensiva)	Glicemia tra 90-70	Stato di allerta: sospendere la dose attuale e rivedere la terapia con secretagoghi
Glicemia > 400	Obbligo di alta sorveglianza e monitoraggio intensivo; chiedere consulto spec.	Glicemia < 70	Allarme: somministrare zucchero (regola del 15) e rivedere la terapia

I goal terapeutici possono essere meno stringenti che in altre età.

Gli atteggiamenti suggeriti sottolineano l'opportunità di adottare in questi pazienti comportamenti flessibili ed un approccio clinico personalizzato.

PER IL MEDICO	ORIENTATI AL PAZIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare assenza di sintomi da iperglicemia (poliuria, polidipsia, calo ponderale) • Prevenire il calo di peso indesiderabile • Evitare l'ipoglicemia e gli effetti avversi da farmaci • Stimare il rischio cardiovascolare quale parte dello screening per la prevenzione delle complicanze • Valutare il rischio di caduta a terra • Definire il grado di eventuale deficit cognitivo, di depressione, di disabilità funzionale precoce • Adeguarsi all'aspettativa di vita del paziente • Definire obiettivi realistici di riduzione della glicemia, della pressione arteriosa, dei lipidi ematici • Ottenere sempre pieno consenso del paziente o dei familiari/care giver al programma terapeutico • Individuare obiettivi realistici nel controllo del fumo e del consumo (abuso ?) di alcolici • Riconsiderare periodicamente i goals terapeutici • Rivalutare la politerapia ("sfrondare" il numero di farmaci e le multidosi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere benessere generale e buona qualità di vita • Far acquisire le capacità e le conoscenze da adattare ai cambiamenti di stili di vita • Incoraggiare il self-care e ricercare il coinvolgimento del care giver • Evitare con ogni sforzo il ricovero ospedaliero, soprattutto se il problema prevalente è solamente lo "scompenso" diabetico. Il paziente grande anziano, a maggiore ragione se vive in struttura residenziale, non va ricoverato in ospedale (potenziale iatrogeno elevato) per riscontro di valori occasionali di glicemia elevata/molto elevata; mai se questi sono asintomatici o isolati da altri problemi. Un consulto medico può essere risolutivo nella maggioranza dei casi per correggere il quadro e lasciare a casa il paziente in sicurezza.

Fattori influenzanti l'approccio clinico nel grande anziano con DMT 2.

- maggiore frequenza di povertà e condizione socioeconomica scadente
- maggiore isolamento e solitudine
- più frequenti sindromi depressive o deficit cognitivo
- soggiorno in residenza per anziani
- maggiore affidamento su care giver formali o informali
- maggiore frequenza di politerapia
- fragilità e limitata aspettativa di vita
- ridotta autonomia nelle attività quotidiane fondamentali ed accessorie; disabilità
- comorbidità significative che limitano la capacità di autogestione della terapia

Quanto fino a qui descritto fa prevalente riferimento a grandi anziani "a vita libera"; per quelli in assistenza domiciliare o residenziale si rimanda ai paragrafi specifici, ma è intuitivo che richiedono ulteriore attenzione e cautele nella programmazione terapeutica, dato che si eleva il grado di fragilità e maggiori sono le controindicazioni ad uno stretto controllo glicemico per il rischio di incorrere in ipoglicemie.

Ad accentuare l'invito alla prudenza ed attenzione prima di intraprendere la terapia, preliminarmente alla scelta dei farmaci antidiabetici, è bene tenere presenti le seguenti domande:

1. *ho eseguito la valutazione multidimensionale completa ?*
2. *quali dei più comuni problemi geriatrici coesistono ? depressione, decadimento cognitivo, incontinenza urinaria, politerapie, co-morbidità, tendenza alle cadute ?*
3. *il paziente è appena uscito da una fase acuta di malattia ? la terapia attuale è quella prescritta durante il ricovero ospedaliero ?*
4. *ho scritto e concordato con il paziente/care giver gli obiettivi terapeutici ?*
5. *quale significato/obiettivo ha in questo paziente la terapia ipoglicemizzante rispetto alla durata della terapia/malattia e all'attesa di vita ? in quale misura incide sui suoi sintomi/problemi attuali ? quale l'impatto in futuro ? quale la dimensione reale di prevenzione ?*
6. *ho pesato i rischi e i benefici della terapia ipoglicemizzante, anche in funzione della politerapia concomitante ?*
7. *devo ridurre anche la pressione arteriosa o i lipidi ematici ? in un contesto di prevenzione secondaria o primaria ? (nel grande anziano il trattamento dell'ipertensione art. è efficace anche in prevenzione primaria, mentre ciò non vale per la dislipidemia); devo usare l'antiaggregante ? (controindicato in prevenzione primaria)*
8. *quale lo stato nutrizionale di questa persona ?*
9. *ho valutato le possibili interazioni tra tutti i farmaci ? (NB : anticoagulanti, FANS ! tutti i farmaci delle terapie long term !)*
10. *in caso di soggetto fumatore o forte consumatore di alcol, ho provato ad avviare un programma correttivo ?*

I fondamentali della terapia nel "grande anziano"

ALIMENTAZIONE: la corretta alimentazione resta il caposaldo della terapia. Va sottolineato tuttavia che a questa età è molto più elevato il rischio di malnutrizione proteico-calorica (più facilmente ipotizzabile in caso di magrezza del paziente) che di sovra-nutrizione e che le irregolarità dei pasti comportano restrizioni tali da favorire, durante la terapia con farmaci antidiabetici, l'insorgenza di ipoglicemia. Per questo, non vanno adottate proibizioni, ma resta valido il vincolo dell'astensione dagli abusi di zuccheri semplici.

AVVIO DI TERAPIA: il gruppo concorda con quanto suggerito in letteratura, ovvero di iniziare le nuove terapie con dosi di farmaci dimezzate, da aumentare gradualmente in accordo con i risultati ottenuti, da interpretare con prudenza e flessibilità.

TERAPIA DELL'IPERGLICEMIA A DIGIUNO: in caso di prevalente/isolato rialzo glicemico al mattino, a digiuno, **la metformina è il farmaco di prima scelta**, tenuto anche conto che NON provoca ipoglicemia, verificando che la creatininemia non superi 1,5 mg/dl (1,4 nella donna) ed il VFG sia superiore a 30 ml/min; infatti la dose va ridotta secondo funzionalità renale, data anche la certa riduzione "fisiologica" della clearance creatinina correlata all'età (decadimento di ca. 10 ml/min ogni decade dopo i 50 anni). Dose massima suggerita: 2 g/die. L'indicazione si rafforza in caso di pazienti con BMI > 25.

TERAPIA DELL'IPERGLICEMIA POSTPRANDIALE:

- **Step 1 : Acarbose** (iniziare con 25 mg x 3 pre-pasto con carboidrati; a salire fino a 100 mg x 3. NB : non dà ipoglicemia); funziona bene in associazione con la metformina.
- **Step 2**, se il risultato è insoddisfacente: associare metformina e gliclazide (dose 30 mg/die, in monosomministrazione) o glimepiride (2 mg in monosomm.); oppure repaglinide, prima dei pasti con carboidrati, alla dose minima (0,5 mg), eventualmente aumentabile non oltre 4 mg/die.
- **non usare mai (da bandire) la glibenclamide e le associazioni precostituite**
- per i pazienti già in trattamento con terapia di associazione, è raccomandabile la sostituzione con i farmaci suggeriti.

WARNING:

- assicurarsi che ad ogni contatto/visita al paziente e/o al care giver siano forniti rinforzi educativi in merito al fatto che il farmaco secretagogo va assunto esclusivamente se si è certi che il paziente mangerà. **SPIEGARE CHE SE SUSTISSE DUBBIO O CERTEZZA CHE IL PAZIENTE NON PUO' O NON VUOLE MANGIARE IL FARMACO NON VA ASSUNTO.**

Compliance: si ribadisce che va prestata particolare attenzione alla continua verifica della reale comprensione/assunzione delle terapie prescritte.

ALTRI FARMACI ANTIDIABETICI ORALI: Data l'assenza di prove scientifiche, nel grande anziano è attualmente sconsigliato l'uso delle nuove molecole (glitazoni, incretine), da impiegare eventualmente sotto stretta sorveglianza. Farmaci molto promettenti sembrano essere i nuovi inibitori delle DPP-4 (es. sitagliptin ed analoghi), ma si attendono conferme.

INSULINA BED-TIME : vi si ricorre, con insuline a lunga durata d'azione (es. lispro-protaminata, in secondo step detemir e analoghi) in caso di iperglicemia elevata e permanente al mattino, che condiziona anche quelle postprandiali. Va prescritta di concerto con il centro specialistico, previa accurata valutazione multidimensionale (v. sopra). Va sempre verificata la possibilità di adeguato apprendimento all'uso delle penne da parte del paziente o del care giver. In associazione con i farmaci orali rappresenta un buon compromesso rispetto alle iniezioni multiple di insulina.

TERAPIA INSULINICA INTENSIVA ("basal bolus"): nel tempo la massa betacellulare può ridursi e determinare calo della secrezione di insulina. Quando necessaria, deve essere prescritta in modo personalizzato. Nel caso sia necessario ricorrere alle dosi multiple (per esaurimento betacellulare) è indicato l'intervento del team diabetologico, avvalendosi del distretto per l'attuazione del programma, che deve assicurare:

- a. Chiarezza di ruoli e responsabilità nel percorso di presa in carico globale multiprofessionale (definizione delle responsabilità, individuazione del case manager, del care giver, ecc.).
 - b. Valutazione della situazione domiciliare e calendario delle visite (eventualmente domiciliari, complementari o sostitutive di quelle ambulatoriali, se si colgono problemi di fattibilità).
 - c. Programma del follow-up, lungo un arco di tempo almeno semestrale, con chiara evidenza degli interventi di monitoraggio (proattività) sia dei parametri metabolici che della situazione generale (in primis stato dell'umore, capacità cognitiva e motoria).
 - d. Chiara evidenza del ruolo/funzione/compiti del care giver (quanto è istruito e capace)
- Capacità di eseguire l'autocontrollo (se svolto dal paziente o dal care giver).

Qualora la terapia insulinica sia stata instaurata nel corso del ricovero ospedaliero, superata la fase acuta-critica in cui era indispensabile, verificate attentamente le condizioni del malato e le caratteristiche del diabete, si può tentare di ritornare ad una terapia con farmaci orali o di associazione, anche per semplificare le difficoltà organizzative ed alleggerire il carico assistenziale (vedi oltre). E' d'obbligo mantenere sotto stretto controllo il paziente.

PASSAGGIO DALLA TERAPIA ORALE ALLA TERAPIA INSULINICA e viceversa :

Nei pazienti in terapia con farmaci orali

- **il ricorso all'insulina** è d'obbligo in caso di evento acuto (ad es. infezione, trauma, intervento chirurgico); la dose totale giornaliera di insulina si determina nel modo seguente: 0,4 U.I. /Kg peso corporeo, di cui 50% basale (Humalog Basal in primis, quindi Levemir o Lantus) e 50% di analogo rapido (Humalog, Novorapid ed altre) diviso nei 3 pasti principali.
- **il ripristino della terapia orale** è possibile anche in ambiente extraospedaliero, ma solamente se vi è certezza che il paziente sarà assistito continuativamente; altre pre-condizioni essenziali sono:
 - il diabete non è di tipo insulino-privo
 - le dosi/die totali di insulina non sono elevate
 - la fase acuta è del tutto superata
 - le glicemie si mantengono stabili durante la giornata, da almeno 2 settimane
 - la sostituzione dell'insulina con i farmaci orali avverrà sotto stretto controllo medico e certa possibilità di monitoraggio della glicemia (capillare) da parte del care giver (in grado di collaborare con buone capacità).

Pronti a riprendere l'insulina se le glicemie dovessero innalzarsi troppo, il percorso di sospensione dell'insulina e shift alla terapia orale, indicativamente, potrebbe seguire lo schema seguente, da svolgere almeno lungo 2-3 settimane, con controlli affidabili della glicemia ogni 2-3 giorni, a digiuno e post-prandiali:

- *prima settimana*: se il paziente assume insulina notturna, iniziare a ridurre progressivamente la dose fino a sospensione definitiva; nel contempo vanno mantenute invariate le insuline pre-prandiali: accettabili glicemie del mattino fino a ca. 200 mg/dl; iniziare la metformina (come illustrato al capitolo apposito).
- *seconda settimana*: ridurre le dosi di insulina rapida pre-pasto, dapprima quelle dei pasti meno abbondanti: accettabili glicemie 2 ore dopo il pasto fino a ca. 300 mg/dl; proseguire la metformina.
- *terza settimana*: sospensione totale delle insuline, in assenza di farmaci orali: accettabili i valori di glicemie citati al punto precedente. Introdurre a questo punto il secretagogo, a basse dosi, in associazione alla metformina.
- *settimane successive*: raggiungere la dose piena; controllare la glicemia almeno 2 volte/settimana a digiuno e 2 volte in fase post-prandiale, interpretando i risultati secondo i criteri descritti nel testo.

AUTOCONTROLLO: il rispetto delle 4 classi prescrittive delle "strisce" acquista qui ancora maggior valore e indicazione clinica. In generale, l'autocontrollo ha meno significato e rilevanza che nelle età più giovani, data la scarsa correlazione con i benefici a lungo termine. Va sempre attentamente valutato il carico assistenziale, assegnando piuttosto priorità di attenzione al corretto uso dei farmaci. Viceversa, l'autocontrollo è irrinunciabile per monitorare la glicemia durante periodi critici (infezioni, protratta febbre elevata, scarsa alimentazione, ecc.), sia per prevenire persistenti stati iperglicemici (in condizioni critiche aumenta anche il rischio di disidratazione e coma iperosmolare) sia eventi ipoglicemici.

L'istruzione del paziente e/o del care giver all'autocontrollo richiede in questi casi più pazienza e tenacia. Va scelto l'apparecchio che meglio si adatta alle esigenze dell'utilizzatore (es. grandezza dei tasti, del display, delle strisce, ecc.). Si raccomandano rinforzi educativi periodici e permanenti.

INSUCCESSO: nel caso in cui non si raggiungano gli obiettivi (anche i "goal morbidi") di glicemia/Hb glicata, in modo durevole nel tempo (oltre 6 mesi), la situazione va rivalutata approfondendone le possibili cause, ed accettando i risultati non soddisfacenti se non si svelano percorribili correzioni. L'eventuale svantaggio sul fronte diabetico può essere compensato da un più attento controllo degli altri fattori di rischio/concausali di danno vascolare o di complicanze, in primis dell'ipertensione arteriosa. Rilievo deve essere prestato alla verifica dello stato cognitivo, che può risentire in modo negativo di prolungati/permanenti stati di scompenso metabolico.

Per completezza si riporta quanto contenuto negli Standard Italiani di cura : *"Il diabetico anziano presenta un rischio aumentato di depressione maggiore, per cui particolare attenzione deve essere posta alla ricerca di sintomi suggestivi di tale diagnosi, sia nel corso della valutazione iniziale, sia in occasione di peggioramenti dello stato clinico non altrimenti giustificabili. (Livello della prova III, Forza della raccomandazione C)"*

Valori di glicemia inferiori a 100-110 mg/dl in corso di terapia antidiabetica devono sempre essere visti con sospetto e le dosi/tipo dei farmaci conseguentemente adattate, soprattutto se coesiste decadimento cognitivo, imprevedibilità o irregolarità nei pasti e nell'assistenza, instabilità nella postura o nella marcia, disturbi dell'equilibrio o ogni evenienza che aumenti il rischio di caduta a terra.

Se il soggetto diabetico guida, è opportuno che la glicemia sia tenuta di più sotto controllo.

In caso di ipoglicemia, seguire lo "schema 15 15 15" illustrato nella tabella successiva

In caso di ipoglicemia...

glicemia < 70 mg/dl

il soggetto è in grado di ingerire	→	somministra 15 gr di zucchero - vedi tabella per gli esempi - attendi 15 minuti e misura di nuovo la glicemia. Se è < 70 mg/dl, ripeti 15 gr di zucchero - attendi altri 15 minuti e fai una nuova misurazione. - continua a trattare/testare fino ad una glicemia > 100 mg/dl, confermate con 2 succ. controlli - se il pasto è dopo 30 min. fai uno snack (1 fetta di pane, 2-3 crackers o fette biscottate)
il soggetto non è in grado di ingerire	→	somministra 1 mg di glucagone avvisa il medico
il soggetto è incosciente	→	somministra 1 mg di glucagone avvisa il medico

Se dopo trattamento (glicemia > 80 mg/dl) i sintomi permangono, indaga altre cause

dopo un evento ipoglicemico
 - indaga le cause, quali inadeguato introito di carboidrati, sforzi fisici, errori di terapia orale o insulinica, ed aggiusta di conseguenza il trattamento
 - riduci il trattamento se gli episodi sono ricorrenti (> 1/mese)

ESEMPI DI ZUCCHERI DA SOMMINISTRARE

3 bustine o 3 cucchi. ni o 4 zollette di zucchero sciolti in acqua
1 bicchiere (125 ml) di succo di frutta o 150 ml di bibita zuccherata
2 cucchi. da tavola di miele o marmellata

IN CASO DI IPOGLICEMIA:

- Non sottovalutare mai anche una "piccola" ipoglicemia o un suo prodromo; mantieni alta l'attenzione
- Ricerca i fattori causali
- Rivaluta la terapia ed aggiusta le dosi
- Privilegia il riscontro dei sintomi rispetto al valore del glucometro (riverificare sempre l'affidabilità)
- Ricorda che la soglia glicemica per l'insorgenza dei sintomi può essere variabile; alcuni soggetti molto anziani possono manifestarli anche per valori di glicemia superiori a 70 mg/dl.

IPOGLICEMIA: rappresenta l'insidia maggiore.

Ogni paziente deve essere attentamente e ripetutamente istruito sul fenomeno e sui provvedimenti urgenti, nonché sulla necessità di contattare il curante per l'eventuale revisione della terapia. I pazienti in età più avanzata presentano sintomi da neuroglucopenia (ad es. tremori, debolezza, confusione, incubi, comportamenti violenti) più che di tipo adrenergico (sudorazione, palpitazione, tremori), anche se spesso coesistono. L'ipoglicemia in alcuni casi si manifesta con emiparesi transitorie, coma e caduta a terra.

FATTORI DI RISCHIO DI IPOGLICEMIA NEL GRANDE ANZIANO

Assunzione di alcol
Controllo glicemico stretto
Deficit cognitivo o stati confusionali
Disfunzione epatica
Errori di assunzione dei farmaci antidiabetici orali
Errori nel bilanciamento farmaco / pasto
Farmaci sedativi
Insufficiente comprensione da parte del paziente o del care giver
Insufficienza renale
Malnutrizione o scarsa alimentazione
Neuropatia autonoma e uso di farmaci betabloccanti
Ospedalizzazione recente
Politerapia
Ridotta capacità di compenso ed efficacia dei meccanismi controgolatori
Ridotta consapevolezza del paziente
Ridotta intensità dei sintomi
Terapia con sulfoniluree o insulina

APPORTO DI LIQUIDI E DISIDRATAZIONE: se da un lato la presente nota richiama l'attenzione sulla flessibilità di interpretazione delle soglie iperglicemiche, va altresì sottolineato che prolungate iperglicemie (per più giorni e NON come episodi sporadici) determinano poliuria (o nicturia) e contribuiscono al rischio aumentato di disidratazione (fattore concausale del coma iperosmolare). Il rischio di disidratazione aumenta a questa età anche perché si riduce il senso della sete. Pertanto, il corretto apporto di liquidi rientra a pieno titolo nella terapia del diabete del grande anziano con glicosuria elevata.

TERAPIE COMPLEMENTARI: come per gli altri pazienti diabetici, anche qui ci si deve interrogare se accanto ai farmaci per il diabete non sia indicato associare una terapia ipotensiva, ipolipemizzante ed antiaggregante. In generale, un'attenzione unitaria al profilo di rischio metabolico e cardiovascolare globale, con adeguate terapie multi-target devono indurre a cercare di ottenere ragionevoli successi (parziali) contemporaneamente su più fronti, e quindi "accettabili", piuttosto che "forzare" per raggiungerne di più stringenti, con maggiori rischi (nel caso, la riduzione della glicemia con possibili ipoglicemie più frequenti).

QUADRO SINOTTICO DI ORIENTAMENTO PER LA MULTI-TERAPIA NEL DIABETE NEL GRANDE ANZIANO.

FARMACO	INDICAZIONE*	APPROPRIATEZZA	SICUREZZA
Insulina	++++	Obbligatoria con schema basal-bolus in DMT1 o in fase di esaurimento betacellulare nel DMT 2; in caso di malattia acuta, febbre, infezione, trauma, stress. Raccomandabile la dose unica serale (bed-time) in caso di fallimento secondario della terapia orale. Possibile lo shift a terapia orale a certe condizioni specifiche. NB ALLA ACUITA' VISIVA	Basal-bolus: avere certezza di pasti corretti; non "forzare" le dosi; accettabili glicemie postprandiali fino a 250 mg/dl. Bed-time : non "forzare" le dosi, per ottenere glicemie del mattino a digiuno > 120 mg/dl.
Metformina	+++++	E' pietra miliare della terapia; corregge l'iperglicemia mattutina; favorevole l'associazione con secretagoghi ed insuline; le indicazioni d'uso si riducono con il progredire dell'età avanzata	Stop se VFG < 30 ml/min (sup. corp. 1,73 mq)
Acarbose	++++	Prescrivibile in classe A; indicazione elettiva per l'iperglicemia postprandiale; funziona bene in associazione	Non provoca ipoglicemia; titolare la dose per ridurre gli effetti avversi g.i.
Secretagoghi	++	Corregge l'iperglicemia postprandiale; le indicazioni si riducono con il progredire dell'età avanzata; <u>dose unica al pasto più ricco in carboidrati</u>	Sospensione della dose in caso di pasto incerto/assente. Valutare possibili interferenze/interazioni con altri farmaci.
Ipotensivi	+++++	D'obbligo in prevenzione secondaria, fortemente raccomandato anche in prev. primaria	Goal: 140/80 mmHg; non forzare oltre la terapia (ipotensioni, sincopi,...); attenzione a non abbassare la diastolica < 70 mmHg (problemi di flusso coronarico). Se usati ACE-I o sartani, controllo post-inizio e periodici di funzione renale e potassiemia (idem con diuretici).
Statine	+++	Raccomandabile in prev.secondaria, se evento o rivascolarizzazione recente; rinunciabile se eventi lontani; non utile in prev. primaria.	Preferire per profilo sicurezza/efficacia/costo: 20 mg/die simvastatina, indipendentemente da valori di LDL-C ottenuti (effetto stabilizzazione della placca).
Antiaggreganti	++	Raccomandato in prevenzione II; rinunciabile in prevenzione I	MAI se precedenti di sanguinamento g.i.
WARNING	CONTA LE COMPRESSE TOT. PRESCRITTE E VERIFICA L'ACCETTABILITA'. RICORDA : > 8 CP/DIE RISCHIO ELEVATO DI NON-ADESIONE; OLTRE 5 TIPI DI FARMACO CONTEMPORANEI RISCHIO ELEVATO DI EFFETTI AVVERSI		

* per "INDICAZIONE" si intende l'insieme delle indicazioni cliniche, della forza delle prove di efficacia, della frequenza d'uso, della fattibilità/impatto pratico globale

LAVORO IN EQUIPE: i migliori risultati possono essere ottenuti con un lavoro in team, multiprofessionale, in cui spicca il ruolo dell'infermiere, anche come professionista più esperto nella costruzione di relazioni positive con il paziente, premessa indispensabile per la comprensione delle eventuali difficoltà del paziente, l'educazione del paziente e/o del care giver, il monitoraggio della compliance. L'integrazione tra i vari professionisti-attori di cura assicura l'approccio globale alla persona. Per determinate azioni di rinforzo informativo è utile ricercare la collaborazione delle associazioni di volontariato. Per l'assistenza integrata, la cornice organizzativa da preferire è quella del distretto, che diventa motore della continuità assistenziale e baricentro dell'integrazione ed è responsabile della realizzazione degli interventi domiciliari e residenziali.

COMPLIANCE: il medico che inizia od aggiorna una terapia antidiabetica deve sempre essere consapevole della globalità dei farmaci prescritti/assunti. E' provato che l'assunzione di oltre 8 cp/die comporta elevata probabilità di omissioni, abbandoni della terapia od errori. Un numero superiore a 5 tipi di farmaco parimenti aumenta la probabilità di errori ed interazioni sfavorevoli. E' sempre consigliabile fornire al paziente ed al care giver uno schema scritto in cui siano ben chiari i vari tipi di farmaco, lo scopo d'uso, la dose e l'ora di assunzione. Nei casi di terapie complesse, il paziente (care giver) va incoraggiato nell'uso di un diario delle terapie, in cui vengono annotate dosi e tipi di farmaci effettivamente assunti.

CADUTA A TERRA: Nei diabetici vi è un aumento del rischio di caduta di quasi tre volte e un rischio raddoppiato di riportare lesioni conseguenti, con una maggiore frequenza di fratture nei soggetti di sesso femminile.

Pertanto, ad ogni evento o quasi-evento, anche senza conseguenze, è d'obbligo verificare se non sia implicata la terapia antidiabetica, anche nel senso di eccesso relativo di dose (sproporzione tra dose ed introito calorico), oppure quella ipotensiva. Il paziente va comunque rivalutato nel suo insieme (fragilità aumentata) e riformulato il programma terapeutico-assistenziale globale e predisposte misure ambientali e personali di prevenzione della recidiva.

NB: Se il paziente assume anticoagulanti orali va posto il problema della possibile sospensione della terapia (scelta da preferire in caso di paziente con rischio tromboembolico non elevato).

La terapia nel "grande anziano" con demenza

L'argomento merita una **riflessione particolare** in quanto :

1. negli ultra80enni il problema è presente con **elevata prevalenza** (range in letteratura 20-50%)
2. **esistono correlazioni tra diabete e demenza:** il diabete mal controllato accentua i sintomi e probabilmente accelera la progressione della malattia; l'assistenza deve essere affidata ad un care giver capace.

Si riporta a stralcio quanto contenuto negli attuali Standard Italiani di cura del diabete:

"Nei pazienti anziani affetti da diabete tipo 2 è stata dimostrata la possibilità di alterazioni precoci delle funzioni cognitive. In base alla gravità, la disfunzione cognitiva di un diabetico anziano può non essere diagnosticata e avere ripercussioni considerevoli, comprendenti un aumentato tasso di ricovero ospedaliero, minori capacità autoassistenziali, probabilità inferiori di un follow-up specialistico e un rischio incrementato di istituzionalizzazione.

Tutte queste condizioni andrebbero indagate inizialmente attraverso la valutazione multidimensionale e in seguito nel corso dei controlli periodici, eventualmente ricercandone cause potenzialmente reversibili mediante l'appropriata riabilitazione. Il medico curante di un diabetico anziano dovrebbe prendere in considerazione la possibile presenza di un decadimento cognitivo, sia nel corso della valutazione iniziale sia in presenza di un declino non altrimenti giustificabile dello stato clinico che si manifesti (ad esempio, con un'aumentata difficoltà nella cura di sé). (Livello della prova VI, forza della raccomandazione C)"

Nella pratica clinica del diabetico grande anziano con demenza è pertanto opportuno tenere in considerazione alcune raccomandazioni specifiche:

- La terapia antidiabetica deve bilanciare con massima attenzione l'efficacia (potenza ipoglicemizzante) e l'assenza di ipoglicemia (deleteria, in quanto il paziente potrebbe non essere in grado di comunicare i sintomi), ponendo in bilancio l'aspettativa di vita (in questi pazienti le funzioni vitali possono essere buone, con sopravvivenza spesso superiore ai 5 anni).
- Se va prioritariamente evitata l'ipoglicemia, sia da sovra-dosaggio farmacologico assoluto che relativo, non si deve tuttavia rinunciare a raggiungere un compenso glicemico soddisfacente. Questo può conferire un possibile effetto positivo (probabile, pur non provato) sulla performance cognitiva attuale. Esistono indizi che questo effetto possa essere più marcato con la terapia insulinica.
- Nel programma di assistenza vanno aumentate le risorse a favore dell'istruzione/educazione del care giver.

La terapia nel "grande anziano" in assistenza domiciliare o residenziale

Le cautela, la prudenza ed il buon senso clinico da usare nel grande anziano diabetico vanno ulteriormente aumentate e ben praticate per questi pazienti molto fragili. Qui si osservano infatti con più probabilità:

- Maggiori condizioni di fragilità e comorbidità
- Minore aspettativa di vita
- Più rilevante decadimento cognitivo
- Ridotta alimentazione, malnutrizione, elevato rischio di ipoglicemia
- Ridotta capacità di (auto)gestione della malattia (dei farmaci !)
- Maggiori esigenze di educazione/istruzione del care giver.

Uno studio ha evidenziato che uno stretto controllo (glicemia tra 70 e 250 mg/dl) non porta beneficio in una popolazione anziana assistita a lungo termine in residenze protette.

Per completezza, si riporta a stralcio quanto contenuto a riguardo negli attuali Standard Italiani di cura del diabete:

“Obiettivi di cura per i pazienti in residenza sanitaria assistenziale e in casa di riposo”

I due più importanti obiettivi per la cura dei pazienti diabetici anziani ospiti nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e nelle case di riposo dovrebbero essere:

- *mantenere il massimo livello di qualità di vita e di benessere, evitando di sottoporre i pazienti a interventi medici e terapeutici non appropriati e superflui;*
- *fornire supporto per consentire ai pazienti di gestire la propria condizione diabetica, ove ciò sia possibile e utile.*

Altri obiettivi essenziali dovrebbero essere:

- *raggiungere un controllo metabolico soddisfacente (se non ottimale), evitando sia l'iperglicemia sia l'ipoglicemia, consentendo il massimo livello di funzione fisica e cognitiva;*
- *ottimizzare la cura dei piedi e la cura della vista, per favorire il miglior grado possibile di mobilità, ridurre il rischio di cadute ed evitare ricoveri ospedalieri non necessari;*
- *assicurare un piano nutrizionale e dietetico bilanciato al fine di prevenire uno stato malnutritivo (in eccesso e in difetto);*
- *effettuare uno screening efficace delle complicanze del diabete a intervalli regolari, con particolare attenzione alla neuropatia e alla vasculopatia periferica, che predispongono all'ulcerazione e all'infezione dei piedi, nonché alle complicanze oculari.*

Ogni residenza sanitaria assistenziale che ospiti pazienti diabetici dovrebbe avere un piano o un protocollo concordato di assistenza diabetologica, sottoposto a regolari revisioni. (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B) “

PUNTI-GUIDA TASCABILI



1. Nel grande anziano diabetico goals terapeutici e uso dei farmaci richiedono grande prudenza ("vacci piano")
2. Non rinunciare ad essere determinato e personalizza il programma terapeutico-assistenziale, da concordare sempre con il

Fai la mossa giusta:
"aggiungi un posto a tavola, la prevenzione è di casa"



paziente ed i familiari/care giver

3. Considera sempre obiettivo prioritario la qualità di vita del paziente (e dei familiari)
4. Rifletti se la sua vita restante ha/avrà qualità migliore con/senza le cure che proponi
5. Usa un approccio globale, con occhio di riguardo per la persona nel suo insieme; lavora in equipe multiprofessionale
6. Nelle tue decisioni pesa e poni in giusto equilibrio i benefici ed i rischi, i possibili vantaggi ed i certi svantaggi delle tue scelte
7. Temi e considera sempre attentamente l'eventualità dell'ipoglicemia
8. Ricerca la possibile coesistenza di deficit cognitivo, depressione, rischio di caduta
9. Usa il minor numero di farmaci possibile e sospettane gli effetti avversi da interazione
10. Impegnati perché l'organizzazione ed offerta di cure siano adeguate alle esigenze attuali del paziente e dei familiari; assicura loro facile accesso alla consulenza

Il presente numero è stato redatto dal gruppo di lavoro per la stesura del Prontuario Terapeutico di area vasta giuliano-isontina (PTAV).

Il medico prescrittore dovrebbe tenere in considerazione la presente nota informativa nella gestione dei propri assistiti, ma ad ogni modo il documento non vuole sovrapporsi alla responsabilità del singolo professionista nel prendere le giuste decisioni cliniche alla luce delle condizioni dei diversi pazienti. L'inclusione o l'esclusione nella lista positiva costituente il PTAV non preclude la prescrizione motivata di altro principio attivo da parte dello specialista.



Referente per il "Così è se vi pare":
dr. Stefano Palcic
S.C. Assistenza Farmaceutica- S.S. Servizio Farmaceutico
Direzione Sanitaria - ASS1



Per segnalazioni, integrazioni, contributi culturali:
Strada della Rosandra 24 - Tel. 0403995978 - Email: stefano.palcic@ass1.sanita.fvg.it

Il 'Così è se vi pare' è scaricabile, citando la fonte, dal sito ASS1: www.ass1.sanita.fvg.it

**Il 'Così è se vi pare' è stato presentato al XIX al Seminario Nazionale "La valutazione dell'uso e della sicurezza dei farmaci: esperienze in Italia- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'".
L'abstract della presentazione è pubblicato in ISTISAN Congressi disponibile sul sito www.iss.it.**

-Bibliografia disponibile a richiesta-