

LE INFERMIERE DICONO



IL DIABETE E L'ANZIANO

Il 65% delle persone con diabete ha più di 65 anni, una su cinque ha più di 80 anni e l'età media dei diabetici italiani è 68 anni. Ciò significa che chi cura il diabete ha spesso a che fare con persone nella terza o nella quarta età. Il trattamento del diabete nell'anziano deve seguire delle regole particolari.

L'OMS stima che entro il 2040 nel mondo una persona su 10 sarà affetta da diabete, con una maggiore incidenza negli uomini rispetto alle donne. Un dato non da poco, visto che sempre secondo l'OMS, l'iperglicemia rappresenta, dopo ipertensione e tabagismo, il terzo fattore di rischio più importante per mortalità precoce, responsabile nel 2015 di circa 5 milioni di morti. Nell'anziano si parla spesso di **fragilità**, intesa come condizione caratterizzata da una riduzione della riserva funzionale con incremento della vulnerabilità età-dipendente. Ciò significa che un evento acuto, che in un soggetto in buona salute può essere rapidamente ed efficacemente controllato, in un soggetto fragile può portare a gravi conseguenze. E' il caso dello scompenso glico-metabolico acuto, sia inteso come iperglicemia sia soprattutto come ipoglicemia.

Per una gestione ottimale del diabete mellito nell'anziano bisogna avere una visione a tutto tondo su più aspetti, eccone alcuni:

- **effettuare di routine una valutazione nutrizionale:** con uno strumento di valutazione standardizzato, come il **Mini Nutritional Assessment (MNA)**, un questionario su aspetti fisici e comportamentali riguardanti lo stato nutrizionale dell'anziano. Per la compilazione bastano 10 minuti ed è molto utile anche nel diabetico. L'anziano è ad elevato rischio malnutrizione, condizione che si somma ai cambiamenti legati all'età (riduzione della massa ossea e muscolare e del contenuto di acqua, aumento della massa grassa).
- **Intervenire su nutrizione e attività fisica:** tutti i pazienti anziani con diabete e i loro caregiver devono ricevere un counselling sull'importanza di nutrizione e attività fisica. Il piano nutrizionale va personalizzato in base alle preferenze e alle abitudini individuali, lo stato di salute fisica e mentale e la terapia in atto. La dieta mediterranea è quella da preferire; l'apporto proteico non deve superare il 10-20% delle calorie totali in presenza di insufficienza renale. Quando la dieta da sola non basta a garantire i fabbisogni nutrizionali, si può ricorrere a integratori proteici, vitamina B12, vitamina D e calcio. Va garantito un adeguato apporto di liquidi per evitare la disidratazione. Gli anziani con diabete in buone condizioni vanno inoltre incoraggiati a fare attività fisica (150 minuti a settimana di attività fisica aerobica di

moderata intensità, associata a esercizi di resistenza e di stretching) e a ridurre i periodi di sedentarietà.

- **Non dimenticare l'impatto delle altre malattie dell'anziano sul diabete.**

L'anziano con diabete di tipo 2 dovrebbe essere sottoposto a una valutazione multidimensionale geriatrica (misura delle funzioni globale/fisica, cognitiva e affettiva) e delle sindromi geriatriche. Un anziano con limitazioni potrebbe avere infatti difficoltà a gestire la terapia ipoglicemizzante. Per lo stesso motivo bisogna vigilare sulla possibile comparsa di decadimento cognitivo o di depressione. Nella somministrazione di farmaci va sempre tenuto presente il grado di funzionalità renale sul quale va deciso il dosaggio dei farmaci. Lo screening annuale deve prevedere la ricerca dei sintomi di incontinenza e soprattutto di episodi di caduta a terra (dovuti spesso a ipoglicemia, alla neuropatia diabetica e ai disturbi della vista). Nei pazienti fragili non vanno perseguiti obiettivi glicemici troppo ambiziosi, per il rischio di incorrere nell'ipoglicemia e nelle gravi complicanze che può comportare (cadute, fratture, ecc.). Nei diabetici anziani gli obiettivi glicemici da raggiungere con il trattamento vanno modulati sulla base del farmaco utilizzato e il suo rischio di dare ipoglicemia. Per i farmaci a basso rischio di ipoglicemia, l'obiettivo di emoglobina glicata può essere <al 7%. Nel caso in cui sia necessario somministrare farmaci a rischio di ipoglicemia è bene avere un obiettivo meno restrittivo (emoglobina glicata tra 7,5 /8%) in presenza di fragilità (complicanze gravi, decadimento cognitivo, demenza, pluripatologie).

- **Utilizzare il Glucometro per l'automonitoraggio della glicemia:** deve essere infatti facile da usare e da leggere; ne esistono alcuni con risposta vocale per i pazienti ipovedenti. Va sempre sottolineata l'importanza del monitoraggio della glicemia. L'anziano deve sapere come gestire un'eventuale ipoglicemia e portare sempre con sé delle bustine di zucchero.

- **Qualora sia necessario l' utilizzo degli ipoglicemizzanti orali: la metformina** (su ricetta medica) è il farmaco di prima scelta anche negli anziani, purché non vi sia un'insufficienza renale grave, insufficienza cardiaca grave, insufficienza respiratoria o epatica. Altrimenti da preferirsi è il **repaglinide** per la sua efficacia, tollerabilità, semplicità d'uso e per il profilo di sicurezza cardiovascolare.

Infine:

- **La terapia insulinica:** perché quando è necessario passare all'insulina, la prima da prescrivere è un analogo basale. Nei pazienti con iperglicemia dopo i pasti può essere necessario iniziare anche una terapia insulinica ai pasti. Il paziente deve essere accuratamente istruito all'uso delle "penne" o delle siringhe da insulina e alle modalità iniettive. L'automonitoraggio deve farsi più attento e va istruito a come gestire un'eventuale ipoglicemia.

Infermiera Sonia Turla