



GESTIRE IL DIABETE NEGLI OVER70: IL PRIMO DOCUMENTO DI CONSENSO

A fronte dell'estrema complessità e criticità di gestione dei pazienti diabetici anziani, finora mancavano indicazioni operative chiare e condivise per offrire un supporto adeguato a questa popolazione clinica. Il documento elaborato congiuntamente dall'International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), l'European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) e l'International Task Force of Experts in Diabetes contribuisce a colmare questa lacuna, ponendo le basi per una presa in carico ottimale. Con una raccomandazione di fondo: porre al centro delle scelte cliniche il benessere globale della persona.

Nell'ambito di una patologia complessa e delicata da gestire come il diabete di tipo 2, esiste una categoria di pazienti che richiede una sensibilità clinica ancora maggiore e interventi attentamente calibrati in funzione del quadro individuale: quella degli over70. Vale a dire, proprio il gruppo di soggetti diabetici che finora ha ricevuto cure meno mirate e specifiche, vuoi per il timore di destabilizzare ulteriormente equilibri già precari, vuoi per l'oggettiva mancanza di chiare indicazioni su come approcciare questi pazienti che, proprio per la loro criticità, sono stati spesso esclusi dagli studi clinici. Consapevole dell'esigenza, clinica ed etica, di offrire agli anziani affetti da diabete di tipo 2 un miglior supporto terapeutico e della lacuna di indirizzo operativo con cui si sono confrontati finora specialisti e medici di medicina generale (MMG), l'International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), l'European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) e l'International Task Force of Experts in Diabetes hanno sviluppato un documento di consenso, focalizzato sui principali aspetti critici della gestione della terapia in questo gruppo di pazienti (Sinclair A et al. *J Am Med Dir Assoc*, 2012). Partendo da una considerazione di fondo: dopo i 70 anni, obiettivi primari degli interventi devono essere la sicurezza e il benessere globale del paziente e non il singolo parametro di laboratorio.

Target glicemici da modulare

Punto primo: tenere sotto controllo la glicemia è evidentemente fondamentale anche nei pazienti anziani, ma il target glicemico da prefissare deve essere calibrato in funzione del quadro clinico globale del paziente, delle specifiche copatologie presenti e della funzionalità cognitiva. Come criterio generale, il valore desiderabile di emoglobina glicata (HbA1C) è compreso tra 7,0 e 7,5% (53-59 mmol/mol). Nessun paziente, dovrebbe essere trattato con farmaci antidiabetici se la glicemia a digiuno non è costantemente superiore a 7 mmol/l e durante la terapia questo parametro non deve scendere al di sotto di 7 mmol/l. Situazioni di glicemia a digiuno <5 mmol/l e >11 mmol/l devono essere attentamente evitate: la prima in considerazione dei rischi particolarmente severi associati a condizioni di ipoglicemia negli over70; la seconda al fine di evitare le ben note complicanze correlate al diabete. Queste indicazioni devono essere, poi, ulteriormente personalizzate nel singolo paziente, soprattutto qualora siano presenti condizioni di depressione, demenza, non-autosufficienza o malattia terminale e negli anziani diabetici ospitati in strutture residenziali.

Gestione globale delle comorbidità

La presenza di una o più patologie in aggiunta al diabete e le terapie necessarie per gestirle rendono i pazienti anziani un vero e proprio campo minato. Per una gestione ottimale è indispensabile operare un inquadramento geriatrico globale preliminare del paziente, che tenga conto anche dei deficit funzionali, della disabilità e dello status nutrizionale. Nello specifico degli anziani diabetici e ipertesi va ricordato che i target pressori da raggiungere sono meno stringenti di quelli fissati al di sotto dei 70 anni. I valori soglia oltre i quali intraprendere una terapia antipertensiva specifica corrispondono a 140/80 mmHg tra 70 e 74 anni e 150/90 mmHg dai 75 anni in avanti e in chi presenti disabilità significative. Valori pressori inferiori sono, tuttavia, auspicabili in soggetti con funzionalità renale ridotta, con tasso di filtrazione renale stimato (eGFR) <60 l/min/1,73 m². Il livello di funzionalità renale nei pazienti con nuova diagnosi di diabete di tipo 2 va sempre valutato in occasione dell'inquadramento iniziale e monitorato almeno a cadenza annuale.

Più attenzione alla sicurezza del paziente

Per prevenire al meglio possibile effetti collaterali ed eventi avversi associati alle terapie, i diabetici over70 devono essere esaminati e periodicamente rivalutati sul piano fisico e psicologico per evidenziare precocemente evoluzioni sfavorevoli del quadro clinico ed evitare che condizioni iniziali (spesso sotto-

diagnosticate) di depressione, declino cognitivo o deficit di memoria possano interferire con un'adeguata gestione della terapia. Allo stesso scopo, sono raccomandate la pianificazione di controlli annuali dell'udito e della vista e un'analisi periodica delle difficoltà pratiche incontrate dai pazienti nella vita quotidiana, che potrebbero richiedere l'introduzione di un supporto specifico. Sul fronte del trattamento farmacologico terapeutico, deve essere il più possibile evitato il ricorso a politerapie, esaminando criticamente la reale necessità e l'opportunità di introdurre nuovi farmaci nel piano terapeutico. D'altro canto, qualora si rilevi la necessità di una terapia aggiuntiva, questa non deve essere né posticipata né somministrata a dosaggi ridotti, di norma inadeguati a offrire il beneficio clinico ricercato. Le classi farmacologiche fondamentali nella gestione del diabete e delle comorbidità associate nell'anziano sono essenzialmente quelle delle statine, degli ACE-inibitori e degli ipoglicemizzanti.

Ridurre gli episodi di ipoglicemia

Nei pazienti diabetici anziani in trattamento ipoglicemizzante, condizioni di ipoglicemia, definite come il riscontro di livelli plasmatici di glucosio inferiori a 4 mmol/l, sono frequenti e vanno attivamente prevenute. Non soltanto per i rischi direttamente connessi allo squilibrio metabolico, ma anche gli incidenti e le ulteriori complicanze che possono accompagnare gli episodi ipoglicemici (cadute, fratture, ospedalizzazione, aumento della mortalità ecc.). I soggetti in trattamento cronico con sulfonilurea vanno seguiti con maggiore attenzione su questo fronte, in quanto esposti a un rischio di ipoglicemia particolarmente elevato e ulteriormente aggravato da eventuali politerapie, declino cognitivo, malnutrizione, recente dimissione ospedaliera o permanenza in strutture residenziali per anziani. Sia i pazienti sia i familiari devono essere informati sui rischi associati alle ipoglicemie ed educati a prevenirle e gestirle in modo corretto. Tutti gli episodi ipoglicemici e gli interventi d'emergenza richiesti devono essere registrati dal medico di riferimento.

I cardini dell'approccio terapeutico

Nonostante l'età avanzata e tenuto conto dei limiti fisici oggettivi individuali, tutti i pazienti diabetici over70 devono essere invitati a praticare regolarmente attività fisica in relazione alle loro potenzialità, puntando principalmente su esercizi di resistenza, miglioramento dell'equilibrio e della funzionalità cardiovascolare. Le restrizioni dietetiche, al contrario, devono essere evitate in ragione dell'alterata efficienza di assorbimento intestinale e della tendenziale malnutrizione dei soggetti anziani.

Per quel che concerne il trattamento ipoglicemizzante, il principio attivo da proporre in prima battuta resta la metformina, eventualmente associata a insulina nei casi che richiedano terapie di combinazione. La terapia con sulfonilurea va, invece, evitata a causa del già citato rischio di ipoglicemie. In pazienti selezionati, schemi basati sulla sola insulina basale possono essere preferibili rispetto a quelli che prevedono la combinazione di insulina basale e boli prandiali o insuline premiscelate.

Nei pazienti in terapia ipoglicemizzante non a target possono essere introdotti, nel contesto degli approcci di seconda linea, inibitori delle dipeptidil-peptidasi 4 (DPP-4). In caso di risposta insufficiente ai rimedi di prima linea, nei pazienti obesi può essere utile prevedere il trattamento con agonisti del glucagon-like peptide 1 (GLP-1), caratterizzati da un effetto neutro o di favorevole riduzione del peso corporeo. Anche l'impiego di pioglitazone può essere previsto tra gli interventi di seconda linea, dopo metformina, ma soltanto nei pazienti che non presentino un elevato rischio di insufficienza cardiaca od osteoporosi e privi di storia di tumore della vescica.

Oltre a queste indicazioni specifiche, sia per i pazienti diabetici over70 gestiti a domicilio sia per quelli ospitati in strutture residenziali per anziani vanno individuate strategie di supporto pratico e intrapreso un monitoraggio geriatrico globale personalizzati, finalizzati a ridurre l'impatto delle eventuali disabilità fisiche e neuropsicologiche e ad assicurare un'adeguata tutela da incidenti e complicanze e la massima qualità di vita. A tal fine, familiari, caregiver e personale assistenziale devono essere coinvolti in programmi di informazione educazione mirati.

Appropriatezza e sostenibilità

Posti la sempre maggior diffusione del diabete, di condizioni di sovrappeso e obesità predisponenti la sua insorgenza e il costante allungamento della vita media a livello globale, la popolazione dei pazienti diabetici over70 subirà inevitabilmente un incremento nei prossimi anni. Oltre che sul piano della gestione clinica, ciò comporterà notevoli criticità sul fronte sociosanitario e assistenziale per i sistemi sanitari di tutti i Paesi del mondo. Oltre che attraverso un impegno più convinto e attivo nella prevenzione indirizzata a tutte le fasce d'età, la possibilità di offrire trattamenti definiti sulla base di un approccio globale al paziente, in relazione allo specifico quadro clinico, diventa irrinunciabile non soltanto per assicurare ai malati cure ottimali e una migliore qualità di vita, ma anche per ridurre i costi di gestione e supportare la sostenibilità della sanità pubblica. Il documento di consenso elaborato dal panel internazionale di esperti di diabete e salute dell'anziano, pur non entrando nello specifico delle differenti situazioni cliniche, sottolinea alcune linee di indirizzo fondamentali, su cui dovranno modellarsi i piani terapeutici indirizzati ai pazienti diabetici della fascia d'età superiore nei prossimi anni. Benché caratterizzato da un livello 5 (con 5 minimo) di credibilità, in quanto basato esclusivamente sull'opinione di esperti, questa prima sintesi operativa rappresenta,

comunque, un solido punto di riferimento, sviluppato applicando un metodo rigoroso per individuare i punti chiave della discussione e le relative posizioni a riguardo.

I prossimi passi da compiere

Oltre a precisare le principali criticità clinico-pratiche, il documento di consenso ha individuato alcune questioni che restano da approfondire, quali, per esempio, la definizione degli approcci di prima e seconda linea più appropriati nel paziente diabetico anziano e, in questo contesto, il ruolo degli inibitori DPP-4 e delle incretine; il modello assistenziale più vantaggioso; la valutazione dei tassi di ricovero associati alla gestione domiciliare e nelle strutture residenziali; la definizione del livello e delle caratteristiche della disabilità fisica e cognitiva tra i pazienti diabetici over70. I principali aspetti sui quali dovrebbero, invece, concentrarsi gli studi clinici secondo il panel di esperti comprendono: il ruolo dell'attività fisica, della dieta e dei farmaci ipoglicemizzanti nel controllo del diabete in età avanzata; l'ottimizzazione della gestione territoriale per prevenire i ricoveri; le strategie finalizzate alla riduzione degli episodi di ipoglicemia; la valutazione della costo-efficienza dei diversi farmaci ipoglicemizzanti; lo sviluppo di nuovi device di supporto all'autogestione del diabete da parte di pazienti anziani; gli interventi finalizzati alla prevenzione/riduzione delle complicanze correlate al diabete e all'età avanzata (declino cognitivo, perdita di autonomia).

Tipo di studio:

Documento di consenso internazionale.

Citazione completa:

Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, Bourdel-Marchasson I, Vischer U, Woo J, Chapman I, Dunning T, Meneilly G, Rodriguez-Saldana J, Gutierrez Robledo LM, Cukierman-Yaffe T, Gadsby R, Scherthaner G, Lorig K. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc*, 2012; 13(6):497-502. doi: 0.1016/j.jamda.2012.04.012 (<http://www.jamda.com/article/S1525-8610%2812%2900131-4/abstract>)

Luglio 2013 - ASL della Provincia di Pavia