

Assistenza ai diabetici anziani istituzionalizzati

Nello scrivere questo articolo il ricordo va all'Amico Massimo Boemi

Maria Antonietta Pellegrini

CDN Fondazione AMD

Parole Chiave

Eterogeneità di Popolazione
Eterogeneità di Assistenza
Personalizzazione delle Cure

Summary

Health services for diabetic patients living in nursing homes commonly feature shortcomings attributable to both the on-site medical facilities and the process of institutionalization itself. The global prevalence of diabetes mellitus among nursing home residents is estimated, to range from 7-27%. Treatment required for elderly diabetics living in long-term nursing facilities is complicated by significant heterogeneity in the patients' clinical needs and functional status (medical comorbidity, secondary complications, etc), common shortcomings include the absence of individualized treatment plans, inadequate dietary management, and poor follow-up with medical specialists.

Case di riposo: il complesso scenario italiano

L'assistenza sanitaria e socioassistenziale agli anziani non autosufficienti rappresenta una delle grandi sfide che la società italiana si trova ad affrontare. Il ricovero in istituto è di solito una scelta fatta per necessità dalla famiglia: condizioni fisiche e/o mentali precarie della persona, lontananza delle reciproche residenze, rapporti conflittuali che non consentono coabitazioni, tentativi falliti di mantenere insieme la coppia genitoriale quando uno dei due diventa non autosufficiente, queste e altre motivazioni mettono in moto il percorso, prima solo mentale e poi concreto, verso la ricerca di un posto letto. Si tratta spesso di una scelta in qualche modo "obbligata", dopo tentativi di trovare soluzioni diverse¹.

Al momento i dati italiani disponibili per i presidi residenziali socioassistenziali e socio-sanitari attivi sono fermi al 2013. Va ricordato che l'offerta italiana è molto eterogenea sia per tipologia di strutture, che per loro denominazione e questo crea inevitabili difficoltà a una precisa raccolta dei dati. L'eterogeneità riguarda anche la natura, pubblica o privata, delle strutture residenziali per anziani. Attraverso l'analisi della ragione giuridica si evince come solo il 14% di queste siano direttamente gestite dai Comuni, anche attraverso associazioni e consorzi loro afferenti, dalle Aziende sanitarie o, ancora, da Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP). Circa il 70% delle strutture sono gestite da soggetti privati, ma all'interno di questo settore coesistono una pluralità di ragioni giuridiche diverse.

Dai dati Istat 2013 emergono 12.261 strutture per complessivi 384.450 posti letto (6 ogni 1.000 persone residenti). L'offerta è costituita prevalentemente da "unità di servizio" che integrano l'assistenza di tipo sociale e quella di natura sanitaria con oltre due terzi dei posti letto complessivi (74%); l'utenza cui si rivolgono è costituita per lo più da anziani non autosufficienti. Esistono forti squilibri territoriali: l'offerta raggiunge i più alti livelli nelle regioni del Nord, dove si concentra il 66% dei posti letto complessivi (9 ogni 1.000 residenti) e tocca i valori minimi nel Sud con il 10% dei posti

Indirizzo per la corrispondenza

MARIA ANTONIETTA PELLEGRINI
antonpe55@gmail.com

letto (soltanto 3 posti letto ogni 1.000 residenti). Le regioni del Nord dispongono anche della quota più alta di posti letto a carattere sociosanitario, con 7 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore di 2 posti letto nelle regioni del Sud. Nei presidi socioassistenziali e socio-sanitari sono assistite 367.485 persone: quasi 280 mila (76%) hanno almeno 65 anni, oltre 71 mila (19%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, oltre 17 mila (5%) sono giovani con meno di 18 anni ².

Ospiti diabetici: epidemiologia

La prevalenza del diabete mellito tra gli ospiti delle case di riposo è stimata, a livello internazionale, in percentuali variabili dal 7 al 27%. Scarsissimi sono i dati italiani; un'indagine condotta nel Tri-veneto tra il 2000 e il 2001 su 393 case di riposo (sulle 496 interpellate) aveva rilevato una prevalenza di ospiti diabetici di circa il 14%. Uno studio successivo, condotto in Friuli-Venezia Giulia, ha evidenziato che gli ospiti affetti da diabete mellito nelle strutture regionali censite erano il 18,98% del totale, con una prevalenza della malattia diabetica maggiore tra gli uomini (21,9%) rispetto alle donne (17,9%). A questi pazienti bisogna aggiungere almeno un 10% di pazienti affetti da diabete non diagnosticato ³⁻⁵.

Ospiti diabetici: qualità delle cure

La cura dei soggetti diabetici anziani istituzionalizzati è sicuramente resa difficile dall'eterogeneità clinica e funzionale di questa popolazione (pazienti spesso fragili, non autosufficienti, con almeno 2-3 comorbidità associate, complicanze micro- e macrovascolari) e dalle carenze qualitative dell'assistenza diabetologica, che possono essere così riassunte ⁴⁻⁶:

- assistenza demandata principalmente al personale infermieristico non adeguatamente formato;
- scarsissima offerta di assistenza medica;
- assenza di piani di cura personalizzati;
- inadeguata valutazione nutrizionale e scarsa attenzione alla composizione dei pasti;
- mancanza di follow-up medico-specialistico;
- mancanza di protocolli condivisi per la gestione delle ipo- e delle iperglicemie (questo comporta il frequente ricorso a invii in pronto soccorso e a ricoveri inappropriati che minano ulteriormente la fragilità spesso presente in questi pazienti);
- inappropriato utilizzo dei farmaci (sia nella scelta che nella somministrazione);
- un'assoluta variabilità nei tempi di somministrazione dell'insulina (l'insulina umana regolare, ancora largamente presente nelle case di riposo, somministrata subito prima, durante o dopo il pasto in quasi il 50% dei casi);
- assenza di strutturazione sulla frequenza e sui tempi di rilevazione della glicemia capillare (mancanza di una procedura condivisa che preveda il controllo delle glicemie capillari in

1/3 dei casi; ove esista una procedura condivisa, un'estrema variabilità nei tempi e sulla frequenza del controllo, con conseguente cattivo utilizzo delle risorse);

- mancanza di adeguata offerta riabilitativa/motoria.

Indicazioni sulla corretta gestione delle cure negli ospiti diabetici istituzionalizzati

Secondo quanto descritto negli Standard Italiani AMD/SID, in linea con quanto descritto nel position statement dell'*American Diabetes Association* (a cui fanno riferimento anche i recenti *Standard of medical care in diabetes* 2018) ⁷⁻⁸ ogni residenza sanitaria assistenziale che ospiti pazienti diabetici dovrebbe disporre di un piano o un protocollo concordato di assistenza diabetologica, sottoposto a regolari revisioni volto a:

- garantire il massimo livello di qualità di vita e di benessere, evitando di sottoporre i pazienti a interventi medici e terapeutici non appropriati e/o superflui;
- prevedere un piano di cura "individualizzato" per ogni ospite con il diabete e una sua revisione periodica;
- fornire supporto per consentire ai pazienti di gestire la propria condizione diabetica, ove ciò sia possibile e utile;
- assicurare un piano nutrizionale e dietetico bilanciato al fine di prevenire uno stato malnutritivo (in eccesso e in difetto);
- prevedere un adeguato piano formativo per il personale medico/infermieristico e di assistenza con verifiche preferibilmente annuali;
- prevedere la presenza di semplici protocolli per la gestione delle ipo- e delle iperglicemie.
- 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;
- raggiungere un controllo metabolico soddisfacente, evitando sia l'iperglicemia sia l'ipoglicemia, consentendo il massimo livello di funzione fisica e cognitiva;
- prevedere 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.

Quale l'approccio corretto alle cure

Il cardine dell'intervento nel paziente diabetico anziano deve essere sempre la personalizzazione della strategia terapeutica; personalizzazione che passa attraverso tre fasi ⁹⁻¹⁰:

1. valutazione multidimensionale e della fragilità;
 2. definizione degli obiettivi del trattamento;
 3. allestimento del piano diagnostico-terapeutico-assistenziale.
- Gli obiettivi "generali" della terapia del diabete nel paziente anziano dovrebbero comprendere:

1. il controllo dell'iperglicemia, cercando di mantenere il paziente più a lungo asintomatico;
2. il mantenimento di un buono stato di salute;
3. la migliore qualità di vita possibile.

Nelle strutture residenziali è opportuno prevedere percorsi di attività fisica/riabilitativa, poiché una regolare attività fisica anche negli anziani fragili riduce notevolmente i problemi di mobilità e ai noti benefici del movimento sul metabolismo glucidico vanno aggiunti altri benefici clinicamente importanti come il miglioramento della forza muscolare, dell'equilibrio e dell'elasticità articolare, riduzione del rischio di disabilità e della perdita di autonomia funzionale, riduzione del rischio di cadute, miglioramento della densità minerale ossea, riduzione del rischio cardiovascolare; miglioramento degli outcome in pazienti affetti da comorbidità quali scompenso cardiaco, malattia cerebrovascolare o dolore cronico e miglioramento della sarcopenia.

Va sottolineato come tra i pazienti fragili quelli affetti da diabete abbiano inoltre un maggior rischio di sviluppare piaghe da decubito (+28%) e un significativo rischio (+50%) di disidratazione.

Gli obiettivi metabolici vanno personalizzati: negli anziani fragili 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 poco restrittivo, con valori di HbA1c compresi tra 7,5 e 8,5%.

Nella scelta della strategia terapeutica antiperglicemica andranno privilegiati i farmaci che non provocano oppure minimizzano il rischio di ipoglicemia. Metformina e/o DPP4 inibitori sono i farmaci da considerare di prima linea (salvo controindicazioni) nel trattamento del paziente diabetico anziano. La glibenclamide è controindicata nel paziente diabetico anziano. Se la scelta terapeutica cade su una sulfanilurea, la molecola da preferire è la gliclazide. Nell'eventualità sia necessaria la terapia insulinica, il trattamento con un'insulina basale è la prima scelta raccomandata in considerazione della sua efficacia, della sua semplicità di gestione, della monosomministrazione giornaliera e del minor rischio di indurre ipoglicemie. Preferibilmente utilizzare insuline che possano uniformarsi il più possibile al profilo fisiologico dell'insulina-secrezione, con assente o basso rischio di indurre manifestazioni ipoglicemiche e insuline prandiali ad azione ultrarapida in associazione a basal-bolus.

Altro problema, spesso misconosciuto, tipico nel paziente affetto da più patologie è la polifarmacoterapia utilizzata per contrastare le multimorbidità. Per "polifarmacoterapia" s'intende l'assunzione concomitante da parte del paziente di farmaci in numero maggiore o uguale a 5 o l'assunzione da parte del paziente di almeno un farmaco inappropriato alle sue reali necessità.

Come sottolineato nelle recenti linee-guida NICE, "gestire al meglio la polifarmacoterapia è tra le grandi sfide cliniche non solo attuali ma anche future". Tra le raccomandazioni del documento NICE, si ricorda di: interrompere qualsiasi trattamento ritenuto di beneficio limitato; identificare i farmaci a più alto rischio di effetti collaterali indesiderati; offrire, se è il caso, terapie

alternative non farmacologiche. Nella prescrizione dei farmaci a un paziente anziano è importante considerare l'aspettativa di vita, i deficit cognitivi e funzionali e il supporto sociale.

Conclusioni

L'assistenza agli anziani non autosufficienti è una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro a fronte di una spiccata longevità della popolazione e di una crescente incidenza delle persone anziane che vivono sole. Le risposte assistenziali sono spesso inadeguate, sia per le risorse complessive disponibili, sia per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse.

Negli ultimi anni, in particolare nel nord Italia, si sta assistendo a un aumento dell'istituzionalizzazione, in controtendenza con la programmazione sociosanitaria prevalente in Europa.

Garantire una buona qualità di assistenza agli ospiti diabetici dovrà prevedere un chiaro mandato istituzionale che preveda una formazione obbligatoria *ad hoc* destinata ai medici, agli infermieri e alle varie figure di assistenza che operano nelle strutture. Va detto che, anche dove si è riusciti a realizzare specifici percorsi formativi^{4,5}, resta l'enorme criticità del veloce turnover degli operatori, spesso afferenti a cooperative, che rende difficile la continuità del miglioramento del percorso assistenziale e delle cure.

Bibliografia

- 1 www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Index/165/quando%20un%20vecchio%20entra%20in%20ospedale.pdf.
- 2 www.istat.it/it/archivio/176622.
- 3 Sinclair A, Gadsby R, Penfold S, et al. *Prevalence of diabetes in care home residents*. *Diabetes Care* 2001;24:1066-8.
- 4 Pellegrini MA, Miniussi PM, Maraglino G, et al. *Un progetto per il miglioramento dell'assistenza diabetologica nelle strutture residenziali per anziani del triveneto (Premio AMD)*. In: Atti XIII Congresso Nazionale AMD, Torino 9-12 maggio 2001. Pisa: Pacini Editore 2001, pp. 325-9.
- 5 Pellegrini MA, Felace G, Canciani L. *Progetto Senio: l'assistenza al paziente diabetico anziano istituzionalizzato* 2011. www.aemmedi.it/files/II_giornale_AMD/2011/AMD_4-2011_interni.pdf.
- 6 Newton CA, Adeel S, Sadeghi-Yarandi S, et al. *Prevalence, quality of care, and complications in long term care residents with diabetes: a multicenter observational study*. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:842-6.
- 7 Munshi MN, Florez H, Huang ES, et al. *Management of diabetes in long-term care and skilled nursing facilities: a position statement of the American Diabetes Association*. *Diabetes Care* 2016;39:308-18.
- 8 Felace G, Boemi M, Candido R, et al. *L'approccio clinico assistenziale al paziente anziano con diabete mellito tipo 2* 2017. http://aemmedi.it/wp-content/uploads/2016/09/App_clin_ass_anziano_DM2_maggio17.pdf.
- 9 Pellegrini MA, Boemi M, Bollati PM, et al. *Il diabete nell'anziano fragile: istruzioni per l'uso* 2014. www.aemmedi.it/files/Lineeguida_Raccomandazioni/2014/II%20Diabete%20nell%27Anziano%20Fragile_def.pdf.