

ISSN 0017-0305



Organo ufficiale  
della Società Italiana  
di Gerontologia e Geriatria



# GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**57° Congresso Nazionale della Società Italiana  
di Gerontologia e Geriatria**

*Milano, 21-24 novembre 2012*

Dicembre 2012

Volume LX

Numero 6

**13° Corso per Infermieri**

*Milano, 22-23 novembre 2012*

*Indexed in Embase, Excerpta Medica Database  
and Scopus Elsevier Database*

Periodico bimestrale - POSTE ITALIANE SPA - Spedizionale in Abbonamento Postale  
D.L. 354/2003 conc. in L.27/02/2004 n°96 art.1, comma 1, DCB PISA - Taxe perçue - Taxe rattachée - Pisa (Italy)  
Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1955



## Simposio

### IL DIABETE NEL PAZIENTE ANZIANO OGGI: LE NUOVE SFIDE E OPPORTUNITÀ

MODERATORI: B. SOLERTE (PAVIA), G. VENEMIALE (FOGGIA)

#### Complessità della gestione del paziente anziano diabetico

L.J. Dominguez, M. Barbagallo

*U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Università di Palermo*

Gli anziani sono una larga quota dei diabetici tipo 2. In Italia, 2/3 dei diabetici sono over65 e circa il 20% degli over75 sono diabetici (osservatorio ARNO). Le persone anziane diabetiche hanno un tasso di mortalità maggiore dei soggetti non diabetici di pari età, maggiore disabilità funzionale, maggiore comorbilità e un maggiore rischio di andare incontro a sindromi geriatriche, depressione, disturbi cognitivi, incontinenza urinaria, cadute e dolore cronico. La gestione del diabete in questa popolazione è impegnativa perché la loro eterogeneità clinica e funzionale rende difficile l'applicazione delle linee guida allestite considerando diabetici più giovani. Alcuni anziani diabetici hanno accumulato molti anni di malattia e hanno complicanze croniche significative. Altri, di nuova diagnosi, possono essere diabetici da molti anni senza saperlo, e la diagnosi può avvenire con un evento acuto (i.e. infarto miocardico o ictus) oppure occasionalmente, ad un controllo della glicemia, in quelli asintomatici con forme lievi e senza complicanze. Lo spettro delle caratteristiche cliniche di questi pazienti è molto ampio: dall'anziano fragile con comorbilità complessa e severa disabilità fisica e cognitiva all'anziano attivo con poca comorbilità, ed anche l'aspettativa di vita è molto variabile. Il medico che si prende cura dell'anziano diabetico deve tener conto di questa eterogeneità per scegliere le migliori e più sicure opzioni terapeutiche con scopi raggiungibili, strategia da tempo riconosciuta in geriatria. I pazienti con un'aspettativa di vita sufficiente per poter beneficiare della gestione "intensiva" del diabete, attivi, cognitivamente integri e motivati dovrebbero avere gli stessi obiettivi dei diabetici più giovani. Per i pazienti con diabete di lunga durata, con complicanze croniche, comorbilità complessa o declino cognitivo e funzionale sostanziale è ragionevole impostare obiettivi meno rigidi; loro hanno meno probabilità di trarre beneficio dalla riduzione del rischio di complicanze microvascolari e più rischio di soffrire gravi effetti da ipoglicemia. Tuttavia, i pazienti con diabete poco controllato sono a rischio di disidratazione, ulcere cutanee e/o coma iperosmolare, per cui gli obiettivi glicemici almeno dovrebbero mirare ad evitare queste conseguenze. Le riduzioni maggiori in termini di morbilità e mortalità possono derivare dal controllo di altri fattori di rischio cardiovascolare piuttosto che dal solo controllo glicemico intensivo. Particolare attenzione è necessaria nella scelta della terapia farmacologica e nel monitoraggio degli anziani diabetici per il rischio di effetti avversi, tra i quali il più pericoloso è la ipoglicemia, per cui vanno evitati i farmaci che più facilmente la causano. L'adozione di una prudente terapia individualizzata con obiettivi meno rigidi per i pazienti anziani a più alto rischio di ipoglicemia è essenziale.

## Simposio

### LA GERIATRIA: COSTO O RISORSA PER IL SSN

MODERATORI: M.E. BONACCORSO (ROMA), G. PAOLISSO (NAPOLI)

#### Criticità "evidence based" nella governance dei servizi per gli anziani non autosufficienti

E Longo

*Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico, Università Bicconi, Milano*

**Lo scenario di una metropoli.** Discutiamo lo scenario della non autosufficienza analizzando il caso di una metropoli come Milano, per analizzare le criticità della governance del settore.

A Milano vivono 100.000 grandi anziani (ultraottantenni). Tra gli ultra ottantenni vi sono la maggior parte dei 40.000 anziani non autosufficienti della città, di cui 4.000 sono ricoverati in strutture protette, 4.000 sono seguiti dalle cure domiciliari del Comune, mentre ben 32.000 anziani non ricevono servizi pubblici.

Il tasso di copertura pubblica del bisogno è del 25%.

Questo dato è però un poco "drogato", in quanto i 4000 anziani in SAD ricevono in media un'assistenza di 3 ore SAD la settimana (un'ora ogni due giorni!).

Purtroppo è una infelice sovrapposizione statistica il fatto che la stima delle badanti in città sia di 32.000, poiché alcuni degli anziani in carico al servizio pubblico dispongono anche di un informal caregiver, mentre altri, non hanno né l'uno, né l'altro.

Il 53% delle risorse pubbliche per l'assistenza è nella disponibilità diretta delle famiglie attraverso trasferimenti INPS (soprattutto assegni di accompagnamento), mentre il 47% delle risorse assistenziali è suddivisa tra risorse ASL e Comune.

Il Comune non ha l'elenco degli anziani seguiti in ADI dall'ASL o che ricevono l'assegno di accompagnamento dall'INPS, così come l'ASL non ha gli elenchi Comunali e dell'INPS: mancano quindi anche le basi minime per qualsiasi forma di integrazione.

Esistono complicati sistemi di accesso, valutazione e costruzione di PAI (piani assistenziali individuali) che si rivolgono solo alla domanda esplicita: non sappiamo se gli anziani più gravi e deprivati siano quelli esclusi o inclusi nei servizi. In altri termini non siamo sicuri di selezionare per i servizi pubblici i portatori dei bisogni più intensi.

**Le risorse non valorizzate.** Ci sono alcune risorse potenziali che il sistema non valorizza:

I SI Informativi delle AUSL sono oggi così potenti, che conosciamo nominativamente gli anziani non autosufficienti, alla luce dei consumi e delle diagnosi raccolte nei fascicoli elettronici o nella banca dati assistito (vedi CREG Lombardia o cronic care model Toscana); Le risorse finanziarie spese dalle famiglie per la cura sono ingenti (la maggioranza) e non ricomposte con quelle pubbliche, distruggendo nel complesso valore;

Il tasso di integrazione tra ASL, Comuni e INPS è così modesto, che contiene un tesoro potenziale da esplorare.

Che fare?

- Costruire banche dati nominative degli anziani non autosufficienti;