

*Grande anziano e cure
palliative*

Federica Davolio



12 Dicembre 2023

Assemblea degli Iscritti

AULA MAGNA HESPERIA HOSPITAL
VIA ARQUA' 80 - MODENA

13.30 - 14.00 Registrazione partecipanti

14.00 - 15.00 Assemblea degli Iscritti

- Approvazione Bilancio Preventivo 2024

A SEGUIRE EVENTO

15.00 - 18.00
Cure palliative ed Infermieristica
di Comunità

Dott.ssa Carmela Giudice
Dott. Massimiliano Cruciani
Dott.ssa Federica Davolio

**OPI Modena**

SCARICA QUI LA SCHEDA D'ISCRIZIONE
DA INVIARE A:
SEGRETERIA@OPIMODENA.IT

**CORSO ACCREDITATO ECM**

Obiettivi

Presentazione
case residenza
anziani e centri
disabili

Le cure
palliative nella
definizione del
percorso
Azienda USL di
Modena

Le cure
palliative nella
realità di tutti i
giorni

La competenza
dell'infermiere
nelle cure
palliative

Documenti di riferimento

Si osserva in tutti i setting di cura e assistenza (ospedale, strutture socio sanitarie, cure intermedie e assistenza domiciliare) la difficoltà a riconoscere il bisogno di cure palliative nel grande anziano, ovvero quando la cura e l'assistenza, da preventiva, curativa, riabilitativa debba esclusivamente assicurare interventi che massimizzino il comfort, il controllo dei sintomi disturbanti con l'obiettivo di garantire la qualità della vita.

Nelle strutture residenziali per anziani dinanzi ad un progressivo peggioramento del quadro clinico e funzionale, anche in un soggetto molto fragile, vi è difficoltà e incertezza ad individuare l'avvicinarsi del fine della vita: **il 30% degli anziani inviati in ospedale per accertamenti e trattamenti, muore in ospedale** (Barclay et al. 2014).



CONFERENZA DI CONSENSO

**Cure palliative nel grande anziano
a domicilio, nelle residenze e in hospice**

7 Gennaio 2019



Case residenza anziani e centri disabili

- Definire le persone candidate per progetti di cure palliative
 - Persone in condizione di fragilità
 - L'IDENTIFICAZIONE DEL GRANDE ANZIANO CHE NECESSITA DI CURE PALLIATIVE
 - RACCOMANDAZIONE 1: Valutare periodicamente, nell'ambito della valutazione multidimensionale geriatrica, gli indicatori nutrizionali, lo stato funzionale e la funzione cognitiva. Il progressivo peggioramento aumenta il rischio di mortalità a 12 mesi. Sono richiesti ulteriori studi per stabilire se l'utilizzo routinario di indici prognostici basati sulla valutazione multidimensionale geriatrica possa migliorare la gestione clinica della persona
 - RACCOMANDAZIONE 2: Utilizzare negli anziani affetti da demenza la Clinical Dementia Rating Scale e/o la Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANS-S). Il loro utilizzo migliora l'affidabilità prognostica.
 - RACCOMANDAZIONE 3: Utilizzare sistematicamente uno strumento di valutazione del bisogno di cure palliative. Il loro utilizzo migliora in tutti i setting l'identificazione delle persone che necessitano di un approccio palliativo.

Gli interventi palliativi nel grande ANZIANO

LA DISCUSSIONE SULLA PIANIFICAZIONE ANTICIPATA DELLE CURE

RACCOMANDAZIONE 4: Discutere la pianificazione delle cure di fine vita con la persona e la sua famiglia: ciò migliora la concordanza tra le preferenze espresse e le cure ricevute.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA PALLIATIVA

- RACCOMANDAZIONE 5a: In tutti i contesti di cura pianificare l'assistenza infermieristica palliativa considerando i bisogni e le preferenze della persona e della sua famiglia, privilegiando **interventi orientati al comfort**.
- RACCOMANDAZIONE 5b: Aumentare le competenze dei team di cure palliative per migliorare **l'individuazione dei sintomi**, il loro controllo e la qualità della vita.
- RACCOMANDAZIONE 5c: Garantire la continuità delle cure nelle transizioni tra servizi, strutture e luoghi di cura.
- RACCOMANDAZIONE 5d: Garantire una risposta tempestiva a seguito di un **repentino cambiamento dello stato clinico**

L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE

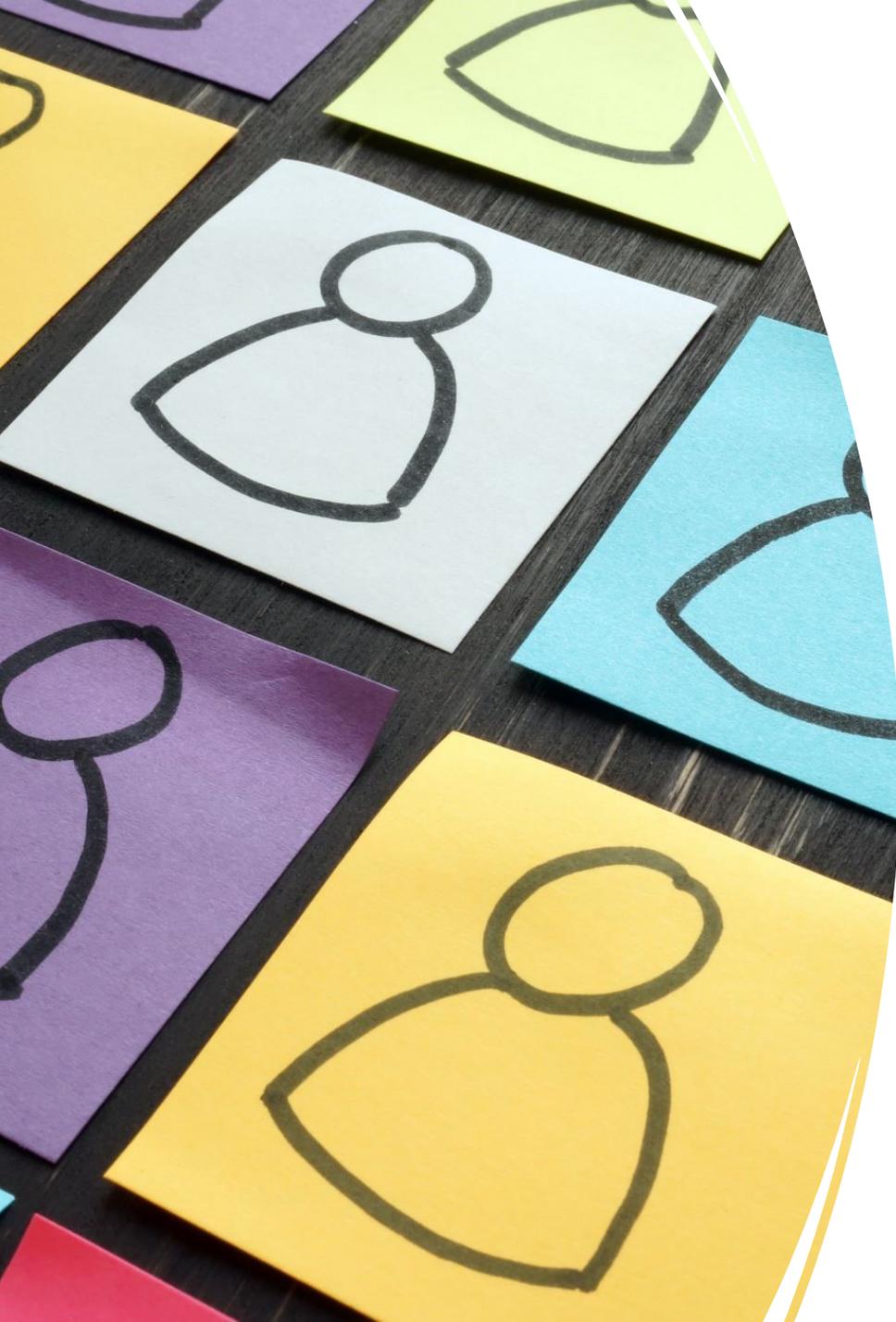
RACCOMANDAZIONE 6a: Adottare una procedura decisionale che coinvolga la persona, i suoi familiari e gli operatori sanitari per iniziare/non iniziare/sospendere la nutrizione artificiale; quando la persona non fosse in grado di comunicare, considerare le Disposizioni Anticipate di Trattamento, se disponibili. La procedura dovrà considerare la condizione clinica, i benefici attesi, i possibili danni, la qualità della vita, il benessere psicologico, relazionale, spirituale e sociale della persona. Sospendere la nutrizione artificiale quando non si manifesta il beneficio atteso.

RACCOMANDAZIONE 6b: Iniziare la nutrizione artificiale solo quando vi sia la ragionevole ipotesi clinica che la sopravvivenza prevista per l'evoluzione naturale della malattia sia ridotta dalla concomitante malnutrizione, secondaria all'impossibilità di assumere alimenti per via orale.

RACCOMANDAZIONE 6c: Nella persona con demenza in fase avanzata **non ricorrere all'alimentazione tramite gastrostomia o digiunostomia percutanea**. Tale procedura non migliora la sopravvivenza ed è associata ad un alto rischio di complicanze, a meno che non sia indicata per una condizione, che limita l'alimentazione per os, potenzialmente **reversibile**..

L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE

- **RACCOMANDAZIONE 7a:** Adottare una procedura decisionale che coinvolga la persona, i suoi familiari e gli operatori sanitari per iniziare/non iniziare/sospendere l'idratazione artificiale; quando la persona non fosse in grado di comunicare considerare le Disposizioni Anticipate di Trattamento, qualora disponibili. La procedura dovrà considerare la condizione clinica, i benefici attesi, i possibili danni, la qualità della vita e il benessere psicologico e spirituale della persona. Sospendere l'idratazione artificiale quando non si manifesta il beneficio atteso.
- **RACCOMANDAZIONE 7b:** Associare alla decisione di non iniziare o di sospendere l'idratazione la comunicazione alla persona e alla sua famiglia relativamente agli interventi che saranno implementati per ridurre il disagio associato ai sintomi disturbanti quali la sete e la secchezza delle fauci



LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA NON COMUNICANTE

- **RACCOMANDAZIONE 8a:** Valutare la presenza di dolore nelle persone non comunicanti attraverso un approccio multidimensionale, osservando il comportamento durante le attività della vita quotidiana: modifiche del comportamento abituale (relazioni e attività) suggeriscono la presenza di dolore. Il caregiver o l'operatore sanitario che meglio conosce l'assistito è il più adatto a cogliere i cambiamenti del comportamento.
- **RACCOMANDAZIONE 8b:** Adottare uno strumento osservazionale per valutare la presenza del dolore, scegliendo quello più applicabile nel contesto, considerandone l'utilità clinica.



LA TERAPIA FARMACOLOGICA E GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- **RACCOMANDAZIONE 9a:** Verificare sistematicamente, di pari passo con l'evoluzione clinica, gli obiettivi delle terapie: trattamento patologia/e, terapia sostitutiva, controllo sintomi.
- **RACCOMANDAZIONE 9b:** Effettuare periodicamente la riconciliazione terapeutica per individuare, in relazione all'evoluzione clinica, i farmaci potenzialmente inappropriati e il rischio di non aderenza.
- **RACCOMANDAZIONE 9c:** Sottoporre il paziente anziano con limitata aspettativa di vita alle sole indagini diagnostiche utili ad identificare una condizione clinica la cui risoluzione, attraverso un intervento adeguato, possa migliorare la sintomatologia e la qualità di vita



LA TERAPIA FARMACOLOGICA E GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- . RACCOMANDAZIONE 10a: Trattare sempre il dolore e ogni sintomo che causa sofferenza accompagnando, quando possibile, la persona nella scelta terapeutica e rispettando la sua volontà.
- RACCOMANDAZIONE 10b: Utilizzare, per il trattamento del dolore cronico nei pazienti anziani, il paracetamolo o, se non efficace, i farmaci oppioidi. Utilizzare antidepressivi e anti-convulsivanti per il trattamento del dolore neuropatico. Non utilizzare gli antinfiammatori non steroidei per il trattamento del dolore cronico nei pazienti anziani.



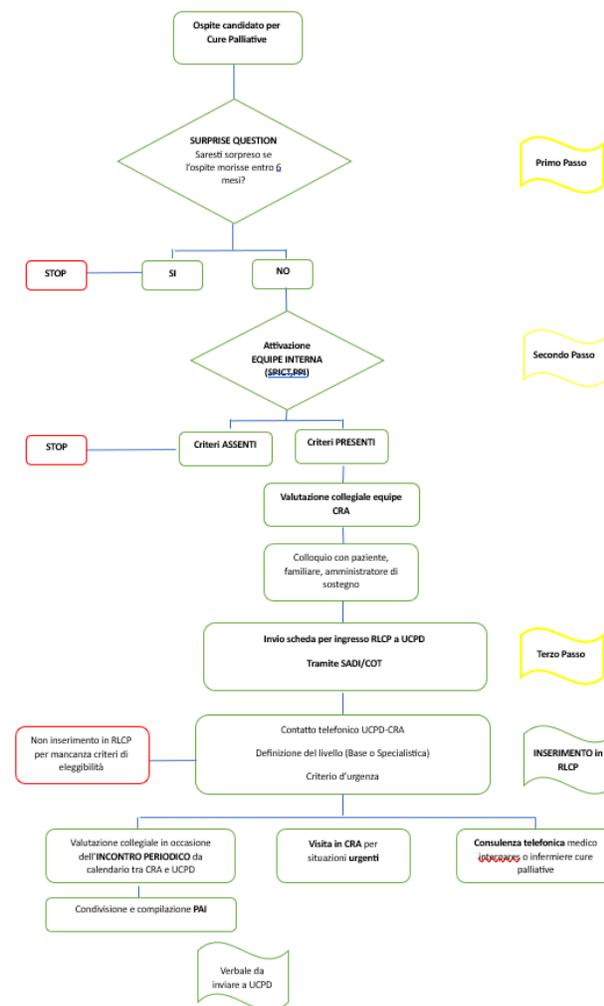
LA GESTIONE DELLE INFEZIONI

- **RACCOMANDAZIONE 11a:** Utilizzare sistematicamente nella pratica clinica appropriati criteri diagnostici nei diversi quadri infettivi.
- **RACCOMANDAZIONE 11b:** Prescrivere il trattamento antibiotico nel sospetto clinico che sia l'infezione la causa di dolore, dispnea o altri sintomi, attuando in ogni caso interventi palliativi per ridurre la sofferenza della persona.

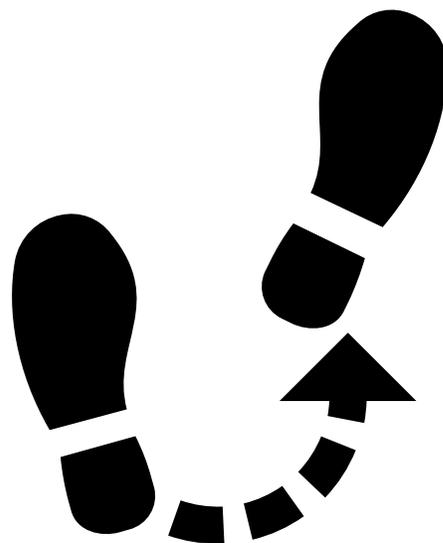
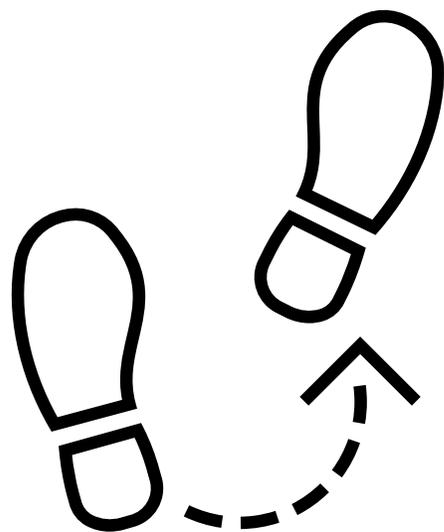
GLI INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA

- RACCOMANDAZIONE 12a: Considerare le risorse del sistema familiare, i bisogni relazionali, emotivi e affettivi, la possibile resilienza dei singoli membri, le preoccupazioni e le aspettative dei caregiver al fine di pianificare gli interventi di supporto.
- RACCOMANDAZIONE 12b: Considerare il livello di alfabetizzazione sanitaria e di istruzione dei caregiver per fornire informazioni comprensibili e utilizzabili; tuttavia nessuno strumento di valutazione dell'alfabetizzazione sanitaria tra quelli proposti in letteratura ha dimostrato di migliorare i risultati.
- RACCOMANDAZIONE 12c: Valutare le potenzialità di adattamento e i fattori di rischio legati alle caratteristiche del caregiver e del sistema familiare (burden, benessere, salute e risorse individuali, sociali, relazionali, economiche).
- RACCOMANDAZIONE 12d: Pianificare interventi di sostegno al compito di cura dei caregiver.
RACCOMANDAZIONE 12e: Adottare un modello di case management affidando il compito di case manager ad un professionista con le competenze necessarie a rispondere ai bisogni espressi dalla persona e dal suo caregiver.
- RACCOMANDAZIONE 12f: Promuovere la collaborazione tra professionisti sanitari e sociali per pianificare interventi integrati di supporto al caregiver.

Percorso di attivazione e gestione cure palliative



I passi



Residente candidato
per cure palliative

Surprise question
6 mesi

Attivazione equipe
interna
spict

Criteri presenti

Valutazione
collegiale di equipe

Colloquio residente,
famigliare, ads, ecc

Invio segnalazione
ULCP

SPICT: indicatori generali di grave compromissione

Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.

- Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)
- Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).
- Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.
- La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.
- Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.
- Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.
- La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita.

Indicatori clinici di patologia a prognosi infausta

Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.

Cancro

Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.

Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.

Demenza/Fragilità

Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.

La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.

Incontinenza urinaria e fecale.

Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.

Cadute frequenti; frattura del femore.

Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.

Patologia cardiaca/vascolare

Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.

Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.

Patologia respiratoria

Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.

Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.

Pregressa ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.

Altre patologie

Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili: qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.

Patologia renale

Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR <30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.

Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti.

La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.

Patologia epatica

Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno:

- ascite resistente ai diuretici
- encefalopatia epatica
- sindrome epatorenale
- peritonite batterica
- sanguinamento ricorrente da varici.

Il trapianto di fegato non è possibile.

Patologia neurologica

Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale.

Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.

Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.

Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.

Rivalutate l'assistenza

Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

- Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.
- Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire.
- Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente.
- Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale.
- Registrate in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.

+

•

Le cure palliative nella realtà di tutti i giorni



- È stata una giornata lunghissima
- Davvero abbiamo fatto bene a tenerla con noi
- Sono tranquillo perché non ha sofferto
- Mi hanno ringraziato perché non è mai stato solo
- Si è liberata da quel corpo che l'ha imprigionata
- Avevo paura di trovarla senza respiro

La competenza dell'infermiere nelle cure palliative

- Formazione specifica per supporto all'equipe
- Definizione casi
- Family conference gestite
- Dare evidenza del lavoro pianificato, organizzato svolto e risultati raggiunti:
- Senza dati non si va da nessuna parte



Esempio di dati da cui partire

Dipartimento di Cure Primarie

Rete Locale di Cure Palliative



Nome Struttura:

Mese:

	Posti letto	Infermiere h12 o h24	Numero assistiti nel mese (nuovi ingressi+ sollievo+ temporanea+ decessi)	Decessi totali	Decessi in Ospedale	Decessi in CRA	Totale PAI attivi nel mese (CP+fine vita)	Ospiti in C.P. ONCOLOGICI	Ospiti in C.P. NON ONCOLOGICI	Pz deceduti in CP in CRA	Pz deceduti in CP in ospedale
gennaio	70	12	71	0	0	0	12	0	12	0	0
febbraio	70	12	71	0	0	0	12	0	12	0	0
marzo	70	12	73	3	0	3	13	1	12	3	0
aprile	70	12	71	3	0	3	10	0	10	2	0
maggio	70	12	70	0	0	0	10	1	9	0	0
giugno	70	12	71	1	0	1	10	1	9	1	0
luglio	70	12	70	5	2	3	14	3	11	2	0
agosto	70	12	72	5	1	4	16	3	13	4	0
settembre	70	12	72	3	0	3	15	3	12	3	0
ottobre	70	12	72	3	0	3	13	2	11	3	0
novembre	70	12	72	0	0	0	12	2	10	0	0

Prospettiva di vita > 30 gg

Cure Palliative

Prospettiva di vita < 30 gg

Fine Vita



Grazie per l'attenzione