



64 CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Continuità di affetti, continuità di cure
ROMA, 27/30 NOVEMBRE 2019 - AUDITORIUM DELLA TECNICA



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

**Anziani e fine vita:
geriatria e cure palliative in dialogo
Insieme per una continuità di cura
efficace**

Il fine vita: tempo da riconoscere e accompagnare

SIMPOSIO CONGIUNTO



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Alberto Marsilio

MMG e GERIATRA Mira -VE-

*Comitato Etico per la Pratica Clinica
ULSS 3 Serenissima*



Gruppo di Studio SIGG
“La cura nella fase terminale della vita”

Cure di Fine Vita

cosa è cambiato?



- In Europa la maggior parte delle persone muore dopo i 70 anni
- lungo periodo di disabilità e fragilità
- per polipatologie cronico-degenerative
- percorsi di diagnosi e cura spesso futili
- condizione gravosa con perdita della qualità di vita e della dignità della persona

Il fine vita: tempo da riconoscere ...

Cosa si intende oggi per terminalità?

In oncologia sei mesi ...

Più difficile applicare questi parametri così rigidi all'anziano con malattie non neoplastiche con traiettorie di fine vita molto diverse dal malato oncologico

Concetto di "terminalità" nel paziente anziano

Tempo più dilatato, più fluido, meno codificato, più difficile da riconoscere

Venturiero et al. 2000, Christakis and Lamont 2000

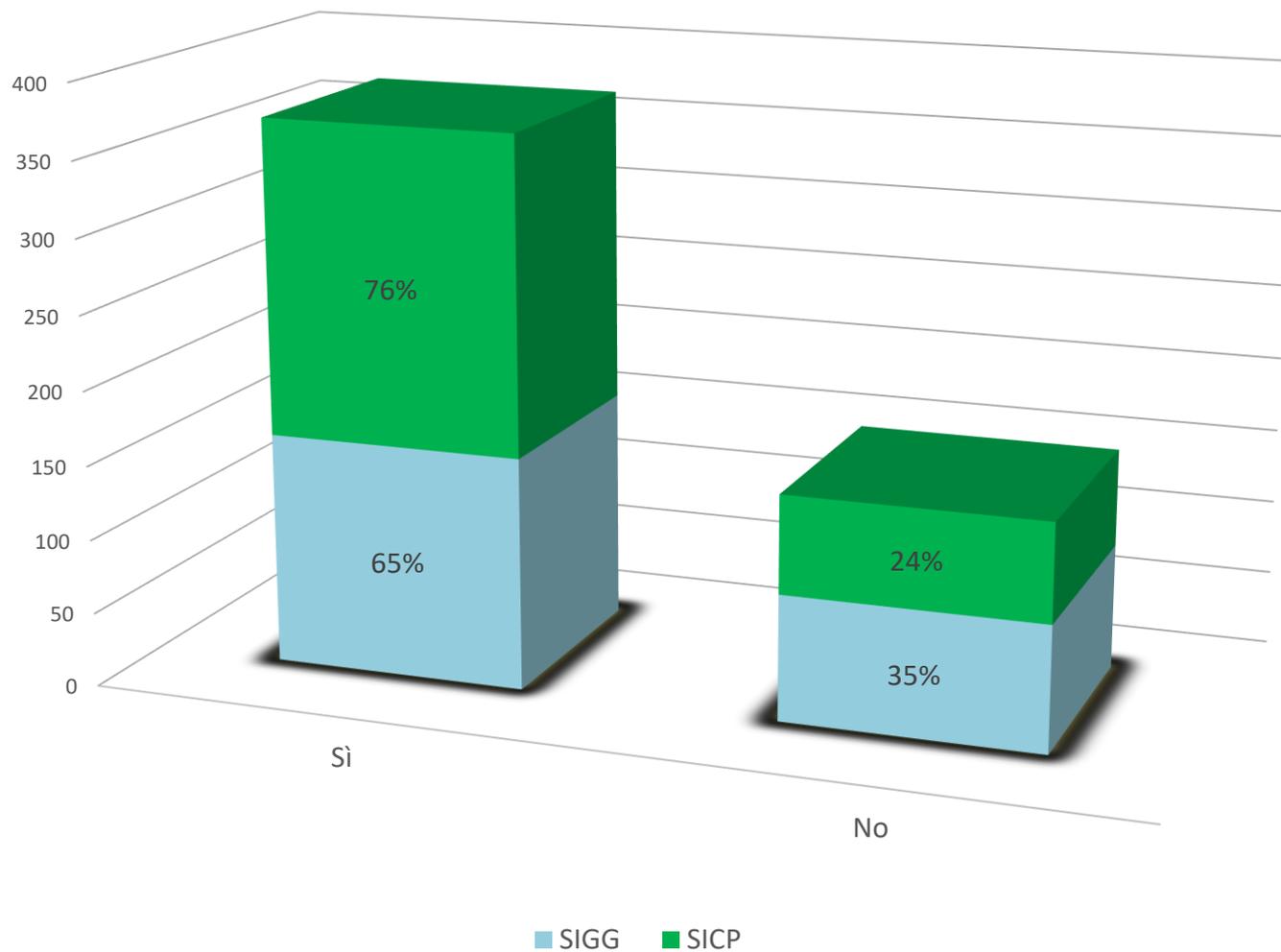
nel paziente anziano è fondamentale la
Valutazione Multidimensionale

la valutazione prognostica basata solo sui criteri di gravità della malattia non si è dimostrata molto attendibile, altri indicatori si sono dimostrati più affidabili indipendentemente dalla traiettoria di fine vita e dal setting di cura

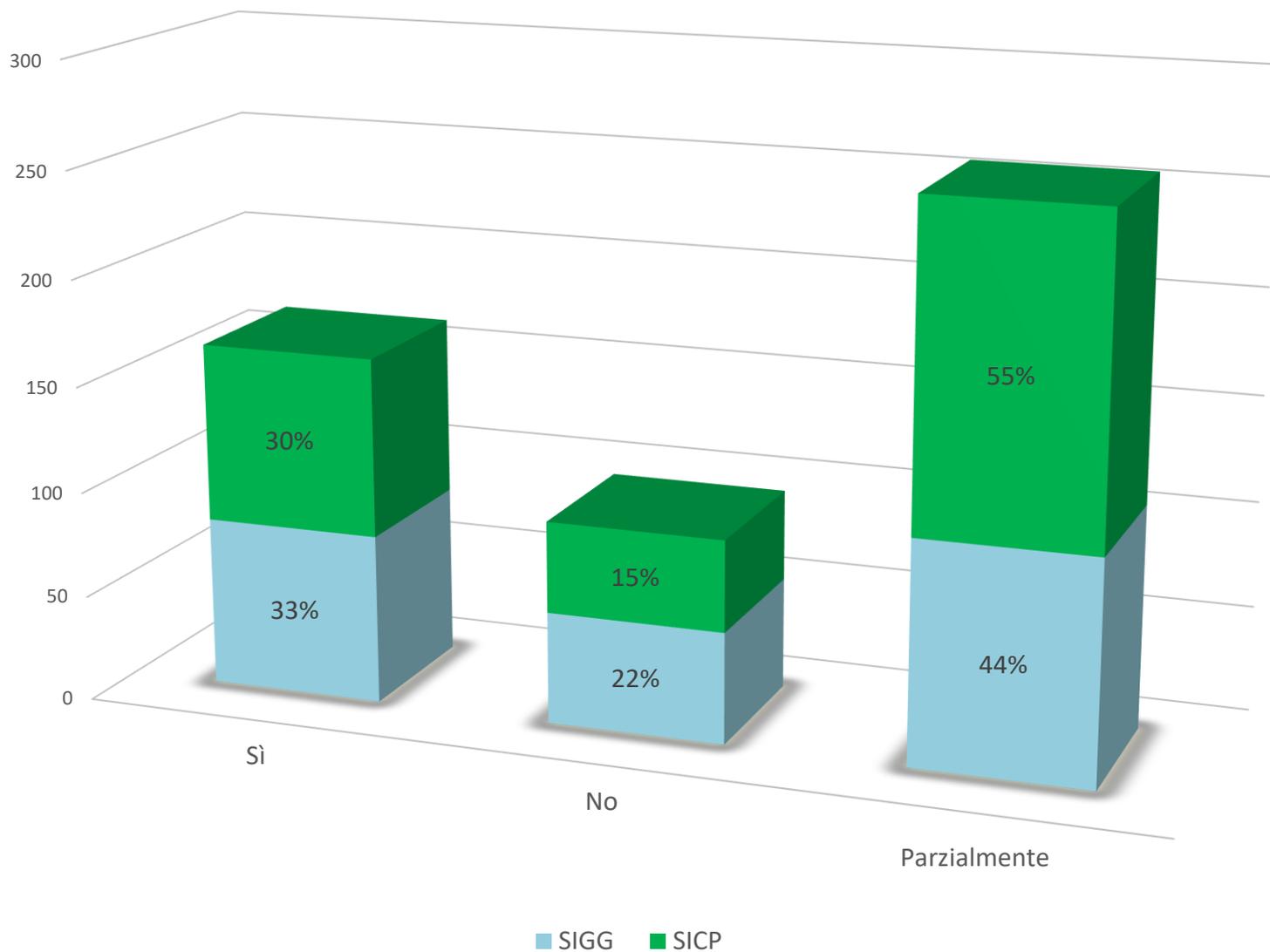
Quali Indicatori Prognostici ?

- **Indicatori funzionali** perdita (non iatrogena) negli ultimi 6 mesi di 2 o più **ADL** o valutazione clinica di **declino funzionale** non relativo a condizioni concomitanti
- **Indicatori nutrizionali** perdita, negli ultimi 6 mesi, di **più del 10% del peso**
- **Indicatori emotivi** presenza di **stress** emotivo con sintomi psicologici non correlato a condizioni acute concomitanti
- **Sindromi geriatriche** eventi occorsi negli ultimi 6 mesi: non risoluzione di **lesioni da pressione, infezioni ricorrenti, delirium, disfagia** persistente, più di 2 **cadute**
- **Utilizzo di risorse** due o **più accessi** non programmati in **ospedale** nell'ultimo anno
Necessità di cure continuative a casa o presso una **struttura residenziale**

1) Esistono secondo Lei criteri validi per identificare la fase terminale di vita in pazienti non oncologici?



2) Esistono secondo Lei scale di valutazione prognostica adeguate al paziente anziano non oncologico?



Il fine vita: tempo da accompagnare ...

L'identificazione precoce degli anziani che potrebbero trarre beneficio dalle Cure Palliative si è dimostrata efficace:

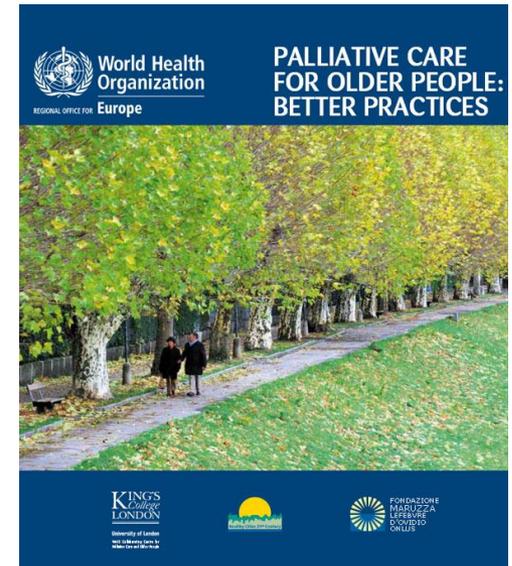
- Miglioramento della qualità di vita del paziente e dei familiari
- Maggior appropriatezza degli interventi
- Riduzione dei costi

Mc Namara et al. 2013, Greer et al. 2012 Temel et al. 2010

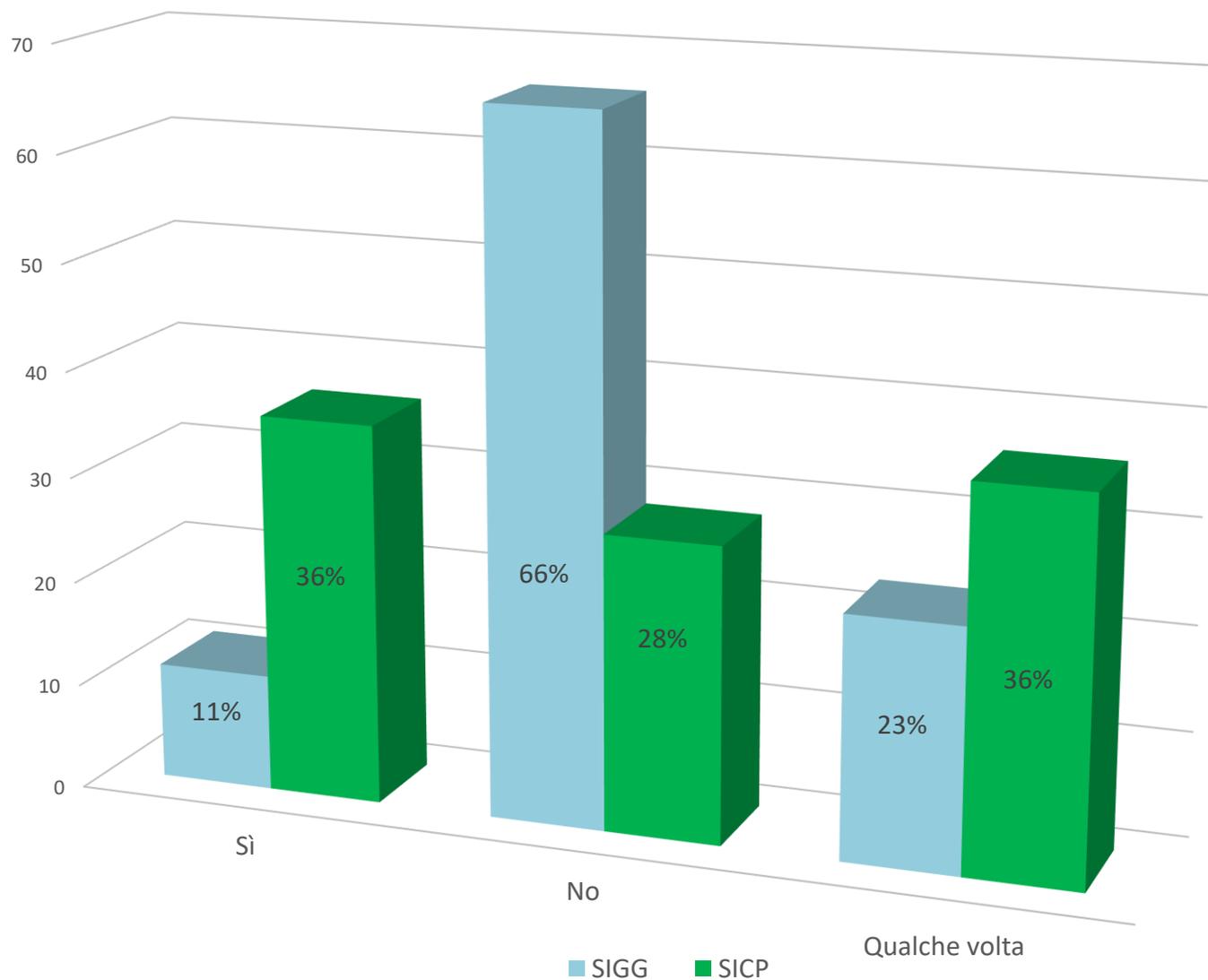
Riconoscere il diritto di tutte le persone
anziane che

soffrono di malattie croniche a ricevere
le migliori cure palliative

grazie ad una più efficace interazione tra
tra geriatri e palliativisti



3) Utilizza sistematicamente uno strumento di valutazione del bisogno di cure palliative (per es. NECPAL)?



Strumenti per la valutazione del bisogno di Cure Palliative

Uno degli strumenti più usati per identificare i pazienti in fase avanzata di malattia che necessitano di cure palliative è il

NECPAL CCOMS – ICO

si basa **tre criteri**:

- Criterio della **domanda sorprendente**
- Criteri **generali** di peggioramento
- Criteri **specifici** per singola patologia

Se sono soddisfatti questi criteri è opportuno iniziare le Cure Palliative
Questo non controindica o limita l'uso di trattamenti specifici per la
singola patologia

Le Cure Palliative sono uno **strumento di integrazione** valido in ogni
setting di cura

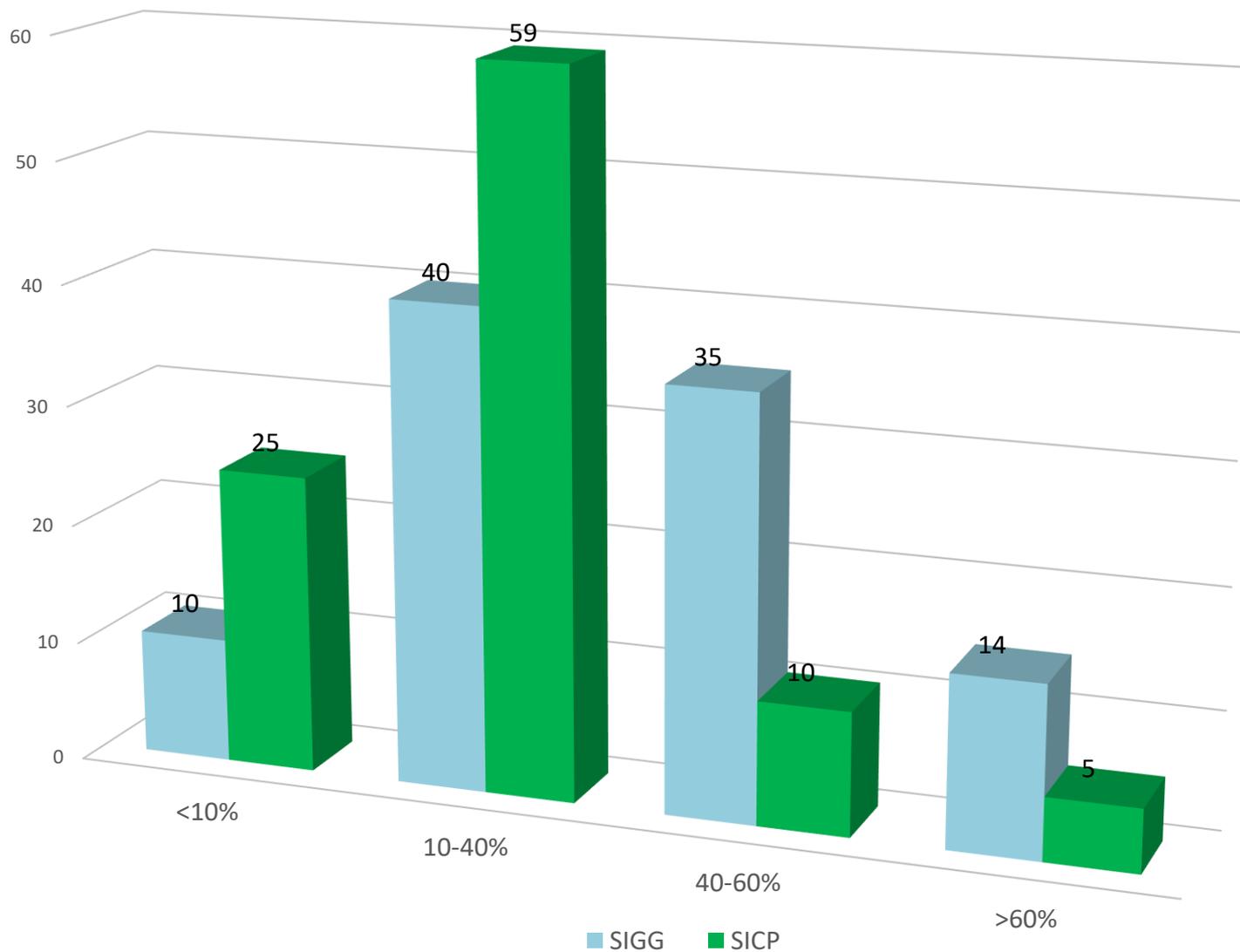
Strumenti per la valutazione del bisogno di Cure Palliative nel paziente anziano

L'utilizzo di questi strumenti si è dimostrato utile non tanto per attuare una precisa valutazione prognostica, quanto per una **identificazione precoce** che permetta di **prevedere i bisogni** di questi pazienti in modo da garantire le **cure più appropriate** nel **momento** e nel **setting** più **opportuno**

Questo approccio al paziente in fase avanzata di malattia porta ad una organizzazione della **cura** più **proattiva** con un approccio più **centrato** sulla **persona**, sui sintomi e sulla qualità di vita, piuttosto che sull'evoluzione della malattia

Si raccomanda che gli strumenti siano **agili** e **facili** da usare per tutti i medici (non ad uso esclusivo dei palliativisti)

5) Nella Sua esperienza, in che percentuale pazienti non oncologici vengono assistiti nel fine vita e muoiono nel setting appropriato e con le cure adeguate?



CURE PALLIATIVE in RSA

Le RSA sono “un anello debole” nella Rete delle Cure Palliative

- **Scarsità** del personale e delle risorse
- **Rapido turnover** degli operatori
- **Mancanza di formazione** in Cure Palliative

difficoltà a **riconoscere** fase terminale :

Il 30% degli anziani inviati in ospedale per accertamenti o trattamenti muore in ospedale

(Barclay et al. 2014)

difficoltà a **gestire** fase terminale :

Spesso si ricorre al “ricovero degli ultimi giorni”

PROGETTO CURE PALLIATIVE in RSA

| CURE PALLIATIVE di BASE | CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE |
|---|---|
| Percorso formativo per acquisire conoscenze/competenze inerenti le Cure Palliative di Fine Vita | Presenza del Nucleo di Cure Palliative in struttura, in tempo reale, per i pazienti a maggior complessità clinica |
| Percorso Psicologico per acquisire Copying Skills | |

- Una **diminuzione** dei **ricoveri** ospedalieri impropri
- Maggior **serenità** con cui malato e famiglia vivono questa fase cruciale perché si vive l'evento morte non più in un luogo di cura ma in un **“luogo famiglia”**
- **Gratificazione** per tutta l'equipe assistenziale perché si riesce a dare “senso” al proprio lavoro prendendosi cura dell'ospite (e dei famigliari) “fino alla fine” suggellando una sorta di **“patto di non abbandono”**

Cure di Fine Vita e “Competenza”

Il percorso di accompagnamento proprio delle cure palliative si fonda sul concetto di **condivisione della cura**

Nell’anziano molto spesso ci troviamo di fronte a persone non competenti

| IPOTESI | MEDICO |
|---|---|
| Paziente incapace senza DAT senza rappresentante legale | <ul style="list-style-type: none">➤ condizione per intervento del Giudice Tutelare?➤ attivazione procedura per Amministratore di sostegno?➤ decide il Medico? |

Legge n° 219 22 Dicembre 2017

***“Norme in materia di consenso informato
e di disposizioni anticipate di trattamento”***

ART. 5 (Pianificazione condivisa delle cure)

Nella relazione tra paziente e medico rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta,

**può essere realizzata una pianificazione delle cure
condivisa tra il paziente e il medico,**

alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

Pianificazione Condivisa delle Cure

Schema

➤ **Dati identificativi del paziente**

➤ **Nomina del fiduciario**

ai fini dell'attuazione delle volontà espresse NOMINO mio fiduciario, che farà le mie veci e mi rappresenterà nella relazione con i medici e con le strutture in caso di mia incapacità ad autotutelarmi ...

che accetta la nomina e sottoscrivendo la presente si impegna a garantire le volontà da me espresse

Pianificazione Condivisa delle Cure

Schema

➤ Dati Sanitari

Sintesi della **situazione clinica**

Atto/i sanitari che potranno essere **necessari** nel corso della malattia ...

➤ Espressione e acquisizione del consenso/dissenso informato

*io sottoscritto ... nel pieno delle mie facoltà, **dichiaro:***

*di essere **consapevole** di essere affetto da ...*

*di essere stato **informato** in modo completo dell'evolversi della malattia*

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto/i sanitari proposti

di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento

*di **esprimere** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza*

CONSENSO

DISSENSO

all'atto/i sanitari proposto/i di

NODI CRITICI

- **Formazione** inadeguata degli operatori geriatrici per un approccio palliativistico
- **Scarsa interazione** tra Geriatri e Palliativisti
- **Cure Palliative** sono ancora in gran parte orientate verso i **pazienti neoplastici**
- **Strumenti comuni** (scale di valutazione prognostica, scale per la valutazione del bisogno di cure palliative)
- La **competenza** nel soggetto anziano (incrementare l'utilizzo della **Pianificazione condivisa delle Cure**)



grazie per l'attenzione