Riconsiderare la terminalità dell'anziano tra malattie croniche e pandemia

FLAVIA CARETTA

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Received: 6 January 2021 | Accepted: 6 January 2021
DOI: 10.1111/nicc.12593

CRITICAL COMMENTARY

BACN Nursing in Critical Care WILEY

End-of-life care during the COVID-19 pandemic—What makes the difference?

Marie-Madlen Jeitziner PhD, RN[1] | Sabine A. Camenisch MD[2] | Béatrice Jenni-Moser MSc, RN[1] | Joerg C. Schefold Prof, MD[1] | Bjoern Zante MD, MME[1]

- In epoca prepandemica, per molti pazienti in terapia intensiva generalmente veniva presa in anticipo una decisione su eventuali limitazioni delle cure.
- Di conseguenza, la morte diventava un processo relativamente prevedibile, si potevano trattare sintomi angoscianti come dispnea o ansia, venivano coinvolti i parenti, si poteva disporre di servizi di supporto.

Gli elementi chiave nell'assistenza di fine vita e nel processo decisionale erano i seguenti:

- integrazione dei team interdisciplinari e interprofessionali
- timing delle discussioni sugli obiettivi di cura
- attenzione a valori, obiettivi e preferenze del paziente
- comunicazione della prognosi
- coinvolgimento e supporto della famiglia.

Received: 6 January 2021 | Accepted: 6 January 2021
DOI: 10.1111/nicc.12593

CRITICAL COMMENTARY

BAICN Nursing in Critical Care WILEY

End-of-life care during the COVID-19 pandemic—What makes the difference?

Marie-Madlen Jeitziner PhD, RN[1] | Sabine A. Camenisch MD[2] | Béatrice Jenni-Moser MSc, RN[1] | Joerg C. Schefold Prof, MD[1] | Bjoern Zante MD, MME[1]

Durante la pandemia si sono rese necessarie decisioni di fine vita rapide e in continua evoluzione.

Decisioni influenzate da vari fattori:

- ❑ assegnazione oculata dei posti letto in terapia intensiva a motivo delle scarse risorse
- ❑ progressione sconosciuta della malattia COVID-19
- ❑ desideri inespressi di fine vita.

Le restrizioni imposte dal contagio, che ha reso difficile il coinvolgimento dei parenti, hanno comportato:

- ❑ impatto negativo sul processo del lutto
- ❑ conseguenti problemi di salute mentale, come depressione, ansia, sintomi di disturbo da stress post-traumatico.

THE LANCET

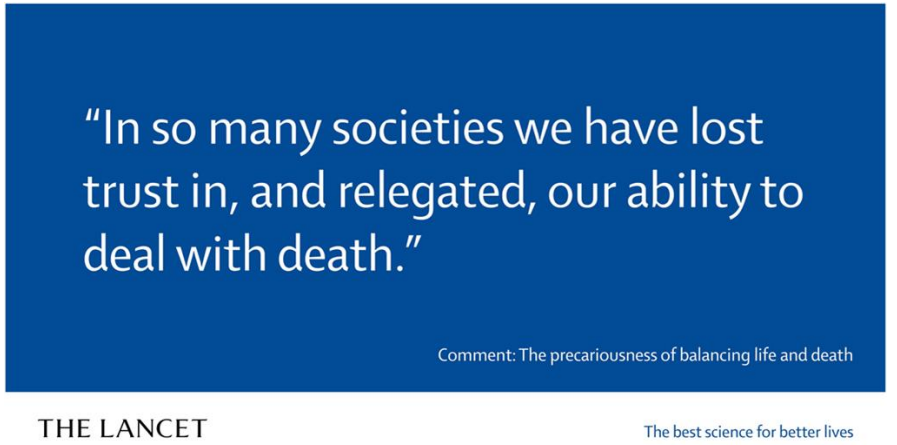
Lancet Commission on the Value of Death

La pandemia da COVID-19 ha fatto sì che la morte fosse preminente nei resoconti quotidiani dei media e i sistemi sanitari sono stati sopraffatti.

Le persone hanno vissuto una morte medicalizzata, spesso da sole, con il personale mascherato, in ospedali e unità di terapia intensiva, impossibilitati a comunicare con la famiglia se non a volte online.

Questa situazione ha ulteriormente alimentato la paura della morte, rafforzando la visione dei servizi sanitari come

«custodi» della morte.



Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. www.thelancet.com Published online January 31, 2022 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X

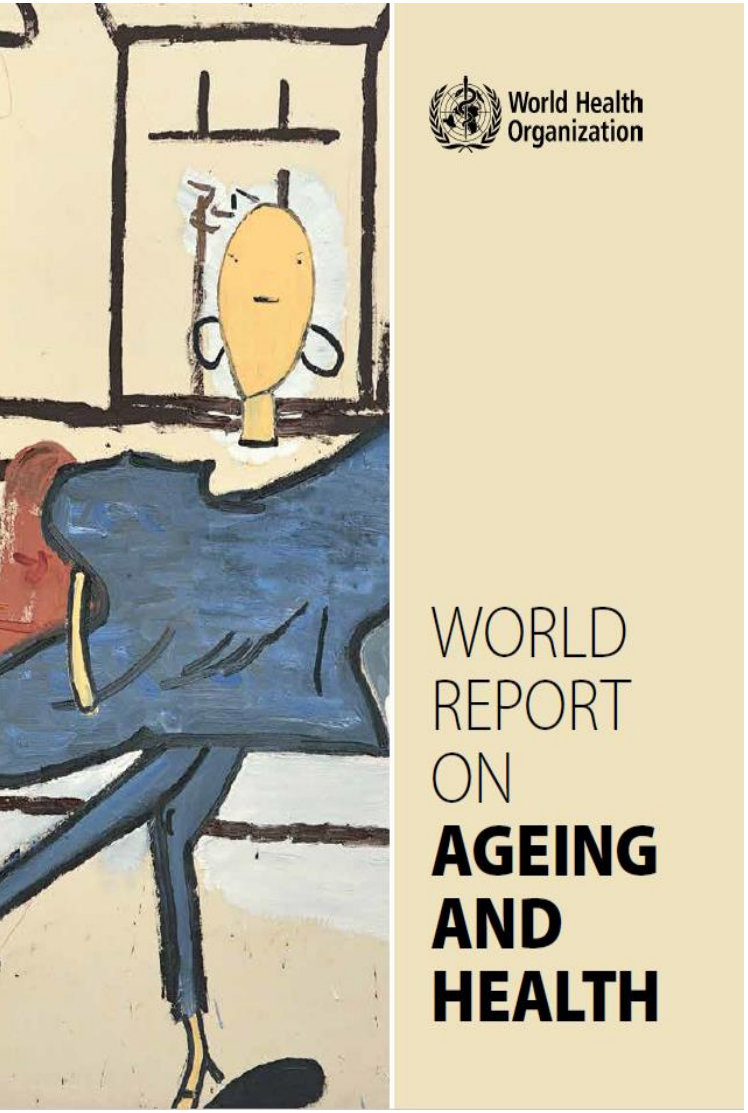
La morte in solitudine

La pandemia ha di fatto portato all'estreme conseguenze quella forma di isolamento osservata da Norbert Elias:
«Ecco l'aspetto più duro: la silenziosa esclusione degli individui senescenti e morenti dalla comunità umana».

- «…il Covid ha eliminato migliaia di anziani perché noi li avevamo già abbandonati.
- La pandemia ha fatto emergere la contraddizione di una società che per un verso sa allungare la vita delle persone, ma per l'altro la riempie di solitudine e abbandono.»

Mons. Vincenzo Paglia,
Presidente Pontificia Accademia per la Vita

NORBERT ELIAS, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen (1982), trad. it. La solitudine del morente (1985), Bologna, 20.



AGEISMO

Una forma di discriminazione “normalizzata”,

cioè implicitamente considerata “normale” a livello sociale,

a differenza del razzismo e della discriminazione sessuale.

All’interno della comunità le persone anziane sono comunemente stigmatizzate a causa della loro età cronologica,

e con l’aumentare dell’età aumenta l’attribuzione di stereotipi negativi riguardanti i cambiamenti a livello fisico, cognitivo ed emotivo.

La pandemia di COVID-19 - ha ulteriormente “normalizzato” l’ageismo.

La maggiore vulnerabilità delle persone anziane rispetto al contagio e l’aumento di richiesta di assistenza

- inclusi un numero più elevato di giorni di ospedalizzazione in terapia intensiva e supporto respiratorio -

sono stati controbilanciati dalla percezione di “basso potenziale” di produttività e utilità sociale.

Questa analisi costi – benefici ha probabilmente orientato il sistema sanitario pubblico nel dare priorità alle persone giovani e di mezza età rispetto a quelle più anziane.

- Le misure restrittive hanno aumentato il rischio di abusi, incuria e maltrattamenti.
- Sono state trascurate le patologie croniche delle persone anziane.
- Le persone anziane sono «invisibili» nelle statistiche ufficiali sull'impatto del COVID-19.

- Le percentuali di abuso nell'anziano sono aumentate dell'84% a livello mondiale durante la pandemia.
- Si prevede un aumento degli abusi parallelamente al rapido invecchiamento della popolazione.

High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors. Chang ES, Levy BR.
The American Journal of Geriatric Psychiatry 2021. 2021 Nov;29(11):1152-1159. doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.007. Epub 2021 Jan 19.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

«IL TEMPO DELLA COMUNICAZIONE

VA CONSIDERATO

TEMPO DI CURA».

LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219 .

NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO.

Art. 1. *Consenso informato.*

Comma 8

«Il tempo della comunicazione

tra medico e paziente

costituisce tempo di cura».

Nell'intervento assistenziale si richiede di sviluppare quelle attitudini al dialogo, che implicano capacità di ascolto e la ricerca di un "linguaggio" comunicativo.

LO SGUARDO

Negli occhi risiede un'importante **"competenza comunicativa",**

di cui si è divenuti più consapevoli.

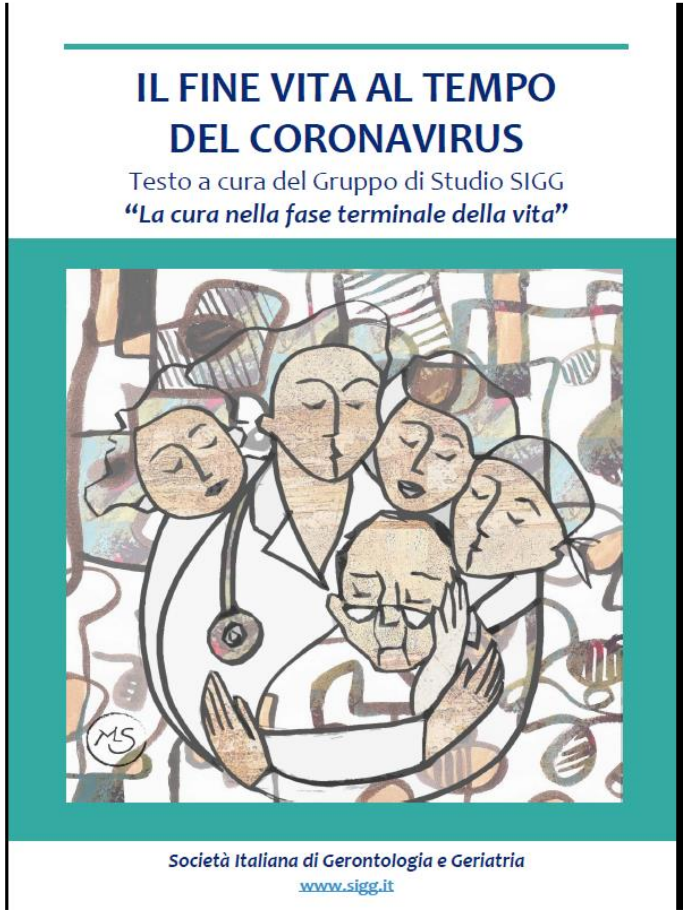
L'uso delle mascherine ha centrato l'attenzione sugli occhi di chi si incontra.

Il contatto visivo è un buon indicatore dell'interesse dimostrato per la persona.

Lo **SGUARDO** può trasmettere varie emozioni, interesse, affetto, comprensione,

oppure indifferenza, sfida, rabbia, ecc.

«Nessun corso di formazione ha preparato ad affrontare una comunicazione efficace, come la situazione di pandemia sta evidenziando».



MANAGEMENT OF PEOPLE WITH COVID-19 WHO ARE RECEIVING PALLIATIVE CARE

NATIONAL CLINICAL EVIDENCE TASKFORCE
COVID-19

FORMS OF GUIDANCE

Evidence-Based Recommendation **(EBR)**
Consensus Recommendation **(CBR)**
Practice Point **(PP)**

Types of EBRs:
- RECOMMENDATION FOR USE
- RECOMMENDATION AGAINST USE
- CONDITIONAL RECOMMENDATION FOR USE
- CONDITIONAL RECOMMENDATION AGAINST USE

VERSION 4.1
PUBLISHED
27 OCTOBER 2022

People requiring palliative care and COVID-19

This population includes people with COVID-19 whose prognosis due to co-existing advanced progressive disease is limited or uncertain, or people with critical COVID-19 illness where recovery is not expected.

Sources

ANZSPM - The Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine Inc. (ANZSPM) Guidance - palliative care in the COVID-19 context.

ACSQHC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Delirium Clinical Care Standard. 2016.

Hilmer SN, Gnjidic D. Prescribing for frail older people. Aust Prescr. 2017;40(5):174-178. doi:10.18773/austprescr.2017.055

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19 [NG191].

NHS Scotland - Scottish Palliative Care Guidelines. Supportive and Palliative Care Temporary Guideline. End of Life Care Guidance when a Person is Imminently Dying from COVID-19 Lung Disease. Updated 16 March 2021.

NSW Health - NSW Health, Palliative Care Community of Practice. Bereavement care guide. 1 December 2020.

SA Health - Commission on Excellence and Innovation in Health. Guide to non-pharmacological interventions in the palliative care of persons deteriorating and dying with COVID-19. May 2020.

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). COVID-19 position statement: Presentations and management of COVID-19 in older people in acute care. Version 2.0, 1 March 2021.

SIGN - SIGN157: Risk reduction and management of delirium. A national clinical guideline. March 2019.

Taskforce – Current guidance from the National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce.

WHO - World Health Organization (WHO). Living guidance for clinical management of COVID-19.

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

67° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

MANAGEMENT OF PEOPLE WITH COVID-19 WHO ARE RECEIVING PALLIATIVE CARE

NATIONAL CLINICAL EVIDENCE TASKFORCE
COVID-19

FORMS OF GUIDANCE

Evidence-Based Recommendation **(EBR)**
Consensus Recommendation **(CBR)**
Practice Point **(PP)**

Types of EBRs: RECOMMENDATION FOR USE | RECOMMENDATION AGAINST USE | CONDITIONAL RECOMMENDATION FOR USE | CONDITIONAL RECOMMENDATION AGAINST USE

VERSION 4.1
PUBLISHED
27 OCTOBER 2022

COMMUNICATION

Establish a timely and ongoing regular line of communication, with a nominated family/caregiver. **PP** [Taskforce]

Optimise access to visitors and caregivers where possible, according to local visitation protocols. Risks of more complex grief and bereavement may be increased due to restrictions on patient contacts during the dying process, social distancing and community isolation, and increased financial and relationships stressors. **PP** [Taskforce/ANZSPM]

Minimise sensory impairment (e.g. hearing aids available and working, glasses available, and utilise other augmentative and alternative communication (AAC) devices such as communication boards, electronic communication devices). **PP** [Taskforce]

Ensure effective communication, including the use of interpreters or cultural care workers where appropriate. Remember that those with sensory impairments may not be able to hear or use lip reading to assist in understanding if clinicians have masks on. Consider written communication via room boards or paper on clipboards. **PP** [Taskforce/ANZSPM]

Respiratory distress and a diagnosis of COVID-19 will likely cause high levels of anxiety and distress. There may be worsening of pre-existing mental health conditions. **PP** [SA Health]

Communicate with patients and support their mental wellbeing to help alleviate any anxiety or fear they may have about COVID-19. **PP** [NICE]

COVID-19 limits face-to-face contact, which is an important part of palliative care. Ensure that regular conversations and communication continue and are supported digitally, particularly if the patient is deteriorating or imminently dying. For example, by use of two-way radios (such as baby monitors) or video tablets to communicate at length without masks and other PPE from outside the patient's room. **PP** [Taskforce/ANZSPM]

Ensure cultural and spiritual/religious practices that are part of the person's wishes are identified, prioritised and observed/facilitated, where possible. Where not possible, due to infection control considerations, communication with the patient and family/carers is essential. **PP** [Taskforce/NSW Health]

All'inizio della pandemia di COVID-19 non si era ritenuto opportuno pubblicare un rapporto sul valore della morte dopo milioni di morti, ma in seguito si è cambiata opinione:

- la pandemia rende il report più rilevante
- le raccomandazioni presentate ci renderanno maggiormente in grado di rispondere alla prossima pandemia.

Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life.
www.thelancet.com Published online January 31, 2022 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X

Reinventando radicalmente una prospettiva migliore per la morte e il morire, la Lancet Commission on the Value of Death ha stabilito i principi di una «UTOPIA REALISTICA», una nuova visione di come potrebbero essere la morte e il morire.

1) Affrontare i determinanti sociali della morte, del morire e del lutto
2) Considerare il morire come un processo relazionale e spirituale e NON solamente un evento fisiologico
3) Rivedere le reti di assistenza per supportare le persone in fase terminale
4) Conversazioni e storie sulla morte quotidiana, in modo che la morte e il dolore vengano condivisi
5) Riconoscere la morte come un **«valore».**

Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life.
www.thelancet.com Published online January 31, 2022 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X

CONCLUSIONI

Riconsiderare la terminalità dell'anziano
tra malattie croniche e pandemia significa:

1) Cercare di contrastare l'ageismo.

Rappresenta una delle aree di azione del Decennio dell'invecchiamento in buona salute, promosso dalle Nazioni Unite per il periodo 2021–2030.

Cambiare il modo di pensare, di sentire, di agire nei confronti dell'età e dell'invecchiamento, è un prerequisito per un'azione efficace in questa prospettiva.

Una migliore formazione degli operatori, che prevede una riconsiderazione dell'assistenza

GUARIGIONE INTESA SOLO COME "RESTITUTIO AD INTEGRUM"

ASSISTENZA AL MORENTE = IMPEGNO PRIVO DI QUALIFICAZIONI

MEDICINA «ONNIPOTENTE»

MORTE = FALLIMENTO PROFESSIONALE

LIMITI DELLA MEDICINA

LA MORTE FA PARTE DELLA VITA

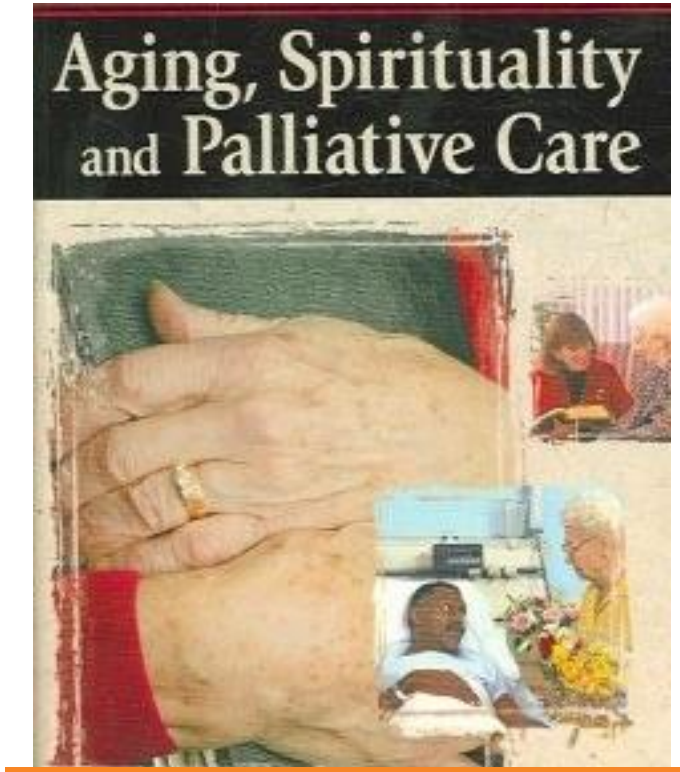
Curare la comunicazione tra operatori sociosanitari, con il paziente, con i familiari, spesso in età geriatrica.

Il Covid in corsia ha fatto riscoprire dialogo e umiltà.

Incentivo a studiare e a collaborare con quanti potevano essere di aiuto

Lo scambio di pareri ed informazioni ha contribuito a creare un senso di comunità tra persone separate dalle barriere protettive, ma unite per salvare i pazienti.

Curare la dimensione spirituale



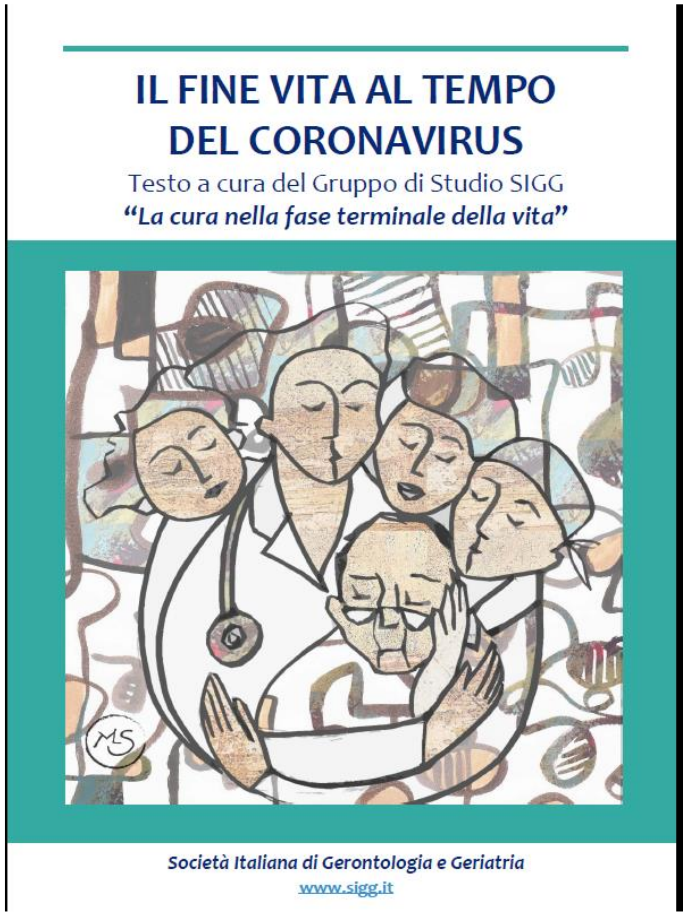
Clinics in Geriatric Medicine

The spirituality is an essential domain of geriatrics palliative care.

Guidelines for clinicians to diagnose spiritual distress and to integrate spirituality into their clinical practice.

Christina Puchalski, 2015

Un piano integrato di cure - Le cure palliative



In ogni contesto sarà sempre più necessaria la presenza dei palliativisti nei percorsi del fine vita, a supporto delle reti territoriali e nei reparti a maggiore intensità terapeutica.

Ogni medico (il geriatra in primis) dovrà avere conoscenze e formazione in CP di base.

Solo così potremo fronteggiare adeguatamente ogni emergenza sanitaria.

Lorenzo Boncinelli

Riconsiderare la terminalità dell'anziano tra malattie croniche e pandemia.

Grazie

FLAVIA CARETTA

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE