

Manuale di Competenze in Geriatria

ITEM 14

Descrivi e definisci gli interventi medici da attuare in base alla situazione clinica del paziente anziano in condizioni cliniche critiche, tenendo conto di eventuali deleghe di responsabilità e di decisioni per garantire dignità e tutela al malato che potrebbe aver compilato il suo testamento biologico.

Sono da chiarire i seguenti punti:

1. attribuire al malato un parametro che esprima la sua fragilità fisica e/o mentale;
2. l'anziano è competente ed è in grado di prendere decisioni oppure qualcuno (in genere un familiare) è già stato da lui delegato per questo?;
3. l'anziano ha dato disposizioni o ha espresso preferenze sulle modalità delle cure nella fase finale della vita (biotestamento)?

Il medico di famiglia dovrebbe chiedere e conoscere le scelte del suo assistito per il fine vita; queste devono essere richieste in occasione di un ricovero ospedaliero o dell'ingresso in una struttura: si tratta di una voce che troverà spazio specifico nel fascicolo sanitario elettronico anche se non avrà valore giuridico. È fondamentale che del paziente si conosca il livello di "fragilità" come somma di patologie presenti ed il grado della sua disabilità (score delle ADL).

Il 30 items del Frailty Index (FI) adottato per le residenze anziani è utile per valutare nel tempo l'anziano residente (ma anche a domicilio) con polipatologia e disabilità. Il punteggio è predittivo anche di mortalità e può guidare nelle scelte terapeutiche, come per esempio le cure palliative. I dati si estraggono dalla valutazione multidimensionale geriatrica.

- 1 ipertensione
- 2 fibrillazione atriale
- 3 coronaropatie
- 4 scompenso cardiaco
- 5 diabete
- 6 depressione
- 7 artrosi
- 8 osteoporosi
- 9 malattie respiratorie
- 10 problemi polmonari
- 11 nefropatie
- 12 epatopatie
- 13 malattie della tiroide
- 14 dolore
- 15 ipoacusia
- 16 ipovedenza
- 17 demenze
- 18 parkinson's disease
- 19 ictus
- 20 cancro
- 21 problemi a fare il bagno
- 22 disabilità a vestirsi
- 23 disabilità ad andare in bagno*
- 24 disabilità a trasferirsi-spostamento
- 25 incontinenza urinaria
- 26 disabilità ad alimentarsi



Manuale di Competenze in Geriatria

- 27 disabilità ad utilizzare il telefono
 - 28 disabilità ad utilizzare il denaro
 - 29 perdita di peso involontaria
 - 30 problemi neuropsicologici
- (*disabilità ad andare in bagno: se 0 nella ADL specifica)

Arch Gerontol Geriatr 2018

Questa somma di problemi e di malattie che progressivamente si accumulano nel tempo e anche durante il soggiorno nelle residenze o a domicilio, può essere estratta dalla VMG correttamente eseguita. Il FI serve a giudicare l'evoluzione delle condizioni fisiche e mentali anche se manca un giudizio sulla qualità della vita (QoL) e sulle effettive capacità fisiche prestazionali che possono essere giudicate oggettivamente dalla quantità di movimento giornaliero misurata con un accelerometro indossabile che consente di valutare anche la quantità del sonno e la sedentarietà. Il punteggio può agevolmente essere inserito nel fascicolo sanitario elettronico. Per quanto riguarda la speranza di vita si consultino le tavole di mortalità al seguente [link](#); nella colonna a destra è riportata la speranza di vita media in anni (media dei due sessi). Informazioni ISTAT più dettagliate sono consultabili [qui](#).

I contenuti del codice deontologico suggeriscono al medico il corretto comportamento, teso ad assicurare non solo le cure più appropriate, ma anche le più sicure nel tutelare la dignità e i diritti del vecchio malato, oggetto non raramente di varie forme di abuso che si realizzano in modo subdolo nei vari setting di cura e che indicano un imperfetto rapporto fra il malato e chi lo ha in carico (medico e caregiver). La reale competenza del vecchio malato è rilevante per l'appropriatezza delle decisioni; può succedere che i parenti e i caregiver siano fortemente coinvolti negli eventi che riguardano le decisioni personali del vecchio paziente, compreso il testamento e le scelte di fine vita; si dovrà fare attenzione e riflettere perchè le decisioni terapeutiche ed assistenziali devono prevedere la partecipazione ed il consenso del malato, anche se in età avanzata. Egli può avere rilevanti capacità funzionali (ad esempio la guida dell'automobile) e la capacità di prendere decisioni importanti (uso del denaro, gestione dell'eventuale patrimonio) per sé e per gli altri riguardanti la propria salute (consenso informato) o la destinazione dei propri beni dopo la morte (testamento). Le decisioni di fine vita hanno precise dimensioni psicologiche in presenza di adeguate capacità mentali; la psicotanatologia prevede dinamiche psicologiche con le quali si affrontano diverse fasi finali della vita, distinte in rifiuto, rabbia, depressione, patteggiamento o accettazione. L'argomento propone i problemi della buona morte, della diminuzione delle sofferenze terminali del grande vecchio e dell'accanimento terapeutico, tanto comune in ospedale in questi pazienti con molteplici patologie e disabilità di lunga durata. Le procedure già previste dalla legge per quanto riguarda le cure palliative (si vedano specifici items) non sono adeguatamente diffuse in Italia. Anche il codice di deontologia medica considera problemi connessi alla fine della vita: raccomanda l'astensione da trattamenti terapeutici e diagnostici dai quali non si possa attendere un beneficio anche a livello di qualità della vita; si fa riferimento all'autonomia del cittadino e alle direttive anticipate; il medico deve attenersi alla volontà liberamente espressa della persona, agendo sempre nel rispetto della sua dignità, libertà e autonomia. *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (art 32). Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*. Nel codice deontologico l'art. 16 tratta il tema dell'accanimento diagnostico-terapeutico: *"il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita"*. L'art. 17, invece, considera il tema dell'eutanasia: *"il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte"*.

In primo piano ci deve essere l'autonomia della persona, la dignità, il rispetto, i diritti: la decisione può realizzarsi disponendo appunto di libertà e di adeguate prestazioni cognitive (competenza a decidere). È nota l'elevata prevalenza del suicidio nella persona anziana (soprattutto nell'uomo) che è definito da



Manuale di Competenze in Geriatria

alcuni consapevole perché correlato a motivazioni cliniche, psicologiche e sociali, spesso complesse ed imperfettamente indagate; questa evidenza epidemiologica dimostra la vulnerabilità dell'anziano ai problemi esistenziali della vita che finisce. La biologia dell'invecchiamento comprende anche la biologia della morte: il medico deve tener ben presenti i problemi della fase terminale della vita e prestare le cure più opportune, considerando anche il fatto che le tante risorse economiche utilizzate nell'ultimo mese di vita non ottengano tangibili risultati (in termini di utilità ed efficacia) rientrando così nelle *futilità sanitarie*.

Una proposta di legge approvata nel 2017 riguarda "*Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari*" e prevede anche un modulo da utilizzare se si decide di fornire le indicazioni di volontà con la nomina di un fiduciario; il tutto deve essere sottoscritto da un testimone. Le scelte personali non sono di solito oggetto di un dialogo tra medico e paziente; ciò vale anche per i tanti ospiti, di solito ultra85enni, di strutture residenziali, in particolare quelli con problemi cognitivi. Nella sua lunga vita il grande vecchio è stato sottoposto a cure ed assistenza prolungate con interventi di vario tipo, che richiederebbero la sottoscrizione del consenso informato per la condivisione delle decisioni terapeutiche, ma non sempre ciò avviene. Spesso si opera in assenza di tale consenso. In un'indagine su casistica appropriata (età media 78,9 anni, il 26% oldest-old) è stato dimostrato che soltanto la metà del campione esaminato non comprende il contenuto e il significato del consenso informato, sottoscritto dal malato o da chi per lui in occasione di interventi terapeutici anche di lunga durata, come si verifica nelle strutture per anziani. In questo caso dovrebbe essere nominata una persona di riferimento che lo tuteli, come l'amministratore di sostegno, che il medico è tenuto a consigliare, quando avverte una condizione d'incapacità.

La morte molto spesso si verifica in ospedale e in strutture residenziali, più raramente a domicilio; in questi ambiti le cure della fase terminale della vita potrebbero non essere appropriate per la perdurante scarsa attenzione alla palliazione e alla sedazione terminale, al fine di evitare inutili sofferenze. La *slow medicine* in queste situazioni è da preferire all'accanimento terapeutico, povero di carità e di compassione; i medici e gli infermieri spesso medicalizzano anche la morte, dimenticando che questa è la fase terminale della vita e non della malattia. L'individuo sovente non ha la consapevolezza di cosa significhi morire ed accettare la morte come evento naturale; è un problema culturale da considerare soprattutto nella persona più anziana che alla saggezza della lunga vita non associa un'adeguata educazione; il dialogo medico-paziente sarebbe molto utile ma delicato e spesso inattuabile; le decisioni dovrebbero essere prese nelle fasi precedenti della vita.

Aspetti particolari:

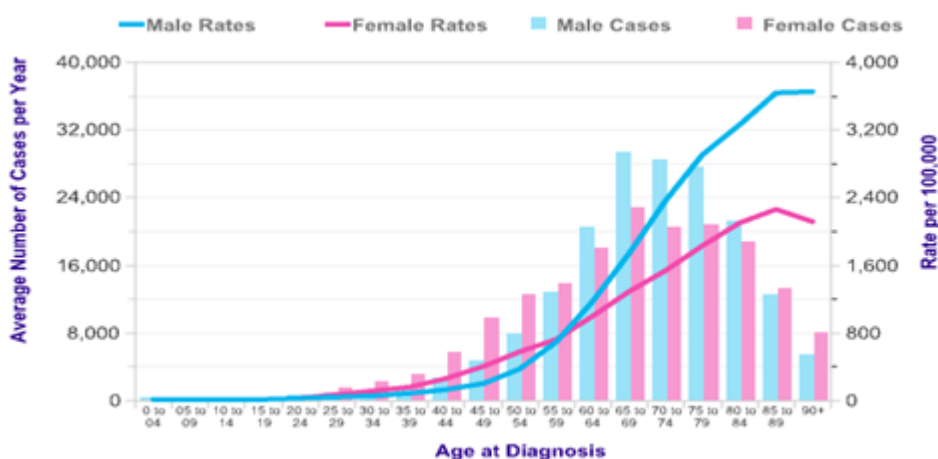
1. Negli anziani può essere ridondante e inutile ogni manovra di rianimazione cardiorespiratoria, dipende dalle condizioni cliniche del paziente e dai dati prima enunciati;
2. Gli obiettivi delle cure mediche dell'anziano cambiano soprattutto nell'oldest-old, nel quale si deve privilegiare la qualità della vita, il comfort, le funzioni e anche la durata della vita; si dovrebbe pertanto comunicare adeguatamente e discutere con i pazienti e il caregiver il piano terapeutico, così facendo si può ottenere la loro condivisione e collaborazione;
3. Nei pazienti ospedalizzati o in struttura l'alimentazione enterale con sondino per nutrire gli anziani dementi in fase terminale (stadio 7e della scala FAST) non è raccomandata, anche se il parere del caregiver non concorda; si tratta di situazioni non rare in ospedale che devono indurre a considerazioni sull'appropriatezza delle cure, l'insistenza dei familiari, l'abituale mancanza di decisioni testimoniate o documentate di fine vita, sulla carenza dei rapporti medico-paziente; c'è stato il rispetto dei contenuti del codice deontologico?;
4. Le decisioni riguardo l'uso eventuale di strumenti tecnologici potenzialmente salvavita - come defibrillatore, rianimazione cardiopolmonare, dialisi, alimentazione enterale, trasfusioni, uso del ventilatore - dovrebbe essere argomento nella comunicazione medico-paziente e anche con i parenti: cosa ne pensa il malato anziano del possibile impiego di metodologie aggressive? Il colloquio con il paziente, nelle fasi precedenti della vita, su questi argomenti consentirà al



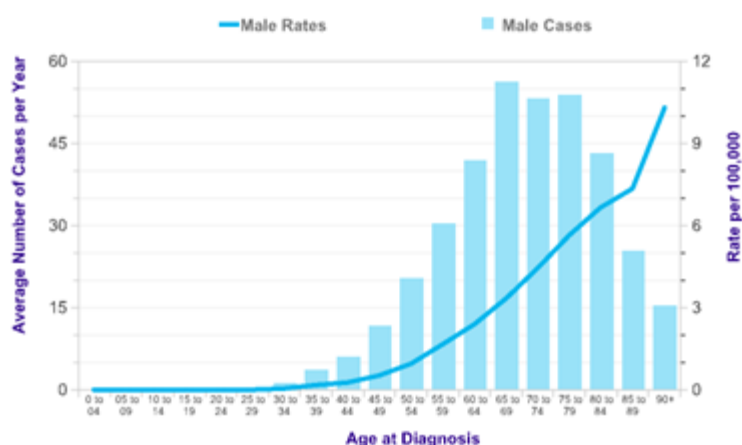
Manuale di Competenze in Geriatria

medico di descrivere le sue volontà e valutare le capacità decisionali dell'anziano che devono essere documentate e testimoniate;

- Prima di decidere l'esecuzione di uno screening, per esempio oncologico, con obiettivi di prevenzione primaria ci si deve chiedere se l'indagine riduce effettivamente la mortalità oppure è in grado di migliorare le funzioni fisiche e mentali oppure di prolungare la vita. Lo screening soddisfa molto spesso solo le aspettative del malato e dei suoi parenti. L'età del paziente, le sue performance fisiche e mentali, la multipatologia presente, la sua speranza di vita sono parametri da tenere ben presenti prima di prendere decisioni per lo screening che potenzialmente può avere effetti avversi. L'invecchiamento è una causa precipitante e agevolante l'insorgenza delle neoplasie in varie sedi; studi sui dati del Surveillance Epidemiology, and End Results ([SEER](#)) dimostrano che l'incidenza del cancro dopo gli 80 anni ha un brusco declino e, se presente, risulta clinicamente meno virulento e con ridotta capacità metastatizzante; il numero di nuovi casi tende a zero all'età della massima sopravvivenza come si evince dalla figura di seguito che riporta l'incidenza del cancro in rapporto all'età.



- Di alcune neoplasie, come quella della mammella, si è valutato l'andamento in rapporto all'età (vedi figura).



Infine, del [testamento biologico](#) (decisioni anticipate) si parlerà a proposito delle cure palliative.

