

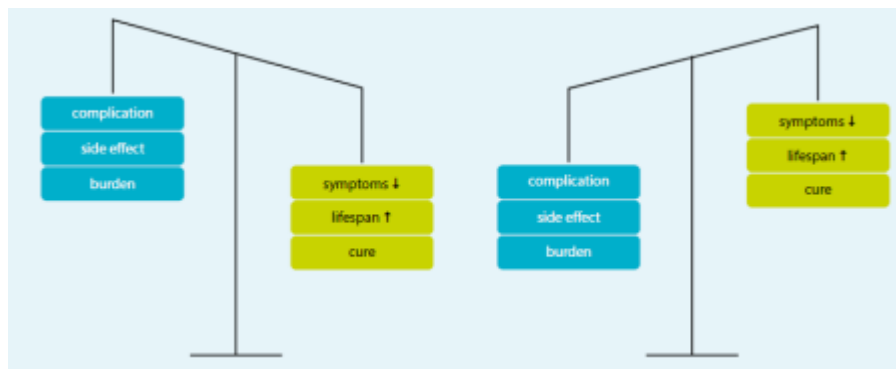
# Manuale di Competenze in Geriatria

## ITEM 16

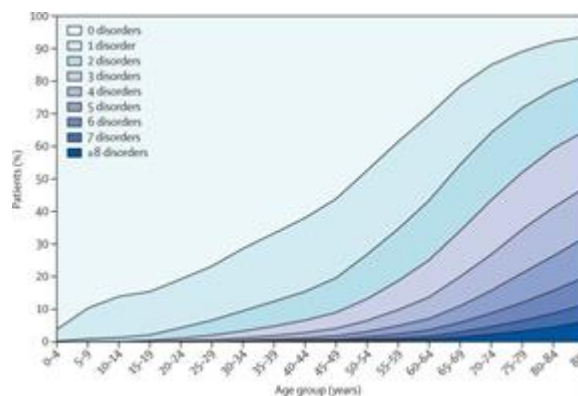
**Identifica accuratamente le situazioni cliniche nelle quali la speranza di vita, lo stato funzionale (eventuale disabilità), le preferenze o volontà del malato anziano e gli obiettivi delle cure prevalgono come criterio da seguire nelle decisioni da prendere sulle raccomandazioni e le linee guida tradizionali (medicina basata sulle evidenze-EBM).**

Nella Evidence Based Medicine (EBM) sono integrati 3 elementi: la situazione del paziente, l'evidenza scientifica e l'esperienza del medico. La EBM è utilizzata anche per le persone anziane, anche se queste sono escluse nei trial clinici controllati (RCT) sui quali si basano le evidenze raccomandate; i RCT raramente considerano gli specifici bisogni dell'anziano e nemmeno prevedono endpoint come le sue preferenze, la qualità della vita e l'autosufficienza che sono fondamentali per gli anziani.

L'aging modifica profondamente la fisiologia degli organi rendendoli più vulnerabili e differientemente responsivi ai farmaci e anche alle situazioni esistenziali sociali e psicologiche che via via si presentano. Nella figura sottostante sono rappresentati i costi e i benefici delle cure: nel giovane a sinistra e nell'anziano a destra. In quest'ultimo prevalgono i rischi, le complicanze, il peso (burden) della malattia ed anche il ridotto effetto dei farmaci e delle cure.



La **multipatologia** (vedi figura che segue - Lancet 2012; 380: 37) e la politerapia complicano assai il quadro clinico e i risultati dei trattamenti: se ne deve tener conto.



La eterogeneità dei soggetti anziani e oldest-old porta facilmente a overtreatment degli anziani fragili e a sottotrattamento degli anziani in ottime condizioni. Manca uno strumento clinico qualificato di riferimento che sia di aiuto al medico che deve prescrivere un piano terapeutico ad un anziano; è



# Manuale di Competenze in Geriatria

necessario valutare le funzioni e le prestazioni fisiche, mentali e sociali del paziente anziano per identificare la vulnerabilità e stabilire gli obiettivi delle cure.

Quindi l'EBM non ha i requisiti per essere trasferita alla popolazione anziana; il medico potrà utilizzarla ma tenendo conto delle caratteristiche biologiche, psicologiche e sociali del vecchio paziente. L'organizzazione sanitaria basata sulla singola malattia non è adeguata ad affrontare il problema della multimorbilità nemmeno a livello della formazione del personale sanitario di vari livelli. La multimorbilità è sempre più rilevante con l'invecchiamento della popolazione; si associa ad elevata mortalità e disabilità e comporta una maggior utilizzazione dei servizi sanitari, dall'ospedale agli ambulatori specialistici, ponendo anche il problema della qualità dei servizi sanitari ed assistenziali ampiamente utilizzati dalla popolazione anziana.

Le situazioni cliniche nelle quali si deve proporre un percorso clinico che tenga conto della breve speranza di vita del paziente, a causa non solo dell'età ma anche della complessità del quadro clinico gravato dalla comorbilità e dalla disabilità, sono:

- tumori
- scompenso cardiaco
- deficit cognitivi avanzati
- broncopneumopatia cronica
- grave malnutrizione (failure to thrive)
- ADL tutte compromesse
- situazioni complesse legate alle multimorbilità e alla grave disabilità.

Gli interventi terapeutici in questi casi, definiti da una singola patologia prevalente ma di solito polimorbidi, non sono più efficaci: il comportamento curativo così concepito può configurare il cosiddetto *accanimento terapeutico*. La medicina tradizionale non fornisce indicazioni utili alla buona gestione di questi pazienti anche perché fa riferimento a singole malattie che sono la base della EBM che, come già si è detto, fornisce indicazioni precise ottenute da trials nei quali gli anziani con multipatologia e disabilità sono quasi sempre esclusi, soprattutto se oldest-old. Nel paziente molto anziano con multipatologia e disabilità, nel prendere decisioni terapeutiche e anche assistenziali (setting preferenziale), il medico dovrebbe fare riferimento alla sua speranza di vita ed alle sue preferenze e decisioni anticipate; sulla base di questi elementi il medico deve stabilire l'obiettivo del piano terapeutico e i suoi goals principali, fra i quali non deve mancare la qualità della vita e la dignità del malato.

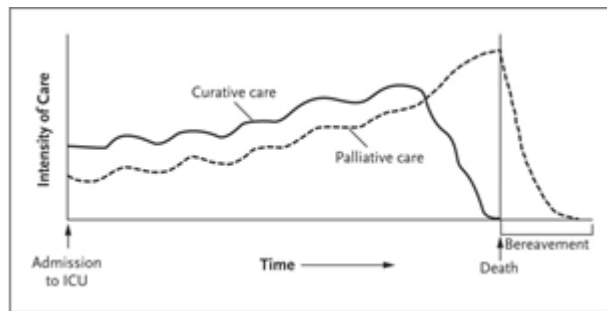
Il significato e le implicazioni che hanno indipendenza e autonomia del malato, nel nostro caso dell'anziano, variano nei diversi setting curativo-assistenziali. Quindi, è necessaria non solo la valutazione delle funzioni fisiche e mentali nel momento della visita medica ma anche delle loro traiettorie nel tempo: solo così si può esprimere un giudizio prognostico preciso tenendo conto della speranza di vita in base all'età e della complessità/gravità del quadro clinico. Sul sito [ePrognosis](#) si trovano indici prognostici validati da utilizzare in clinica; uno strumento di questi dovrebbe essere adottato dal medico per acquisire i contenuti nella pratica clinica (esperienza) in termini di previsione di morte. L'ISTAT fornisce il parametro speranza di vita ad ogni età.

Advance care planning (ACP) dovrebbe essere considerato nei pazienti anziani con breve speranza di vita, con indici prognostici negativi e che non rispondono positivamente al piano terapeutico e dopo aver verificato che sia proprio questo ad aver indotto peggioramento clinico come effetto avverso. Le implicazioni etiche sono rilevanti: l'ACP deve essere contemplato nel piano terapeutico di un anziano con indici prognostici sfavorevoli e speranza di vita ridotta.

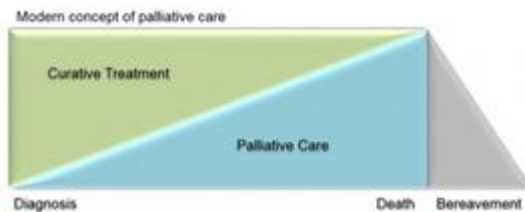
Il fine vita è un problema medico: accanto alle cure tradizionali (*curative care* della figura sottostante) si devono prendere in considerazione anche le cure palliative.



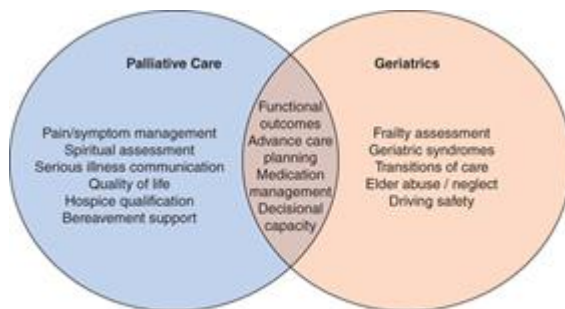
# Manuale di Competenze in Geriatria



Le cure palliative possono essere iniziate con le cure tradizionali ed essere estese al contesto di lutto in cui l'anziano termina la propria vita.

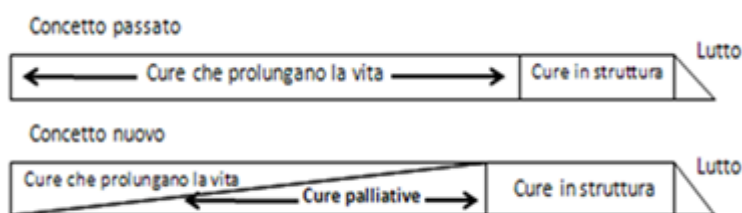


Geriatria e cure palliative hanno molti punti di contatto indicati nella figura che segue:



Source: J.B. Halter, J.G. Ouslander, S. Studenski, K.P. High, S. Athanas, M.A. Supiano, C. Ritchie, W.A. Hazzard, N.F. Wooland: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Seventh Edition, www.acepmedicine.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Le cure palliative (se ne parlerà in item specifici) sono da applicare nei diversi setting curativo-assistenziali anche in associazione alle cure usuali. Le scelte e le decisioni del paziente dovranno essere rispettate per quanto possibile. Il modello curativo dell'anziano da attuare nella fase terminale della sua vita è quello indicato nella figura che segue:

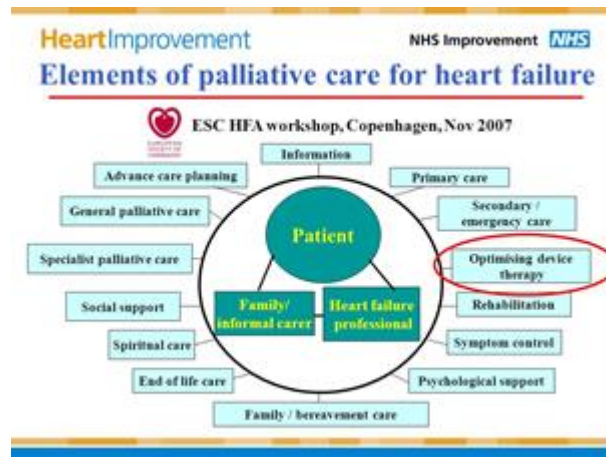


Le immagini successive descrivono l'applicazione di questo modello geropalliativo a malattie molto comuni come:

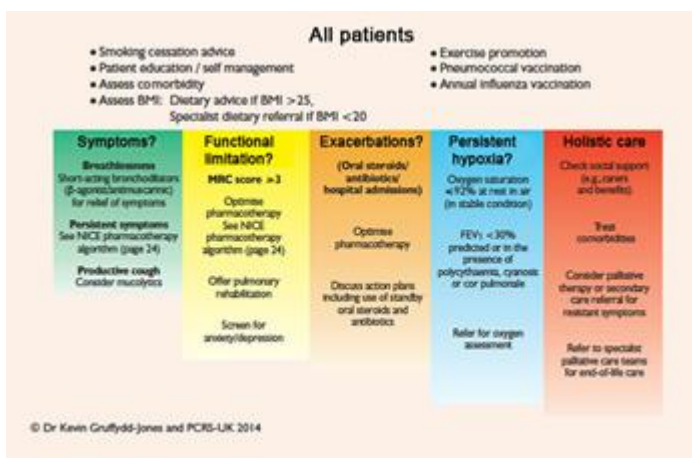
## **Scompenso cardiaco**



# Manuale di Competenze in Geriatria



## BPCO (broncopneumopatia cronico-ostruttiva)



Le figure mostrano che non si tiene conto della probabile coesistenza di una o più malattie croniche (comorbidità); l'“errore” di aver un unico o prevalente goal terapeutico è frequente; la probabilità che non si tenga conto della situazione biopsicosociale nelle decisioni è elevata. Anche il rischio di accanimento terapeutico è elevato in queste condizioni.

I rapporti sociali, esistenziali e le implicazioni etiche rendono complesse le relazioni fra le varie componenti coinvolte nelle scelte terapeutiche di un paziente grave: esiste un framework ampio in cui si collocano l'indipendenza e l'autonomia dell'anziano con variabili bisogni in uno spazio abitativo ed esistenziale in cui trovano posto aiuti di vario tipo come ausili, tecnologie, persone addette. Si deve tener conto dello spazio in cui vive il malato che varia dal residenziale, alla comunità all'extra-care (quando la abitazione è modificata profondamente) con variabili gradi di cura e di assistenza che provvedono a realizzare l'*assisted-living*.

Nella realtà attuale il medico nella cura degli anziani fragili deve dare priorità all'approccio narrativo e alle possibili semplici strategie terapeutiche evitando prescrizioni non necessarie e insicure (accountable prescribing fino al deprescribing). La priorità deve essere data a parametri valutabili come la qualità delle cure e della vita, soprattutto nei malati >85 anni. La pratica medica, soprattutto nel settore delle cure primarie, non si è adeguata ad affrontare i problemi legati all'invecchiamento della popolazione; le procedure tradizionali non sono sufficienti ad affrontare i problemi degli anziani e i molteplici bisogni che emergono man mano che le performance fisiche e mentali diminuiscono e che la speranza di vita si riduce.

