



Il fine vita in RSA: competenze dell'infermiere  
nel team multidisciplinare.  
Dalla valutazione alla pianificazione dell'assistenza

Ermellina Zanetti  
Infermiera,  
Gruppo di Ricerca  
Geriatrica e APRIRE  
network



**APRIREnetwork**  
Assistenza PRIMaria In REte  
Salute a Km 0

# CONFERENZA DI CONSENSO

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



# Conferenza di consenso

La conferenza di consenso è una modalità di risposta a quesiti relativi all'efficacia e ai rischi di applicazioni cliniche e interventi biomedici o di sanità pubblica oggetto di specifiche controversie, **con l'obiettivo di ridurre la variabilità dei comportamenti e/o orientare la ricerca futura** verso quelle aree poco esplorate, ma ritenute significative da tutti i soggetti interessati.

# La conferenza di consenso: quando scegliere questo metodo per produrre raccomandazioni

## 1

### Quando l'argomento da trattare:

1. **presenta aspetti controversi**, che si prestano a essere analizzati con vantaggio e possibilmente chiariti, almeno in parte, attraverso un dibattito pubblico e una presa di posizione da parte di una giuria multidisciplinare e multiprofessionale;
2. **ha un'importanza particolare nell'ambito della salute pubblica**, a causa della frequenza o della gravità del disturbo, dell'interesse da parte dei professionisti sanitari e degli utenti o dei potenziali effetti sulla pratica clinica;



# La conferenza di consenso: quando scegliere questo metodo per produrre raccomandazioni

## 2



### Quando sull'argomento da trattare:

1. sono **disponibili dati scientifici sull'argomento** che, sebbene contraddittori o parziali consentano al panel di rispondere alle domande prestabilite attraverso una discussione non basata esclusivamente sui giudizi soggettivi della giuria;
2. la definizione di raccomandazioni sull'argomento ha un potenziale effetto positivo in termini di **riduzione della variabilità** ed eventualmente dei costi per l'assistenza e la cura;

# La conferenza di consenso: quando scegliere questo metodo per produrre raccomandazioni

## 3

### Quando sull'argomento da trattare:

5. le **conoscenze sul tema sono ancora limitate** ed è importante orientare la ricerca.
6. il **tema è limitato** e può essere analizzato attraverso pochi quesiti principali: in questo modo le raccomandazioni possono essere redatte nel breve tempo di 24 ore, massimo intervallo di tempo a disposizione della giuria al termine del dibattito.



# Perché una conferenza di consenso

---



L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma da tempo che **i principi delle cure palliative dovrebbero essere applicati il più precocemente possibile nel corso di una malattia cronica** (WHO, 2002) anche in considerazione del fatto che nei paesi ad alto reddito, il 75% delle morti è causato da condizioni croniche progressive avanzate.

WHO. Program on Cancer Control (C.S., A.M., A.U.) and Essential Drugs and Medicines Policy (T.Y.), World Health Organization, Geneva, Switzerland Journal of Pain and Symptom Management 24, 2002

# Perché una conferenza di consenso

---



In tutti i setting di cura e assistenza (ospedale, strutture socio sanitarie, cure intermedie e assistenza domiciliare) si osserva 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.

# Palliative care:

---

è un approccio che **migliora la qualità della vita** dei pazienti e delle loro famiglie ...



è **applicabile all'inizio del decorso della malattia**, in concomitanza con altre terapie che hanno lo scopo di prolungare la vita.

... e **include le indagini necessarie** per comprendere e gestire meglio complicanze cliniche angoscianti.



APRIREnetwork  
Assistenza PRimaria In REte  
Salute a Km 0



# Comitato Tecnico Scientifico

Daniele Bellandi	<b>Geriatra</b>	Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus (CR)
Cinzia Bertelli	<b>Infermiera</b>	Istituto Clinico Città di Brescia
Corrado Carabellese	<b>Geriatra</b>	Fondazione Casa di Dio Brescia, AGE
Deborah Chiesa	<b>Geriatra</b>	Habilita Care & Research Rehabilitation Hospitals Sarnico (BG)
Simonetta Di Meo	<b>Infermiera</b>	Servizio Infermieristico Territoriale ASST Spedali Civili Brescia
Gianbattista Guerrini	<b>Geriatra</b>	Fondazione Brescia Solidale
Pierangelo Lora Aprile	<b>Medico di Medicina Generale</b>	Società Italiana Medicina Generale

# Comitato Tecnico Scientifico

Elena Lucchi	<b>Psicologa</b>	Fondazione Teresa Camplani Casa di Cura “Ancelle della Carità” di Cremona
Gian Franco Massarelli	<b>Rappresentante dei pazienti</b>	Associazione “Dall’altra parte: medici, infermieri, operatori e pazienti insieme”
Federico Nicoli	<b>Bioeticista</b>	Servizio di Etica Clinica Casa di Cura Domus Salutis Brescia -Fondazione Teresa Camplani; Centro di Ricerca in Etica Clinica Università degli Studi dell’Insubria, Varese
Paola Ponton	<b>Psicologa</b>	Azienda Sanitaria AAS N.3 Udine
Serena Sperotto	<b>Infermiera</b>	Cure Domiciliari ASST Brescia
Ermellina Zanetti	<b>Infermiera</b>	Associazione APRIRE Network
Giovanni Zaninetta	<b>Palliativista</b>	Unità Operativa di Cure Palliative Casa di Cura Domus Salutis Brescia - Fondazione Teresa Camplani. SICP

# Panel Giuria

Fulvio Borromei	Presidente OMCeO di Ancona e componente del Comitato Centrale FNOMCeO	<b>Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri</b>
Mariangela Cogoni Consuelo Rota	Infermiera Infermiera	<b>Federazione Nazionale Collegi Infermieri, Assistenti Sanitari e Vigilatrici Infanzia - IPASVI</b>
David Lazzari	Tesoriere	<b>Consiglio Nazionale Ordine Psicologi</b>
Stefano Pieretti	Primo Ricercatore	<b>Istituto Superiore di Sanità</b>
Claudio Cricelli	Presidente	<b>Società Italiana di Medicina Generale</b>
Mario Picozzi	Direttore	<b>Centro di Ricerca per l'Etica Clinica Università dell'Insubria, Varese</b>



# Panel Giuria

Giuseppe Galetti	Geriatra	<b>Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio</b>
Flavia Caretta	Geriatra	<b>Società Italiana di Gerontologia e Gruppo di Studio SIGG “La cura nella fase terminale della vita”</b>
Salvatore Putignano	Presidente	<b>Associazione Geriatri Extraospedalieri</b>
Italo Penco	Presidente	<b>Società Italiana Cure Palliative</b>
Flaminia Rozzi	Infermiera	<b>Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità</b>
Marco Trabucchi	Presidente	<b>Associazione Italiana di Psicogeriatria</b>

# Obiettivi della Conferenza di consenso

- **Definire gli indicatori** per identificare i grandi anziani che necessitano di un approccio palliativo.
- Identificare **gli interventi palliativi appropriati** per l'assistenza e la cura del grande anziano, a domicilio, nelle strutture residenziali e in hospice.
- Identificare gli **interventi per il supporto alla famiglia e ai caregiver formali e informali**.
- Individuare **criteri e indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza e della cura** nelle fasi terminali della vita del grande anziano.

# Tappe della Conferenza di consenso



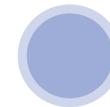
**Marzo-Giugno**  
2017



**Giugno-Dicembre**  
2017



**Gennaio-Aprile**  
2018



**Ottobre**  
2018

# CONFERENZA DI CONSENSO

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



7 Gennaio 2019

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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

### Parte 1: ASPETTI METODOLOGICI e DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

**Grande anziano: definizione**

**Il vissuto odierno del morire**

**Desideri e preferenze nel grande anziano con limitata attesa di vita: comunicazione della prognosi e pianificazione delle cure**

**Cambio di paradigma: gestione dei sintomi e qualità della vita**



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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

### Parte 2: INTERVENTI

**Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative**

**Gli interventi palliativi nel grande anziano**

**Gli interventi di supporto alla famiglia**





# Definizione di grande anziano

Con il termine “grande anziano” (oldest old) si vuole far riferimento alla persona che ha intrapreso l’ultimo tragitto del suo percorso di invecchiamento connotato:

- da **un’età molto avanzata** ( $\geq 85$ );
- dalla **progressiva difficoltà a ricostruire nuovi equilibri clinico-funzionali** in risposta alle modificazioni indotte dal processo di invecchiamento, dall’accumularsi negli anni delle conseguenze della (poli)patologia cronica e dal rapporto della persona con il contesto di vita;
- da una **condizione di crescente “fragilità”** intesa, al di là del suo fenotipo somatico e cognitivo, come uno stato di maggiore vulnerabilità agli stress che comporta un **aumentato rischio di disabilità, declino funzionale, ospedalizzazione e mortalità**. Con riferimento alla popolazione generale studi in tutto il mondo riportano che la prevalenza della fragilità varia dal 4,9% al 27,3%.



# Definizione di grande anziano

Con il termine “grande anziano” (oldest old) si vuole far riferimento alla persona che ha intrapreso l’ultimo tragitto del suo percorso di invecchiamento connotato:



- dalla **coesistenza di multiple malattie croniche** (e, di conseguenza, di sintomi e politerapia cronici) tra di loro interagenti;
- dall’alto rischio o dalla presenza di “**disabilità**” **funzionale, per lo più con le caratteristiche della disabilità progressiva**;
- dall’elevata prevalenza di **compromissione cognitiva**;
- dalla **necessità di supporto sociosanitario** e, non raramente, dalla **debolezza della rete di supporto familiare e di prossimità**.

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

## Quesiti della conferenza di consenso

**Quesito 1:** Quali indicatori identificano la prognosi e il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

**Quesito 2:** L'utilizzo degli indici prognostici di mortalità migliora l'affidabilità prognostica nel grande anziano?



**Quesito 3:** Gli strumenti di valutazione del bisogno di cure palliative sono affidabili nell'identificare il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

**Quesito 4:** La discussione sul fine vita e la pianificazione anticipata delle cure migliorano la concordanza tra le preferenze della persona e le cure di fine vita ricevute?

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

## Quesiti della conferenza di consenso

**Quesito 5:** Quali aspetti dell'assistenza infermieristica palliativa si correlano ad esiti migliori?

**Quesito 6:** Quali sono i criteri per iniziare, non iniziare o sospendere la nutrizione artificiale?



**Quesito 7:** Quali sono i criteri per iniziare, non iniziare o sospendere l'idratazione artificiale?

**Quesito 8:** Per valutare la presenza di dolore in una persona non in grado di comunicare è efficace l'adozione di uno strumento oggettivo di valutazione del dolore?

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

## Quesiti della conferenza di consenso

**Quesito 9:** Quali farmaci e quali accertamenti diagnostici sono considerati potenzialmente inappropriati nei pazienti anziani con limitata aspettativa di vita?

**Quesito 10:** Quali sono i farmaci da utilizzare per il trattamento del dolore nel grande anziano?



**Quesito 11:** È appropriata la terapia antibiotica nell'anziano con aspettativa di vita limitata?

**Quesito 12:** Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

Il fine vita in RSA: competenze dell'infermiere nel team multidisciplinare.

Dalla valutazione alla pianificazione dell'assistenza

---



**Quesito 1:** Quali indicatori identificano la prognosi e il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

**Quesito 3:** Gli strumenti di valutazione del bisogno di cure palliative sono affidabili nell'identificare il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

**Quesito 5:** Quali aspetti dell'assistenza infermieristica palliativa si correlano ad esiti migliori?

**Quesito 12:** Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

## Quesito 1

Quali indicatori identificano la prognosi e il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

## Quesito 1

Quali indicatori identificano la prognosi e il **bisogno di cure palliative** nel grande anziano?

Nelle persone anziane l'individuazione di coloro che possono avvalersi delle cure palliative è resa possibile dalla **Valutazione Multidimensionale (VMD)**, in grado di coglierne tempestivamente il **declino funzionale, cognitivo e nutrizionale**.

## Quesito 1

# Quali indicatori identificano la prognosi e il **bisogno di cure palliative** nel grande anziano?

**Nelle persone con fragilità avanzata**, i seguenti indicatori sono più discriminanti della severità della condizione clinica per identificare la prognosi e il bisogno di cure palliative:

- **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 o valutazione clinica di declino nutrizionale non relativo a condizioni concomitanti.
- **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 (stadi III-IV NPUAP), infezioni ricorrenti (2 o più eventi), delirium, disfagia persistente, più di 2 cadute.
- **Utilizzo di risorse**: due o più accessi non programmati in ospedale (o strutture di cura specializzate) nel corso dell'ultimo anno per complicanze associate alla malattia cronica. Necessità di cure continuative a casa o presso una struttura residenziale.

**Nelle persone affette da demenza**: perdita (non iatrogena) di due o più ADL negli ultimi 6 mesi, difficoltà nella deglutizione, rifiuto del cibo.

# 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.

## Quesito 3

Gli strumenti di valutazione del bisogno di cure palliative sono affidabili nell' identificare il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

## Quesito 3

Gli strumenti di valutazione del bisogno di cure palliative sono affidabili nell' identificare il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

Partendo dal presupposto che la valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) può migliorare l'accuratezza diagnostica, ottimizzare il trattamento, migliorare la prognosi, ripristinare e massimizzare la funzionalità, migliorare la qualità della vita e ridurre i costi, Hermans e colleghi hanno condotto una revisione della letteratura riferita alle strutture residenziali per anziani per identificare tutti gli strumenti per la valutazione del bisogno di cure palliative basati sulla VMD e validati.

Hermans K, et al. A Comparative Analysis of Comprehensive Geriatric Assessments for Nursing Home Residents Receiving Palliative Care : A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jul;15(7):467-476.

## Quesito 3

Gli strumenti di valutazione del bisogno di cure palliative sono affidabili nell' identificare il bisogno di cure palliative nel grande anziano?

La revisione sistematica ha identificato cinque strumenti: tra questi da un punto di vista psicometrico la McMaster Quality of Life Scale - MQLS (22) è stata validata più accuratamente rispetto agli altri strumenti. Tuttavia, lo strumento più completo in termini di contenuto è l'interRAI Palliative Care instrument (interRAI PC). Lo strumento si articola in 74 item ed è diviso in 17 sezioni. E' validato per i residenti delle case di riposo con esigenze di cure palliative. Nonostante il numero di item, lo strumento richiede solo 20 minuti per completarlo.

Hermans K, et al. A Comparative Analysis of Comprehensive Geriatric Assessments for Nursing Home Residents Receiving Palliative Care : A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jul;15(7):467-476.

# RACCOMANDAZIONE 3

UTILIZZARE SISTEMATICAMENTE UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE.

IL LORO UTILIZZO MIGLIORA IN TUTTI I CONTESTI L'IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE CHE NECESSITANO DI UN APPROCCIO PALLIATIVO.

## Quesito 5

Quali aspetti dell'assistenza infermieristica palliativa si correlano ad esiti migliori?

## Quesito 5

Quali aspetti dell'assistenza infermieristica palliativa si correlano ad esiti migliori?

Le cure palliative possono essere difficili da articolare. Non si tratta di un ambito assistenziale (come la terapia intensiva, la riabilitazione, l'hospice) o di un programma di gestione della condizione di malattia, ma piuttosto di una **filosofia di cura e di un sistema organizzato e altamente strutturato per fornire assistenza** (Reed, 2010).

Le cure palliative sono di natura interdisciplinare e le competenze degli operatori sanitari coinvolti possono sovrapporsi. Pertanto, **l'assistenza infermieristica palliativa richiede una solida base teorica affinché gli interventi infermieristici siano complementari a quelli di altri professionisti della salute** (Dobrina, et al., 2014).

Reed S. A Unitary-Caring Conceptual Model for Advanced Practice Nursing in Palliative Care. *Holist Nurs Pract*. 2010;24(1):23–34.

Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(2):75–81.

## Quesito 5

Quali aspetti dell'assistenza infermieristica palliativa si correlano ad esiti migliori?

Per le persone e per le loro famiglie va sottolineata la necessità di pianificare precocemente obiettivi di benessere (comfort care), che tengano conto del rispetto della dignità sul piano fisico, emotivo e spirituale e di riorientare gli interventi assistenziali per la gestione dei diversi problemi (per es. lesioni da pressione) verso la qualità della vita.

Reed S. A Unitary-Caring Conceptual Model for Advanced Practice Nursing in Palliative Care. *Holist Nurs Pract.* 2010;24(1):23–34.

Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *Int J Palliat Nurs.* 2014;20(2):75–81.

# RACCOMANDAZIONE 5

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.

5B: AUMENTARE LE COMPETENZE DEI TEAM DI CURE PALLIATIVE PER MIGLIORARE L'INDIVIDUAZIONE DEI SINTOMI, IL LORO CONTROLLO E LA QUALITÀ DELLA VITA.

5C: GARANTIRE LA CONTINUITÀ DELLE CURE NELLE TRANSIZIONI TRA SERVIZI, STRUTTURE E LUOGHI DI CURA.

5D: GARANTIRE UNA RISPOSTA TEMPESTIVA A SEGUITO DI UN REPENTINO CAMBIAMENTO DELLO STATO CLINICO.

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

Sostenere la famiglia è un aspetto fondamentale delle cure palliative: i familiari svolgono un ruolo centrale nel fornire assistenza, nonostante il contributo del personale sanitario e indipendentemente dal fatto che la persona assistita sia a casa, in ospedale o nelle strutture residenziali.

Lopez Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012;12(5).

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

### *Valutare il sistema familiare*

Un adeguato supporto al sistema familiare presuppone una preliminare valutazione del sistema stesso e l'analisi di bisogni, aspettative e capacità dei diversi membri e, in particolare, una misura del carico assistenziale.

### *Valutare l'alfabetizzazione sanitaria nei caregiver informali*

La valutazione delle conoscenze e delle competenze cognitive ed in particolare della health literacy permette la conseguente commisurazione degli interventi sia di tipo comunicativo, in particolare nella logica della comunicazione progressiva e della pianificazione condivisa delle cure, sia di tipo educativo.

Lopez Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012;12(5).

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

### *Valutare il burden del caregiving (CB)*

Il CB rappresenta uno dei problemi più rilevanti che colpisce i caregiver di anziani malati cronici. Il genere femminile, il basso livello di istruzione, la convivenza con l'assistito, il maggior numero di ore di caregiving, la depressione, l'isolamento sociale, lo stress finanziario, la mancanza di scelta nell'assistere la persona e l'uso di un minor numero di strategie di coping sono i maggiori fattori di rischio per lo sviluppo del CB.

Gillick MR. The critical role of caregivers in achieving patient-centered care. JAMA - J Am Med Assoc. 2013;310(6):575–6.

Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. JAMA - J Am Med Assoc. 2014;311(10):1052–9.

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

### *Supportare il/i caregiver*

Il supporto emotivo e le informazioni sulla gestione della cura della persona cara sono caratteristiche comuni degli interventi che si sono dimostrati utili per “tamponare” il disagio psicologico. Gli autori invitano gli operatori sanitari ad **informarsi in merito alla preoccupazioni dei caregiver e a considerare che essi possono beneficiare di ulteriore sostegno per far fronte al loro compito di cura.**

Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. Cochrane Database Syst Rev 2011; 6: CD007617.

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

### *Supportare il/i caregiver*

L'Information and Communication Technology può essere utilizzata per il supporto ai caregiver: un netto vantaggio degli interventi basati sulla tecnologia è la possibilità per il caregiver di accedere al supporto e alle informazioni 24 ore al giorno dalle propria abitazione. **Gli interventi basati sulla tecnologia potrebbero ridurre la depressione, il burden e l'ansia.**

Cassie KM, Sanders S. Familial caregivers of older adults. J Gerontol Soc Work. 2008; 50(Suppl. 1): 293-320. doi: 10.1080/01634370802137975

## Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

### *Supportare il/i caregiver*

I caregivers familiari supportati secondo il modello di **case management socio sanitario** hanno ottenuto un miglioramento significativamente maggiore del burden e del benessere generale: **la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, insieme ad un approccio di case management, sono cruciali per un sostegno efficace al caregiving.**

Yu DSF. Effects of a health and social collaborative case management model on health outcomes of family caregivers of frail older adults: preliminary data from a pilot randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2016; 64: 2144-2148. doi: 10.1111/jgs.14259

# RACCOMANDAZIONE 12

**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**.

**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.

**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 12

**12D:** PIANIFICARE INTERVENTI DI SOSTEGNO AL COMPITO DI CURA DEI CAREGIVER.

**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.

**12F:** PROMUOVERE LA COLLABORAZIONE TRA PROFESSIONISTI SANITARI E SOCIALI PER PIANIFICARE INTERVENTI INTEGRATI DI SUPPORTO AL CAREGIVER.

# **INTERVENTI & TECNICHE ASSISTENZIALI**



# IPODERMOCLISI

Forbat L, Kunicki N, Chapman M, Lovell C. How and why are subcutaneous fluids administered in an advanced illness population: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2017;26(9–10):1204–16.

- La revisione sistematica di Forbat sottolinea che sono pochi gli studi di buona qualità condotti sulla popolazione anziana con malattie croniche e, in particolare, mancano indicazioni, basate su evidenze, relative alla tecnica di infusione mediante ipodermoclisi: sono necessari ulteriori studi che forniscano, sulla base di prove empiriche, indicazioni su modalità, sede, volume e velocità dell'infusione.

## IGIENE DEL CAVO ORALE



Van der Riet, P. Brooks, D. Ashby M. Nutrition and hydration at the end of life: pilot study of a palliative care experience. J Law Med. 2006;14(2):182–98

Uno studio longitudinale ha dimostrato che per i pazienti morenti non c'era alcun segno di sofferenza attribuibile al calo dell'assunzione orale di nutrienti e liquidi: si è osservato che associando alla riduzione graduale dell'assunzione di nutrienti e liquidi la fornitura di una buona igiene orale, i pazienti non soffrivano degli effetti negativi della disidratazione terminale.

## IGIENE DEL CAVO ORALE



Gli studi non sono concordi sugli interventi e sulle procedure per garantire un'efficace igiene orale e non sono disponibili studi di efficacia sui metodi e sui prodotti utilizzati per l'igiene orale.

Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS, Marthinussen MC. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology*. 2016; 33: 522-529. doi: 10.1111/ger.12198

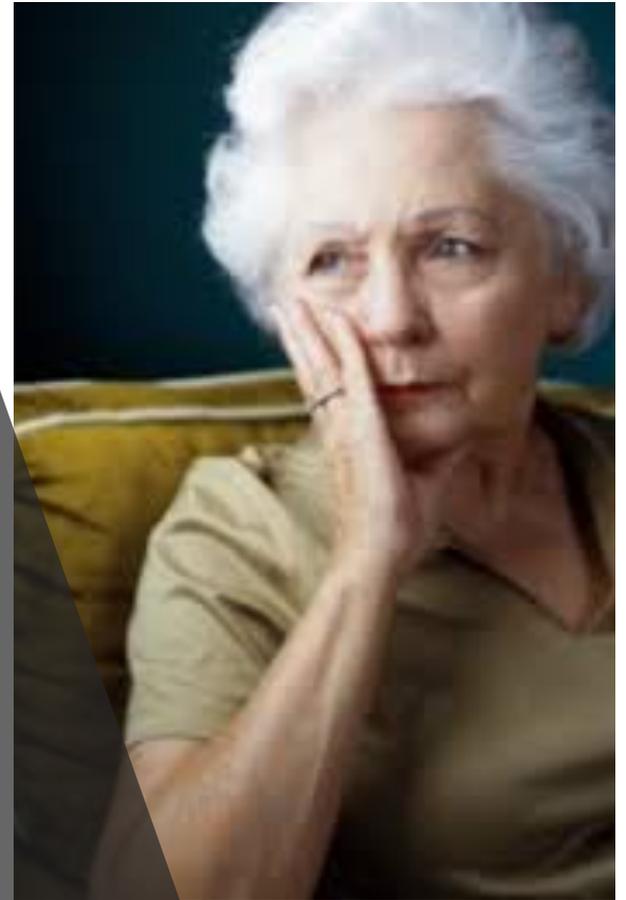
## IGIENE DEL CAVO ORALE



Stein, P. Aalboe J. Dental care in the frail older adult: special considerations and recommendations. J Calif Dent Assoc. 2015; 43: 363-368.

L'associazione canadese dei medici dentisti suggerisce alcuni interventi palliativi per ridurre il discomfort provocato dalla xerostomia nelle persone anziane: **inumidire periodicamente il cavo orale con tamponi precedentemente immersi in soluzione fisiologica o collutorio (senza alcool).** E' sconsigliato l'utilizzo di tamponi imbibiti di limone e glicerina: aumentano la secchezza del cavo orale. **Utilizzare più volte al giorno un balsamo a base di lanolina per le labbra.** Il ghiaccio in piccoli pezzi può essere utilizzato nelle persone non disfagiche.

VALUTAZIONE DEL  
DOLORE NELLA  
PERSONA NON  
COMUNICANTE



# RACCOMANDAZIONE 8

**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.

**8B:** ADOTTARE UNO STRUMENTO OSSERVAZIONALE PER VALUTARE LA PRESENZA DEL DOLORE, SCEGLIENDO QUELLO PIÙ APPLICABILE NEL CONTESTO, CONSIDERANDONE L'UTILITÀ CLINICA.

# CONFERENZA DI CONSENSO

<https://www.aprirenetwork.it/book/conferenza-consenso-cure-palliative-nel-grande-anziano/>