

CONFERENZA DI CONSENSO

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

Riccione, 15/11/2018

XXV CONGRESSO NAZIONALE SICP
LIMITI E ORIZZONTI NELLA CURA

Dr. Daniele Bellandi

medico palliativista-geriatra

Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus - APRIREnetwork



Perché una conferenza di consenso

Si osserva nei diversi setting di cura (ospedale, strutture socio sanitarie, cure intermedie e assistenza domiciliare) la **difficoltà a riconoscere il bisogno di cure palliative nel grande anziano**; ovvero quando la cura e l'assistenza da preventiva curativa, riabilitativa debba invece assicurare interventi che massimizzino il comfort, il controllo dei sintomi disturbanti con l'obiettivo di garantire la miglior qualità di vita possibile.

La precoce identificazione dei grandi anziani che potrebbero beneficiare di interventi palliativi si è dimostrata efficace sia nel **migliorare la qualità di vita degli anziani e dei loro familiari**, sia nel **ridurre i costi dell'assistenza a fronte di una appropriatezza degli interventi**

Temel 2010, Greer 2012, McNamara 2013

L'approccio palliativo ad anziani ospiti di strutture residenziali **migliora gli esiti clinici, i processi di assistenza e la percezione della qualità delle cure da parte dei familiari**. In particolare **migliora la gestione del dolore e degli altri sintomi** disturbanti, quali dispnea e astenia, e **l'appropriatezza delle terapie farmacologiche**

Cimino e McPherson 2014

Definizione di grande vecchio

Persona che intraprende l'ultimo tratto del suo percorso di invecchiamento connotato da:

- Età avanzata ≥ 85 anni
- Difficoltà progressiva ri-costruire nuovi equilibri cinico-funzionali in risposta a modificazioni indotte dal processo di invecchiamento, dall'accumularsi delle patologie croniche, dal rapporto con il contesto di vita
- Condizione di crescente fragilità (maggior vulnerabilità cognitiva e fisica agli stress)
- Coesistenza di multiple malattie croniche interagenti fra loro, «multiple, simultaneous, interactive problems»
- Alto rischio o presenza di disabilità
- Elevata prevalenza di decadimento cognitivo
- Necessita di supporto socio-sanitario in presenza di una rete di supporto spesso debole



Un network per

APRIREnetwork nasce da un'idea di un gruppo di professionisti nell'ambito Assistenza Primaria nel 2014. Crediamo che l'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica richieda un nuovo approccio alla materia, muovendo dal modello della patologia acuta ad **un nuovo paradigma sistematico e proattivo** che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con la quotidianità delle persone.

L'obiettivo è promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria come materia specifica di ricerca, studio e lavoro. Un obiettivo da perseguire attraverso un network collaborativo e multidisciplinare basato su tre pilastri:

1. **favorire la conoscenza reciproca e l'interazione tra realtà associative e professionisti** portatori di interessi e di letture multidisciplinari sull'Assistenza Primaria;
2. **valorizzare le persone quali veri e propri "operatori" dei propri percorsi di salute e malattia;**
3. **rappresentare il punto di vista e il ruolo dell'Assistenza Primaria** nel dialogo con gli interlocutori sociali e istituzionali.

**GOVERNARE
L'ASSISTENZA
PRIMARIA**
MANUALE PER OPERATORI
DI SANITÀ PUBBLICA



www.aprirenetwork.it



News >

Eventi >

Comitato Tecnico Scientifico

Daniele Bellandi	Geriatra	Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus (CR)
Cinzia Bertelli	Infermiera	Associazione Nazionale Tumori
Corrado Carabellese	Geriatra	Fondazione Casa di Dio Brescia
Deborah Chiesa	Specializzanda Geriatria	Università degli Studi di Brescia
Simonetta Di Meo	Infermiera	Servizio Infermieristico Territoriale ASST Spedali Civili BS
Gianbattista Guerrini	Geriatra	Fondazione Brescia Solidale
Pierangelo Lora Aprile	Medico di Medicina Generale	Società Italiana Medicina Generale
Elena Lucchi	Psicologa	Fondazione Teresa Camplani Casa di Cura "Ancelle della Carità" di Cremona
Gian Franco Massarelli	Rappresentante dei pazienti	Associazione "Dall'altra parte: medici, infermieri, operatori e pazienti insieme"
Federico Nicoli	Bioeticista	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	Psicologa	Azienda Sanitaria AAS N.3 Udine
Serena Sperotto	Infermiera	Cure Domiciliari ASST Brescia
Ermellina Zanetti	Infermiera	Associazione APRIRE Network
Giovanni Zaninetta	Palliativista	Unità Operativa di Cure Casa di Cura Domus Salutis Brescia - Fondazione Teresa Camplani. SICP

Panel giuria costituito da rappresentanti di:

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)

Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG)

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP)

Società Italiana di Geriatria Ospedale Territorio (SIGOT)

Società Italiana di Cure Palliative (SICP)

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Ancona

Centro di Ricerca in Etica Clinica Università dell'Insubria Varese

Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE)

Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC)

Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP)

Roma 24 ottobre 2018

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

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.**

L'identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

Corrado Carabellese, Gianbattista Guerrini, Daniele Bellandi, Ermellina Zanetti

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?

1. Valutare periodicamente gli indicatori nutrizionali e lo stato funzionale in tutti i setting e, nei soggetti ospedalizzati, anche la **funzione cognitiva**: il progressivo peggioramento aumenta il rischio di mortalità a 12 mesi.

2. Utilizzare negli anziani affetti da demenza la Clinical Dementia Rating Scale CDR e/o la Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANS-S). Il loro utilizzo migliora l'affidabilità prognostica.

2a. Non utilizzare routinariamente indici prognostici per l'identificazione del grande anziano con aspettativa di vita limitata. Non vi sono evidenze che tali indici migliorino l'affidabilità prognostica.

3. Utilizzare sistematicamente uno strumento di valutazione del bisogno di cure palliative. Il loro utilizzo migliora in tutti i setting l'identificazione delle persone che necessitano di un approccio palliativo.

STRUMENTI DI SCREENING UTILIZZATI IN PRIMARY CARE

Percezione degli operatori (domanda sorprendente):

Indicatori clinici generali e specifici:

P.I.G.:

Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance – UK-2014

**S.P.I.C.T.:Supportive and Palliative Care Indicators Tool
Supportive and Palliative Care Indicators Tool – UK - 2014**

N.E.C.P.A.L.:

Necesidades Paliativas - Spagna (Catalogna) - 2015

R.A.D.P.A.C.:

RADboud Indicators for Palliative Care Needs - UK 2012

Walsh RI et al., What Diagnostic tools exist for the early identification of Palliative care Patients in General Practice? A systematic review. Journal of palliative care. Vol.31, 2, 118-126, 2015

3. Utilizzare sistematicamente uno strumento di valutazione del bisogno di cure palliative. Il loro utilizzo migliora in tutti i setting l'identificazione delle persone che necessitano di un approccio palliativo.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE MULTI-DIMENSIONALE NEGLI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI

5 STRUMENTI:

- 1. Missoula-VITAS Quality of Life Index**
- 2. Modified Quality of Life Concerns in the End of Life Questionnaire (mQOLC-E)**
- 3. McMaster Quality of Life Scale (MQLS)**
- 4. InterRAI Palliative Care instrument (interRAI PC)**
- 5. Palliative care Outcome Scale (POS)**

Hermans, K., et Al (2014). A comparative analysis of comprehensive geriatric assessments for nursing home residents receiving palliative care: A systematic review. Journal of the American Medical Directors Association, 15(7):467-476

3. Utilizzare sistematicamente uno strumento di valutazione del bisogno di cure palliative. Il loro utilizzo migliora in tutti i setting l'identificazione delle persone che necessitano di un approccio palliativo.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE NEI SERVIZI DI EMERGENZA-URGENZA

Valutazione su due livelli: iniziale triage di un infermiere con competenze avanzate nell'assistenza agli anziani o da un'assistente sociale, poi valutazione più dettagliata da parte di un case manager

George, N., Phillips, E., Zaurova, M., Song, C., Lamba, S., & Grudzen, C. (2016). Palliative care creening and assessment in the emergency department: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 108–119

Gli interventi palliativi nel grande anziano

La discussione sulla pianificazione anticipata delle cure

Pierangelo Lora Aprile

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?

«Nothing about me whitout me»

Gerteis 1993

4. Discutere con la persona e la sua famiglia del fine vita per pianificare le cure: ciò migliora la concordanza tra le preferenze della persona e le cure di fine vita ricevute.

Ci sono evidenze per ritenere che, nel “grande anziano”, ci si deve porre il problema di realizzare l’attuazione dell’autonomia attraverso la comunicazione delle possibili evoluzioni prognostiche.

- Norme (DAT, Art. 1,c 3 – Legge 38 – Codice deontologico del medico e dell’infermiere)

Ci sono evidenze che la discussione sulla pianificazione delle cure e della prognosi migliora la qualità di vita dei grandi anziani e dei loro famigliari.

- Ontario Health Technology Assessment Series; B.Thoosen., et AL.; Robins-Browne K et al

Ci sono evidenze relative all’efficacia della comunicazione progressiva nella relazione di cura con il grande anziano per salvaguardare il delicato equilibrio tra diritto alla consapevolezza e mantenimento della speranza.

Documento, sulla base della esperienza di estensori esperti in cure palliative

Sono disponibili Linee Guida specifiche per la comunicazione progressiva della prognosi ai grandi anziani con limitata aspettativa di vita e ai loro famigliari.

Clayton JM, Hancock KM et AL: Linee Guida Australiane PREPARED

L'assistenza infermieristica palliativa

*Ermellina Zanetti, Cinzia Bertelli, Simonetta Di Meo,
Serena Sperotto*

Quesito 5

Quali modelli di assistenza palliativa si correlano
ad esiti migliori?

5b. Aumentare le competenze dei team di cure palliative domiciliari di base e specialistiche per migliorare il controllo dei sintomi e la qualità della vita.

5c. Garantire la continuità delle cure nelle transizioni tra servizi, strutture e luoghi di cura o quando è richiesta una risposta rapida a seguito di un repentino cambiamento dello stato clinico.

L'alimentazione e l'idratazione

Giovanni Zaninetta, Federico Nicoli, Ermellina Zanetti

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?



APRIREnetwork
Assistenza PRIMaria In REte
Salute a Km 0

6a. Adottare una procedura decisionale che coinvolga la persona, i suoi familiari e gli operatori sanitari per iniziare/non iniziare/sospendere la nutrizione artificiale; quando la persona non fosse in grado di comunicare considerare le Disposizioni Anticipate di Trattamento, se disponibili. La procedura dovrà considerare la condizione clinica, i benefici attesi, i possibili danni, la qualità della vita e il benessere psicologico e spirituale della persona.

6b. Iniziare la nutrizione artificiale solo quando vi sia la ragionevole ipotesi clinica che la sopravvivenza prevista per l'evoluzione naturale della malattia sia ridotta dalla concomitante malnutrizione, secondaria all'impossibilità di assumere alimenti per via orale.

6c. Nella persona con **demenza in fase avanzata** non ricorrere all'alimentazione tramite gastrostomia percutanea. Tale procedura non migliora la sopravvivenza ed è associata ad un alto rischio di complicanze.

6d. Sospendere la nutrizione artificiale quando non si manifesta il beneficio atteso.

7a. Adottare una procedura decisionale che coinvolga la persona, i suoi familiari e gli operatori sanitari per iniziare/non iniziare/sospendere l'idratazione artificiale; quando la persona non fosse in grado di comunicare considerare le Disposizioni Anticipate di Trattamento, se disponibili. La procedura dovrà considerare la condizione clinica, i benefici attesi, i possibili danni, la qualità della vita e il benessere psicologico e spirituale della persona. Nelle persone con insufficienza cardiaca, stasi polmonare, edemi, ascite, sintomi da aumento della pressione endocranica utilizzare preferibilmente la somministrazione ipodermica.

L'idratazione parenterale può alleviare il disagio associato alla disidratazione delle mucose e alla secchezza del cavo orale, ma può peggiorare gli edemi periferici, l'ascite, il versamento pleurico e aumentare le secrezioni bronchiali. Nelle persone con prognosi breve l'idratazione non apporta vantaggi, anzi potrebbe essere causa di complicanze del quadro clinico.

(Nakajima et al., 2014; Morita et al., 2005).

7b. Sospendere l'idratazione artificiale quando non si manifesta il beneficio atteso.

La valutazione del dolore nella persona non comunicante

Deborah Chiesa, Ermellina Zanetti

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?

8a. Adottare un **approccio multidimensionale** per la valutazione del dolore nella persona non comunicante.

8b. Valutare la presenza di dolore nelle persone non comunicanti 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.

8c. Adottare uno **strumento osservazionale** per valutare la presenza del dolore, scegliendo quello più applicabile nel contesto, considerandone l'utilità clinica.

Criteria per la scelta dello strumento osservazionale

- Applicabilità (*feasibility*) nella pratica quotidiana:
 - facilità di utilizzo
 - tempo della somministrazione
- Utilità clinica, *the usefulness of the measure for the decision making*: capacità dello strumento di
 - guidare la scelta del trattamento e l'efficacia degli analgesici (*responsiveness*)
 - individuare le variazioni dell'intensità del dolore

Lichtener 2014

Criteri per la scelta dello strumento osservazionale

- Applicabilità (*feasibility*) nella pratica quotidiana:
 - facilità di utilizzo
 - tempo della somministrazione
- Utilità clinica, *the usefulness of the measure for the decision making*: capacità dello strumento di
 - guidare la scelta del trattamento e l'efficacia degli analgesici (*responsiveness*)
 - individuare le variazioni dell'intensità del dolore

La terapia farmacologica

Deborah Chiesa, Gianbattista Guerrini, Corrado Carabellese, Daniele Bellandi

Quesito 9

Quali farmaci 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?

9a. Verificare sistematicamente, di pari passo con l'evoluzione clinica, gli obiettivi delle terapie: trattamento patologia/e, terapia sostitutiva, controllo sintomi, cure di fine vita.

9b. Effettuare periodicamente la riconciliazione terapeutica per individuare, in relazione all'evoluzione clinica, i farmaci potenzialmente inappropriati e il rischio di non aderenza.

Therapeutic reconciliation is the process that usually follows therapeutic recognition, in which the drugs taken by the patient are compared with those recommended, and potential drug related problems are identified.

CLINICAL INVESTIGATIONS

American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel

Age and Ageing 2015; **44**: 213–218
doi: 10.1093/ageing/afu145
Published electronically 16 October 2014

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2

DENIS O'MAHONY^{1,2}, DAVID O'SULLIVAN³, STEPHEN BYRNE³, MARIE NOELLE O'CONNOR³, CRISTIN RYAN⁴, PAUL GALLAGHER²

Journal of the American Geriatrics Society



Integrating Palliative Medicine into the Care of Persons with Advanced Dementia: Identifying Appropriate Medication Use

Holly M. Holmes MD, Greg A. Sachs MD, Joseph W. Shoga MD, Gavin W. Hougham PhD, Deon Cox Hayley

First published: 07 August 2008 | <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01881.x>

Age and Ageing 2017; **46**: 600–607
doi: 10.1093/ageing/afw005

Published electronically 24 January 2017

© The Author 2017. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation

AMANDA HANORA LAVAN^{1,2}, PAUL GALLAGHER^{1,2}, CAROLE PARSONS³, DENIS O'MAHONY^{1,2}

¹Cork University Hospital Group – Geriatric Medicine, Cork, Ireland

²University College Cork – National University of Ireland, Medicine, Cork, Ireland

³Queen's University Belfast – School of Pharmacy, Belfast BT9 7BL, Northern Ireland, UK

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Farmaci	Holmes' criteria	STOPP-frail
Antiaggreganti	Aconsigliati, eccetto ASA (non consenso)	In un utilizzo di breve durata gli effetti collaterali superano i vantaggi
Eparine e anticoagulanti	Raramente appropriati	Esclusi dalla lista
Antipsicotici	Talvolta appropriati	Per più di 12 settimane se non ci sono BPSD
Antidepressivi	Talvolta appropriati	Esclusi dalla lista
Inibitori della pompa protonica e H2 inibitori	Talvolta appropriati	Per più di 8 settimane - Appropriati a basse dosi solo se persistono sintomi dispeptici
Supplementazione di calcio	Non consenso	Supplementazione di calcio
Inibitori dell'alfa-5 reduttasi	Non consenso	In pazienti cateterizzati
Alfa bloccanti	Raramente appropriati	In pazienti cateterizzati
Ippoglicemizzanti orali	Talvolta appropriati	Preferibile la monosomministrazione Obiettivo HbA1c < 8%
Multivitaminici	Non consenso	Non appropriati se prescritti a scopo profilattico

9c. Trattare sempre il dolore e ogni sintomo che causa sofferenza.

10a. Utilizzare, per il trattamento del dolore cronico nei pazienti anziani, il paracetamolo o, se non efficace, i farmaci oppioidi. Utilizzare antidepressivi e anti-convulsivanti per il trattamento del dolore neuropatico.

10b. Non utilizzare gli antinfiammatori non steroidei per il trattamento di lunga durata del dolore cronico nei pazienti anziani.

La gestione delle infezioni

Gianbattista Guerrini, Corrado Carabellese, Daniele Bellandi

Quesito 11

È appropriata la terapia antibiotica nell'anziano con aspettativa di vita limitata?

11a. Utilizzare sistematicamente nella pratica clinica i criteri diagnostici di infezione.

INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY OCTOBER 2012, VOL. 33, NO. 10

SHEA/CDC POSITION PAPER

Surveillance Definitions of Infections in Long-Term Care Facilities: Revisiting the McGeer Criteria

Nimalie D. Stone, MD;¹ Muhammad S. Ashraf, MD;² Jennifer Calder, PhD;³ Christopher J. Crnich, MD;⁴
Kent Crossley, MD;⁵ Paul J. Drinka, MD;⁶ Carolyn V. Gould, MD;¹ Manisha Juthani-Mehta, MD;⁷
Ebbing Lautenbach, MD;⁸ Mark Loeb, MD;⁹ Taranisia MacCannell, PhD;¹ Preeti N. Malani, MD;^{10,11} Lona Mody, MD;^{10,11}
Joseph M. Mylotte, MD;¹² Lindsay E. Nicolle, MD;¹³ Mary-Claire Roghmann, MD;¹⁴ Steven J. Schweon, MSN;¹⁵
Andrew E. Simor, MD;¹⁶ Philip W. Smith, MD;¹⁷ Kurt B. Stevenson, MD;¹⁸ Suzanne F. Bradley, MD^{10,11}
for the Society for Healthcare Epidemiology Long-Term Care Special Interest Group*

11b. Prescrivere il trattamento antibiotico nel sospetto clinico che sia l'infezione la causa di dolore, dispnea o altri sintomi.



Antimicrobial treatment of suspected pneumonia episodes is associated with prolonged survival but **not with improved comfort** in nursing home residents with advanced dementia.

Givens et al, 2010

Antimicrobial Use at the End of Life

Adam Baghban, MD, Manisha Juthani-Mehta, MD*

KEYWORDS

• Antimicrobials • Antibiotics • End of life • Palliative care

Infect Dis Clin N Am 31 (2017) 639–647

KEY POINTS

- Antimicrobials are overused in the final weeks of life.
- Common goals of antimicrobial use at the end of life are prolongation of survival and relief of symptoms.
- End-of-life patients are a heterogeneous population. Antimicrobials are more likely to achieve specific goals within some subgroups than others.
- Decisions regarding antimicrobial use at the end of life should incorporate the patients' goals and the likelihood of achieving those goals.

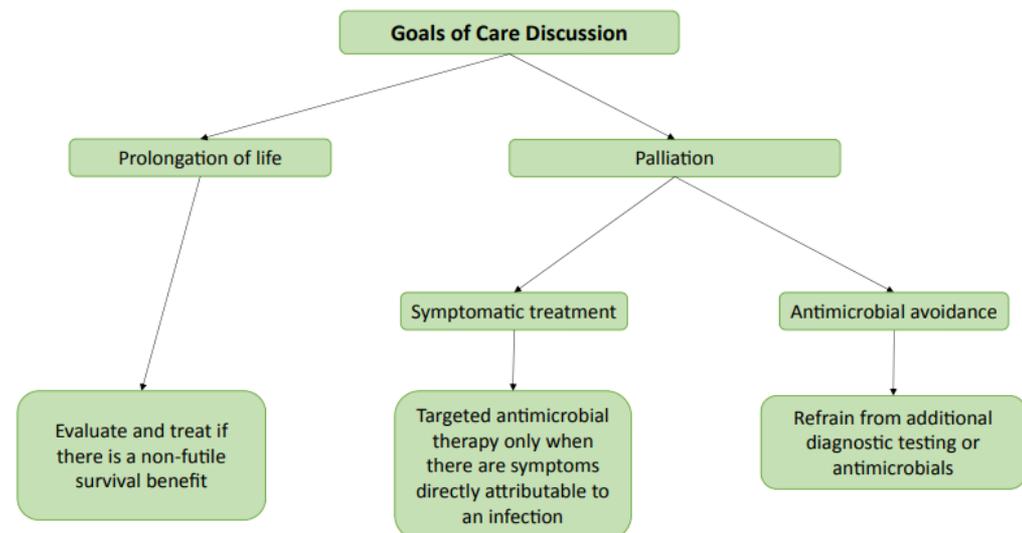


Fig. 1. A proposed algorithm for use of antimicrobial agents at the EOL that begins with discussing antimicrobial use during a comprehensive goals-of-care discussion.

11c. Attuare sempre interventi palliativi per ridurre la sofferenza della persona, che si proceda o meno ad una terapia antibiotica.

Remarkably, various treatments to relieve the symptoms of pneumonia, such as opioids and oxygen, were applied more often in this study compared with the earlier Dutch Pneumonia Study.⁴ An increased focus on the importance of comfort and palliative care, resulting in more treatments initiated to relieve the symptoms of pneumonia may account for less suffering, from shortly after the treatment decision until cure or death. Although more symptom-

Van der Maiden et al, 2015

Gli interventi di supporto alla famiglia

*Paola Ponton, Ermellina Zanetti, Elena Lucchi, Cinzia Bertelli, Simonetta Di Meo,
Serena Sperotto*

Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono
efficaci?

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.

- **Alfabetizzazione sanitaria**: *abilità cognitive e sociali* che determinano *motivazione e capacità* degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e di utilizzarle *in modo da promuovere* e mantenere una buona salute (WHO,1998)

*Test of Functional Health Literacy – **TOFHLA** (Parker et al. 1995)*
*Newest Vital Sign – **NVS** (Ciccarelli et al.2010)*

12c. Valutare i fattori di rischio legati alle caratteristiche individuali del caregiver, il burden, il benessere e la salute e le risorse a disposizione del caregiver (individuali, sociali, relazionali, economiche)

- **ZARIT BURDEN INTERVIEW** (Zarit et al., 1980)
- Curare l'approccio valutativo, longitudinale e periodico, al caregiver (*National consensus development conference for caregiver assessment, 2006*)

12d. Pianificare interventi di sostegno al compito di cura dei caregiver tenendo conto delle risorse del sistema familiare, delle preoccupazioni dei caregiver e del loro livello di alfabetizzazione sanitaria.

Possibili interventi – i dati di efficacia degli interventi sono incoerenti e sono: (*Cochrane 2011, Lopez-Hartman 2012*)

1. Respite care
2. Interventi individuali, dal counselling alla formazione
3. Interventi di gruppo (gruppi di pari)
4. Accesso alla Information & Communication Technology
5. Interventi integrati

12e. Adottare un modello di case management affidando il compito di case manager ad un professionista con le competenze necessarie a rispondere al bisogno espresso dal caregiver.

Modello di case management

1. Valutazione di assistito, caregiver, risorse disponibili ed eventuali discrepanze
2. Stesura di un elenco di problemi
3. Interventi multidisciplinari integrati. Case manager infermiere o assistente sociale
4. Contatti telefonici al caregiver, mensili: consulenza e monitoraggio
5. Supporto di gruppo tra pari: formazione multidisciplinare su problemi comuni

(Yu, 2016; Lopez –Hartmann et al., 2012)

12f. Promuovere la collaborazione tra professionisti sanitari e sociali per pianificare interventi integrati di supporto al caregiver.