

## **L'identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative**

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

## **Gli interventi palliativi nel grande anziano**

### **La discussione sulla pianificazione anticipata delle cure**

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.

### **L'assistenza infermieristica palliativa**

- 5a. In tutti i setting 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 del team di cure palliative primarie e i servizi di consulenza forniti dai team di cure palliative ospedaliere 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**

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

### **La valutazione del dolore nella persona non comunicante**

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 e considerando l'utilità clinica e il setting.

### **La terapia farmacologica**

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.

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**

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

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

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

### **Gli interventi di supporto alla famiglia**

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 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).

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.

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.

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