

A map of Italy with numerous blue circles of varying sizes overlaid on it, representing data points or locations. The circles are concentrated in the northern and central regions, with some larger circles in the north and south. The map is light gray and shows the outline of Italy and its islands.

Brescia, 15 Ottobre 2022

APRIRE prospettive future

RSA e non solo
Ermellina Zanetti

2017-2019

Cure Palliative nel grande anziano
Conferenza di Consenso

2020

SoS RSA

2017-2019

Cure Palliative nel grande anziano
Conferenza di Consenso

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.

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.

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



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



Esperti e componenti dei gruppi di lavoro

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

Esperti e componenti dei gruppi di lavoro

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

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

Obiettivi:

- **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.



CONFERENZA DI CONSENSO

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

7 gennaio 2019

Documento preparatorio

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

Documento preparatorio

Parte 2

IDENTIFICAZIONE DEL GRANDE ANZIANO CHE NECESSITA DI CURE PALLIATIVE

GLI INTERVENTI PALLIATIVI NEL GRANDE ANZIANO

GLI INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

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

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.

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

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



APRIREnetwork
Assistenza PRIMaria In REte
Salute a Km 0

RACCOMANDAZIONE 2

UTILIZZARE NEGLI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA LA CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE E/O LA BEDFORD ALZHEIMER NURSING SEVERITY SCALE (BANS-S). IL LORO UTILIZZO MIGLIORA L'AFFIDABILITÀ PROGNOSTICA.

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.

1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

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



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.

2. Discussione sul fine vita e pianificazione anticipata delle cure

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?



RACCOMANDAZIONE 4

DISCUTERE LA PIANIFICAZIONE DELLE CURE DI FINE VITA CON LA PERSONA E LA SUA FAMIGLIA: CIÒ MIGLIORA LA CONCORDANZA TRA LE PREFERENZE ESPRESSE E LE CURE RICEVUTE.

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

3. Modelli infermieristici di assistenza palliativa al grande anziano

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

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.

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

4. Nutrizione e idratazione artificiale

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

RACCOMANDAZIONE 6

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, IL BENESSERE PSICOLOGICO, RELAZIONALE, SPIRITUALE E SOCIALE DELLA PERSONA. **SOSPENDERE LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE QUANDO NON SI MANIFESTA IL BENEFICIO ATTESO.**

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 O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA.** TALE PROCEDURA NON MIGLIORA LA SOPRAVVIVENZA ED È ASSOCIATA AD UN ALTO RISCHIO DI COMPLICANZE, A MENO CHE NON SIA INDICATA PER UNA CONDIZIONE, CHE LIMITA L'ALIMENTAZIONE PER OS, POTENZIALMENTE REVERSIBILE.

4. Nutrizione e idratazione artificiale

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

RACCOMANDAZIONE 7

7A: **ADOPTARE 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**, QUALORA 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. **SOSPENDERE L'IDRATAZIONE ARTIFICIALE QUANDO NON SI MANIFESTA IL BENEFICIO ATTESO.**

7B: ASSOCIARE ALLA DECISIONE DI NON INIZIARE O DI SOSPENDERE L'IDRATAZIONE LA COMUNICAZIONE ALLA PERSONA E ALLA SUA FAMIGLIA RELATIVAMENTE AGLI INTERVENTI CHE SARANNO IMPLEMENTATI PER **RIDURRE IL DISAGIO ASSOCIATO AI SINTOMI DISTURBANTI QUALI LA SETE E LA SECCHENZA DELLE FAUCI.**

5. Valutazione e gestione del dolore nella persona non comunicante

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?

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.

6. Appropriatelyzza delle terapie farmacologiche e delle indagini diagnostiche nei pazienti anziani con aspettativa di vita limitata

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

RACCOMANDAZIONE 9

9A: **VERIFICARE** SISTEMATICAMENTE, DI PARI PASSO CON L'EVOLUZIONE CLINICA, **GLI OBIETTIVI DELLE TERAPIE**: TRATTAMENTO PATOLOGIA/E, TERAPIA SOSTITUTIVA, CONTROLLO SINTOMI.

9B: **EFFETTUARE PERIODICAMENTE LA RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA** PER INDIVIDUARE, IN RELAZIONE ALL'EVOLUZIONE CLINICA, I FARMACI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI E IL RISCHIO DI NON ADERENZA.

9C: SOTTOPORRE IL PAZIENTE ANZIANO CON LIMITATA ASPETTATIVA DI VITA ALLE SOLE **INDAGINI DIAGNOSTICHE UTILI AD IDENTIFICARE UNA CONDIZIONE CLINICA LA CUI RISOLUZIONE, ATTRAVERSO UN INTERVENTO ADEGUATO, POSSA MIGLIORARE LA SINTOMATOLOGIA E LA QUALITÀ DI VITA.**

6. Appropriatelyzza delle terapie farmacologiche e delle indagini diagnostiche nei pazienti anziani con aspettativa di vita limitata

Quesito 10: Quali farmaci utilizzare per il trattamento del dolore nel grande anziano?

RACCOMANDAZIONE 10

10A: TRATTARE SEMPRE IL DOLORE E OGNI SINTOMO CHE CAUSA SOFFERENZA ACCOMPAGNANDO, QUANDO POSSIBILE, LA PERSONA NELLA SCELTA TERAPEUTICA E RISPETTANDO LA SUA VOLONTÀ.

10B: 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. **Non** UTILIZZARE GLI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO NEI PAZIENTI ANZIANI.

6. Appropriatelyzza delle terapie farmacologiche e delle indagini diagnostiche nei pazienti anziani con aspettativa di vita limitata

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



RACCOMANDAZIONE 11

11A: UTILIZZARE SISTEMATICAMENTE NELLA PRATICA CLINICA APPROPRIATI **CRITERI DIAGNOSTICI** NEI DIVERSI QUADRI INFETTIVI.

11B: **PRESCRIVERE IL TRATTAMENTO ANTIBIOTICO NEL SOSPETTO CLINICO CHE SIA L'INFEZIONE LA CAUSA DI DOLORE, DISPNEA O ALTRI SINTOMI,** ATTUANDO IN OGNI CASO INTERVENTI PALLIATIVI PER RIDURRE LA SOFFERENZA DELLA PERSONA.

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

7. Interventi di supporto alla famiglia

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

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.

Roma, 24 ottobre
2018

**Presidenti della Conferenza di
Consenso**

Fulvio Lonati, Presidente
APRIRE Network

Gianlorenzo Scaccabarozzi,
Presidente Comitato Scientifico
Fondazione Floriani

**Moderatori della Conferenza di
Consenso**

Matteo Crippa, Fondazione
Floriani

Giacomo Pellegrini, Fondazione
Floriani



Panel della giuria

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

Panel della giuria

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

PERCORSI

Continua la collaborazione APRIRE-SIGG-SICP

Regione Lombardia-PDTA-R Disturbi Cognitivi e Demenze-
Macrofase 4. Cure Palliative

2020

SoS RSA

PREVENZIONE E
GESTIONE NELLE
RESIDENZE
SOCIOSANITARIE PER
ANZIANI
AGGIORNATO 31 marzo 2020

CORONAVIRUS

Documento
redatto da
APRIRE Network
approvato dalle
società
scientifiche:



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



Società Italiana di Geriatria
Ospedale e Territorio

1 - PRESENTAZIONE

Il presente documento:

- È **rivolto** ai responsabili sanitari e organizzativi, agli operatori sanitari, socio sanitari e assistenziali delle strutture residenziali per anziani.
- Ha lo **scopo** di fornire indicazioni di riferimento per **prevenire la diffusione del COVID-19** tra gli operatori sanitari e sociosanitari, gli anziani ospiti e i loro familiari/visitatori e i volontari.
- Ha lo **scopo** di fornire indicazioni per la gestione dei casi sospetti, probabili o confermati COVID-19 tra gli anziani ospiti della strutture residenziali per anziani.



CORONAVIRUS

CORRETTO UTILIZZO DPI
NELLE RESIDENZE
SOCIOSANITARIE PER
ANZIANI

AGGIORNATO 31 marzo 2020



CORONAVIRUS

CRITERI DI RIFERIMENTO PER
LA GESTIONE CLINICA E LA
TERAPIA NELLE RESIDENZE
SOCIOSANITARIE PER
ANZIANI

AGGIORNATO 27 APRILE 2020

Il presente documento nasce per supportare i medici delle Strutture Residenziali per Anziani nella gestione clinico-terapeutica di casi sospetti o confermati COVID-19. Le indicazioni contenute nel documento sono da considerarsi “ad interim” per la rapida evoluzione delle conoscenze relative all’infezione da SARS-Cov-2.

REDAZIONE A CURA DI

Fulvio Lonati Presidente APRIRE Network

HANNO COLLABORATO

Angelo Bianchetti Istituto Clinico S. Anna Gruppo San Donato Brescia

Francesco Castelli Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Brescia e ASST Spedali Civili di Brescia

Michele Fortis Dipartimento Interaziendale Cure Palliative di Brescia

Gianbattista Guerrini Fondazione Brescia Solidale Onlus