

IL PAZIENTE GERIATRICO e IL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE

Cure palliative nel paziente anziano
Dr Pietro Calogero
Geriatra Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico di Sant'Orsola

Il forte incremento delle persone in età avanzata e, soprattutto, in età molto avanzata ha reso necessario un adeguamento delle modalità di cura con cui si assistono le persone malate, da cui la fondazione e lo sviluppo della geriatria come disciplina essenzialmente incentrata sulla messa a punto di un metodo fortemente specifico (old oriented) di affrontare il problema del miglioramento delle condizioni di salute dei vecchi

Robine JM, Saito Y, Jagger YC The emergence of extremely old people: the case of Japan *Experimental Gerontology* 2003; 38: 735-739



Marjorie Warren (1897-1960) in uno scritto del 1943 pubblicato sul BMJ spiegò come fu in grado al West Middlesex Hospital di ridurre da 714 a 214 gli anziani ivi degenti con un indice di turnover tre volte superiore rispetto a quello precedente; **Lionel Cosin (1910-1994)** nel 1940 dimise l'80% di 300 malati cronici in 6 mesi all'Horsett Emergency Hospital del Sussex e nel 1948 al Cowley Road Hospital di Oxford ridusse la degenza media da 156 a 81 giorni.





**Warren,
Marjory
Winsome**
(1897–1960)

Iniziò la
carriera come
chirurga

Nel 1947
divenne
Membro della
Società Medica
per la cura
dell'anziano e
fondò la Società
Geriatrica
Britannica.

Nel 1949
divenne la
prima
Consulente
Geriatra del
Regno





**Dottor
Lionel Cosin**
(1910-1994)

Chirurgo
Ortopedico

divenne uno
dei pionieri
della Geriatria
ed importante
membro della
Società
Geriatrica
Britannica.



Questi due pionieri della geriatria avevano capito che l'eccesso di pazienti allettati era imputabile ad uno scarso approfondimento diagnostico e alla susseguente carente supervisione medica, alla mancanza di un sistema di lavoro multidisciplinare, all'assenza di riabilitazione precoce, al totale disinteresse per la conoscenza dei problemi sociali ed assistenziali presenti.



Cominciarono quindi, sulla base della revisione della diagnosi e della prognosi di ciascun soggetto, ad individuare margini di cura e riabilitazione, anche parziali, spesso trascurati. Su questi intervennero con piani assistenziali personalizzati che venivano attuati **grazie all'opera di più professionisti che lavoravano in team.**



L'obiettivo primario della medicina geriatrica è ridurre al minimo gli esiti negativi delle malattie croniche ottimizzando il funzionamento delle capacità residue, per far raggiungere alla persona la migliore qualità di vita possibile.



Superamento del tradizionale approccio medico

Valutazione multidimensionale centrata sulla persona, che considera la totalità e la complessità del paziente geriatrico, valutandone lo stato clinico e cognitivo, la funzione fisica, il tono dell'umore e le condizioni socioeconomiche



Nell'anziano fragile deve anche essere enfatizzata la strategia degli “small gains”. In un soggetto disabile e decondizionato, anche un intervento riabilitativo a bassa intensità può fare la differenza tra dipendenza e indipendenza o discriminare tra il rientro al domicilio e l'istituzionalizzazione.



FRAGILITA'

Molte le definizioni: tutte condividono, comunque, il denominatore di ridotta riserva funzionale, con progressiva inefficienza dei meccanismi deputati a ripristinare l'omeostasi biologica, una marcata vulnerabilità a seguito di condizioni stressanti, come traumi anche modesti e condizioni acute di malattie.



I DOMINI DELLA SALUTE NELL'ANZIANO

SALUTE SOMATICA

Diagnosi di malattia
Comorbilità
Gerarchia interna

SALUTE SOCIALE

Rete sociale
Supporti reali
Adeguatezza ambientale
Situazione economica

SALUTE PSICHICA

Stato affettivo
Stato cognitivo

SALUTE FUNZIONALE

ADL
IADL

Valutazione multidimensionale geriatrica

VMG

Salute somatica (diagnosi di malattia,
comorbidità)
Salute psichica (stato affettivo e cognitivo)
Salute sociale
Salute funzionale



Quota popolazione europea

| Età | Nel 2000 | Nel 2025 | Nel 2050 |
|--------|----------|----------|----------|
| >65 aa | 16.1% | 22% | 27,5% |
| >80 aa | 3.6% | 6% | 10% |



Tavole di mortalità della popolazione italiana
Ripartizione: Italia - Maschi - Anno: 2018

| Età | Sopravvivenenti | Speranza di vita anni |
|-----|-----------------|--------------------------|
| 65 | 89 530 | 19.321 |
| 75 | 75 595 | 11.841 |
| 80 | 62 965 | 8.691 |
| 85 | 45 572 | 6.003 |
| 90 | 24 352 | 4.054 |
| 95 | 7 779 | 2.837 |
| 100 | 1 388 | 1.99 |



Dataset:Tavole di mortalità 2021

| Territorio | Italia | | | | | |
|----------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------------|-------------------|---|-----------------------|
| Sesso | maschi | | | | | |
| Seleziona periodo | 2021 | | | | | |
| Funzioni biometriche | sopravvivenți - lx | decessi - dx | probabilità di morte (per 1.000) - qx | anni vissuti - Lx | probabilità prospettiva di sopravvivenza - Px | speranza di vita - ex |
| Età e classi di età | | | | | | |
| 65-69 anni | 89073 | 6098 | 68,45682 | 431175 | 0,9123361 | 18,77 |
| 70-74 anni | 82975 | 9057 | 109,15013 | 393377 | 0,8603767 | 14,953 |
| 75-79 anni | 73918 | 13345 | 180,53711 | 338452 | 0,7689314 | 11,463 |
| 80-84 anni | 60573 | 17612 | 290,76391 | 260246 | 0,6259219 | 8,401 |
| 85-89 anni | 42961 | 20786 | 483,84022 | 162894 | 0,4198861 | 5,787 |
| 90-94 anni | 22175 | 15465 | 697,43265 | 68397 | 0,2295906 | 3,865 |
| 95-99 anni | 6709 | 5789 | 862,9045 | 15703 | 0,1001688 | 2,581 |
| 100-104 anni | 920 | 884 | 960,73524 | 1573 | 0,0268012 | 1,756 |
| 105-109 anni | 36 | 36 | 994,4264 | 42 | 0,0040282 | 1,172 |
| 110-114 anni | 0 | 0 | 999,58096 | 0 | 0,0003322 | 0,844 |
| 115-119 anni | 0 | 0 | 999,98092 | 0 | 0,0000166 | 0,669 |



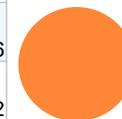
Tavole di mortalità della popolazione italiana
Ripartizione: Italia - **Femmine** - Anno: 2018

| Età | Sopravvivenenti | Speranza di vita |
|-----|-----------------|------------------|
| 65 | 93 798 | 22.455 |
| 75 | 85 546 | 14.068 |
| 80 | 76 941 | 10.341 |
| 85 | 62 083 | 7.163 |
| 90 | 39 462 | 4.778 |
| 95 | 16 041 | 3.241 |
| 100 | 3 738 | 2.206 |

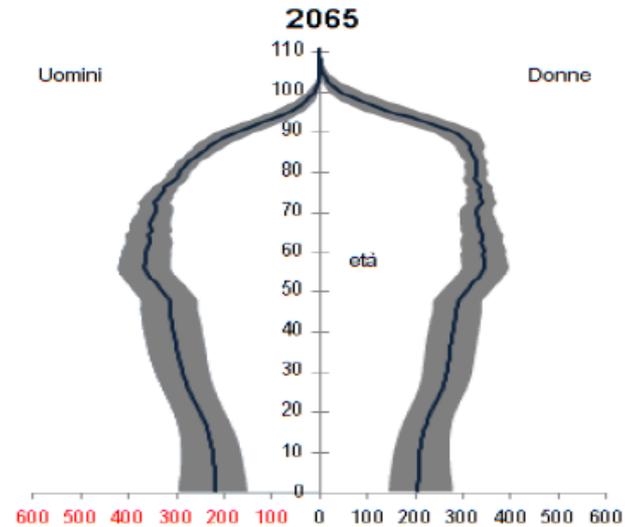
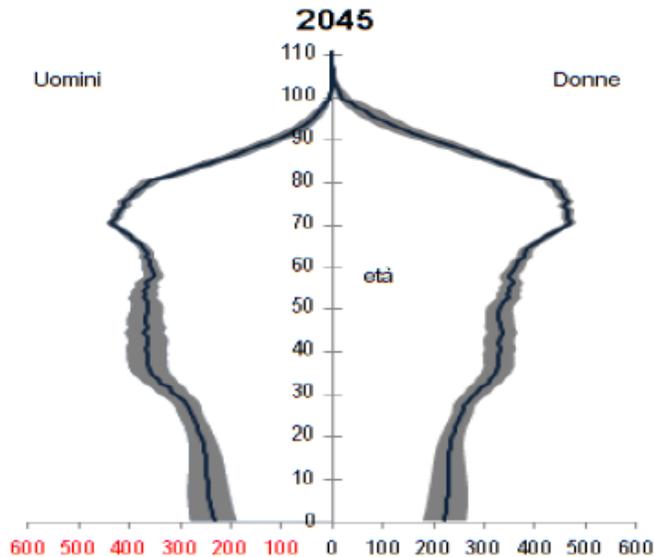
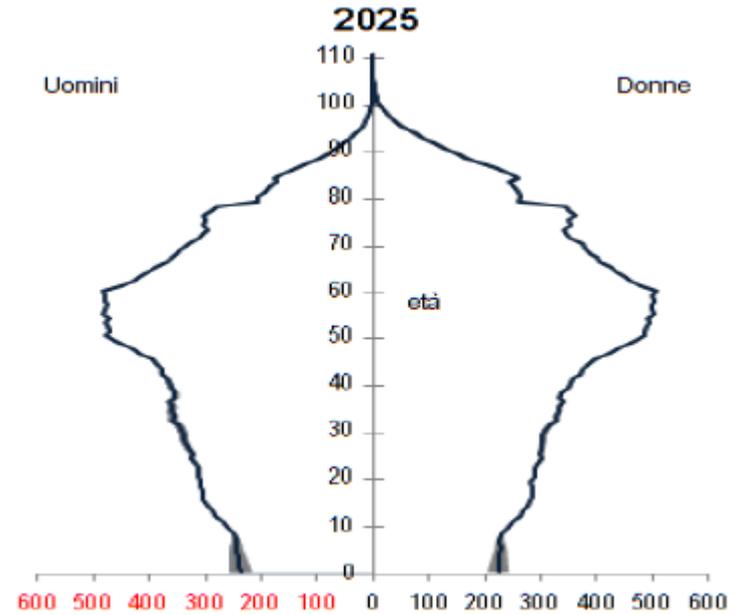
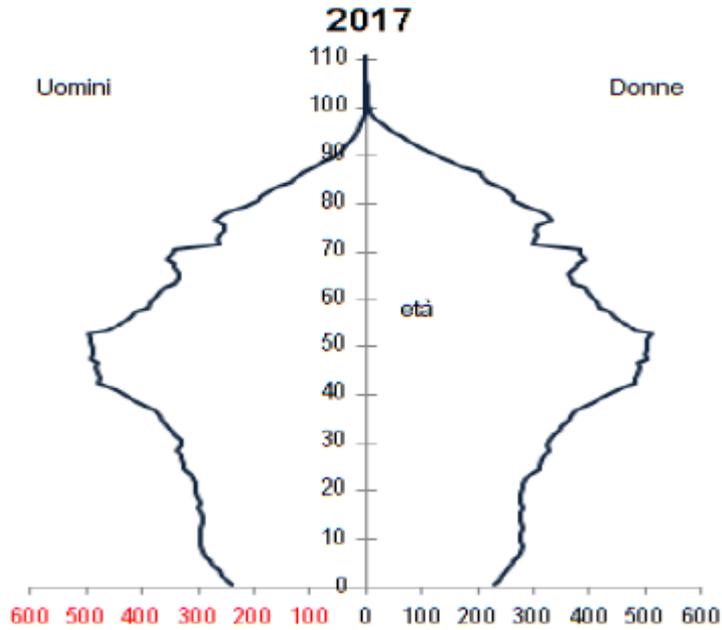


Dataset:Tavole di mortalità 2021

| Territorio | | Italia | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------|--------------|---------------------------------------|-------------------|---|-----------------------|
| Sesso | | femmine | | | | | |
| Selezione periodo | | 2021 | | | | | |
| Funzioni biometriche | | sopravvivenanti - lx | decessi - dx | probabilità di morte (per 1.000) - qx | anni vissuti - Lx | probabilità prospettiva di sopravvivenza - Px | speranza di vita - ex |
| Età e classi di età | | | | | | | |
| 65-69 anni | | 93709 | 3484 | 37,17634 | 460500 | 0,951322 | 21,993 |
| 70-74 anni | | 90225 | 5610 | 62,17315 | 438084 | 0,9175618 | 17,738 |
| 75-79 anni | | 84616 | 9297 | 109,87533 | 401969 | 0,8494983 | 13,737 |
| 80-84 anni | | 75319 | 15183 | 201,5835 | 341472 | 0,7207174 | 10,096 |
| 85-89 anni | | 60136 | 22796 | 379,08003 | 246105 | 0,518817 | 6,966 |
| 90-94 anni | | 37339 | 22566 | 604,33926 | 127683 | 0,3074574 | 4,628 |
| 95-99 anni | | 14774 | 11845 | 801,77802 | 39257 | 0,1434572 | 3,056 |
| 100-104 anni | | 2928 | 2740 | 935,71991 | 5632 | 0,0444304 | 2,009 |
| 105-109 anni | | 188 | 186 | 987,68144 | 250 | 0,0088474 | 1,341 |
| 110-114 anni | | 2 | 2 | 998,58768 | 2 | 0,0010973 | 0,956 |
| 115-119 anni | | 0 | 0 | 999,89474 | 0 | 0,0000889 | 0,742 |



PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE - SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Italia, anni 2017-2065, dati in migliaia



SPERANZA DI VITA IN ITALIA

DATI ISTAT 2022

| Generi | Età |
|--------|---------|
| Uomini | 80.5 aa |
| Donne | 84.8 |



- L'Istat segnala che gli ultracentenari in Italia , al primo gennaio 2023, erano 22mila

Duemila in più rispetto all'anno precedente secondo il rapporto annuale dell'Istituto di statistica

- L'attuale Decana d'Italia è **Claudia Baccarini di anni 113**, nata il 3 luglio 1910 e residente a Pesaro (Marche).

- Il Decano uomo è invece **Tripolino Giannini** di anni 111, nato il 20 agosto 1912 e residente a Cecina (Toscana).

- 236 le persone con più di 107 anni in Italia

- Dal 19 aprile 2022 la Decana dell'umanità, ovvero la persona vivente più anziana del Mondo, è **Maria Branyas Morera** di anni 116, nata il 4 marzo 1907 e residente ad Olot (Spagna).

- Jeanne Calment 21 febbraio 1875 4 agosto 1997 122 anni e 164 giorni Francia



CLAUDIA BACCARINI DI ANNI 113 E 61 GIORNI NATA E
RESIDENTE A FAENZA IL 13 OTTOBRE 1910



Il Decano uomo **Tripolino Giannini** di anni 111 e 115 giorni, nato e residente a Cecina (Toscana) il 20 agosto 1912



Cent'anni e non sentirli

CENTENARI IN ITALIA AL 1° GENNAIO 2019



100 anni e più

14.456

84% donne | 16% uomini

105 anni e più

1.112

87% donne | 13% uomini

110 anni e più

21

100% donne

I RECORD

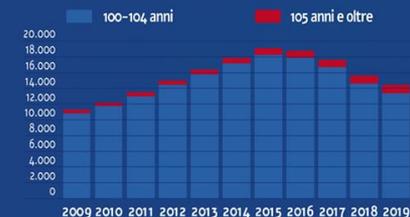
La persona vivente più vecchia d'Italia ha **113 anni**, è donna e risiede in Emilia-Romagna

Al Nord il maggior numero di centenari. In Liguria la più alta concentrazione di persone con **105 anni e più**

5.882

persone con **105 anni e più** dal 2009 al 2019

0,5% sono stranieri



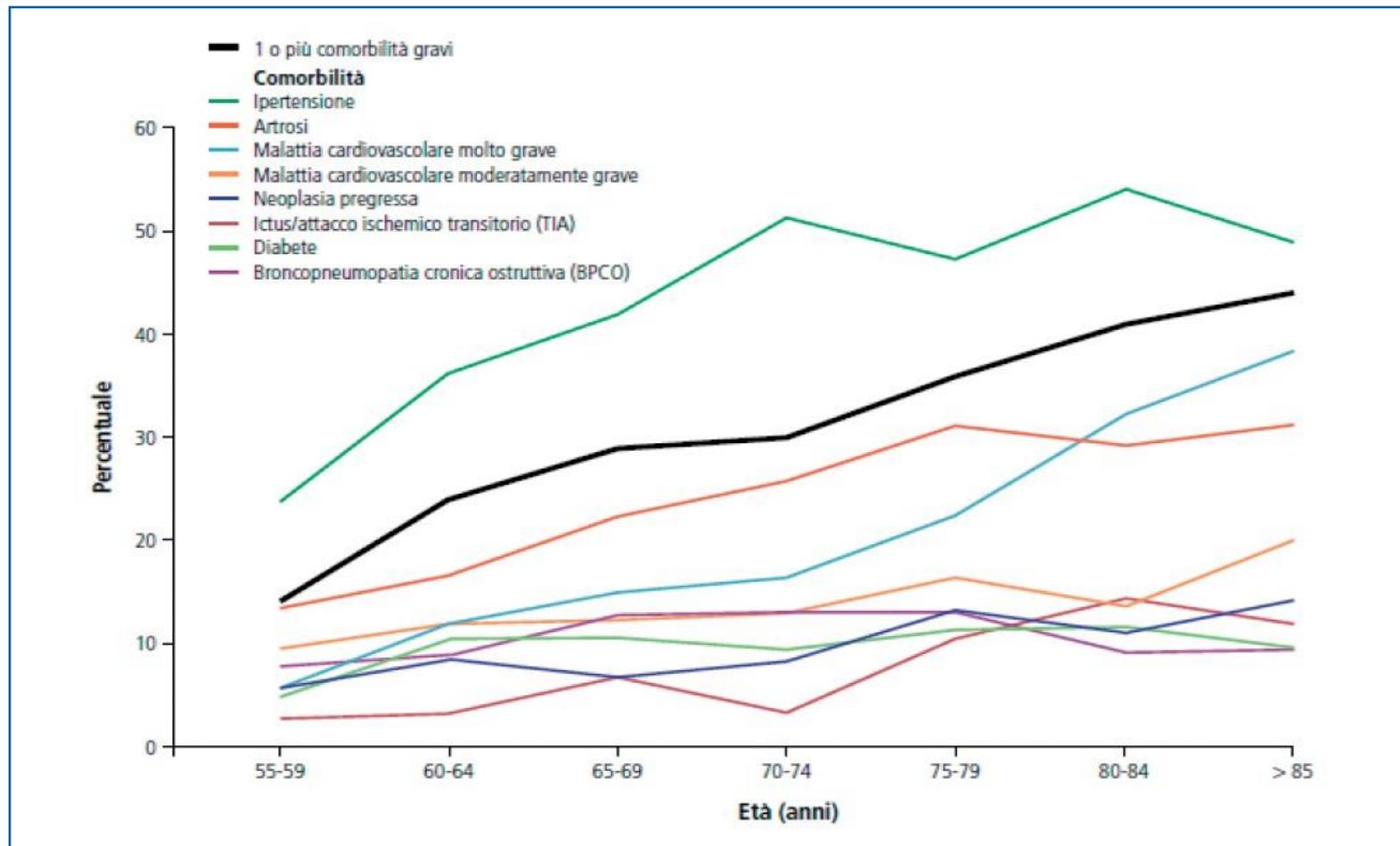
L'uomo più longevo d'Italia è morto a quasi **112 anni**



La donna più longeva d'Italia è morta a **117 anni**



ANDAMENTO DELLA PERCENTUALE DI COMORBILITÀ IN FUNZIONE DELL'ETÀ



Ministero della Salute. Criteri di Appropriatezza clinica,
tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso.
Quaderni del Ministero della Salute 2013.



Con l'invecchiamento bisogna considerare:

- coesistenza di più condizioni morbose;
- caratteristiche peculiari del paziente e sua storia clinica;
- possibile comparsa di complicanze;
- trattamenti che vengono praticati, loro effetti specifici, diretti e indiretti, ed effetti collaterali;
- progressiva riduzione delle funzioni d'organo e di apparato.



Negli anni recenti si è reso evidente che il concetto di “guarigione” ha ceduto progressivamente il passo a quello di contenimento e cronicizzazione, possibilmente in buon equilibrio, di coesistenza di condizioni morbose diverse e di frequente emergenza di quadri clinici assai complessi anche in relazione ai vissuti clinici dei singoli ammalati.



La “**complessità in medicina**” considera l’insieme delle diverse condizioni morbose non solo in quanto compresenti, ma nella loro interazione multidimensionale (comorbilità, multimorbilità a genesi comune o diversa, convergenza su elementi clinici comuni e interconnessione con acuzie e cronicità e con l’intensità di cura necessaria).



Gli effetti generati dall'interazione fra malattie e la loro gestione richiedono una presa in carico individualizzata del paziente complesso, senza fare affidamento sulla semplice applicazione delle Linee guida riferite a ognuna delle patologie da cui è affetto il paziente. Si rende pertanto necessario incorporare nelle indicazioni di trattamento informazioni specifiche circa la multimorbilità e le interazioni tra le patologie; ciò consentirà una migliore diagnosi, prevenzione, terapia e avrà come risultato finale il miglioramento della qualità di vita del paziente



In un articolo di JAMA si fa l'esempio di una donna di 79 anni affetta da ipertensione arteriosa sistemica, diabete mellito, osteoporosi, osteoartrosi e broncopneumopatia cronica ostruttiva cioè da un tipo di comorbilità molto comune in un paziente geriatrico. Sulla base delle singole linee guida per ognuna di queste cinque malattie, oltre a una dieta particolare, le dovrebbero essere prescritti 15 farmaci diversi in 26 distinte assunzioni giornaliere

Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, et al.

Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project.

JAMA 2004; 292: 1433-9



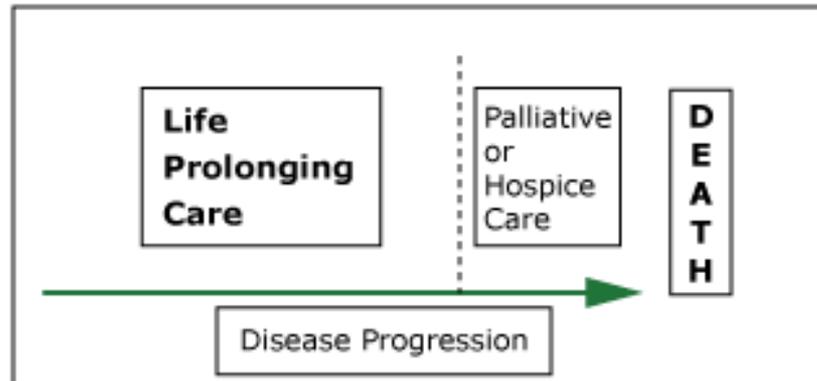
Le cure palliative si propongono di alleviare la sofferenza in tutte le fasi della malattia e non devono limitarsi al fine vita.

Le cure indirizzate alla gestione dei sintomi dovrebbero essere offerte di routine a tutti i pazienti affetti da gravi malattie anche quando sono possibili trattamenti specifici per il trattamento delle malattie ed in grado di modificarne la prognosi

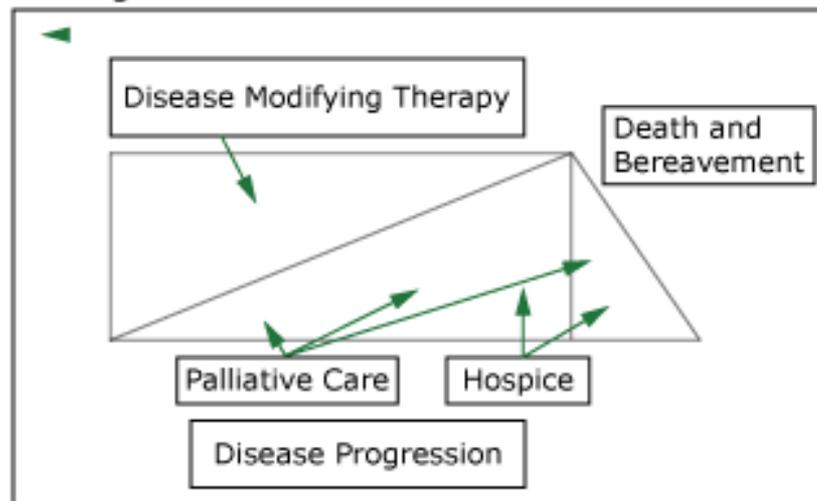


Models of healthcare delivery

a. Dichotomous model of healthcare



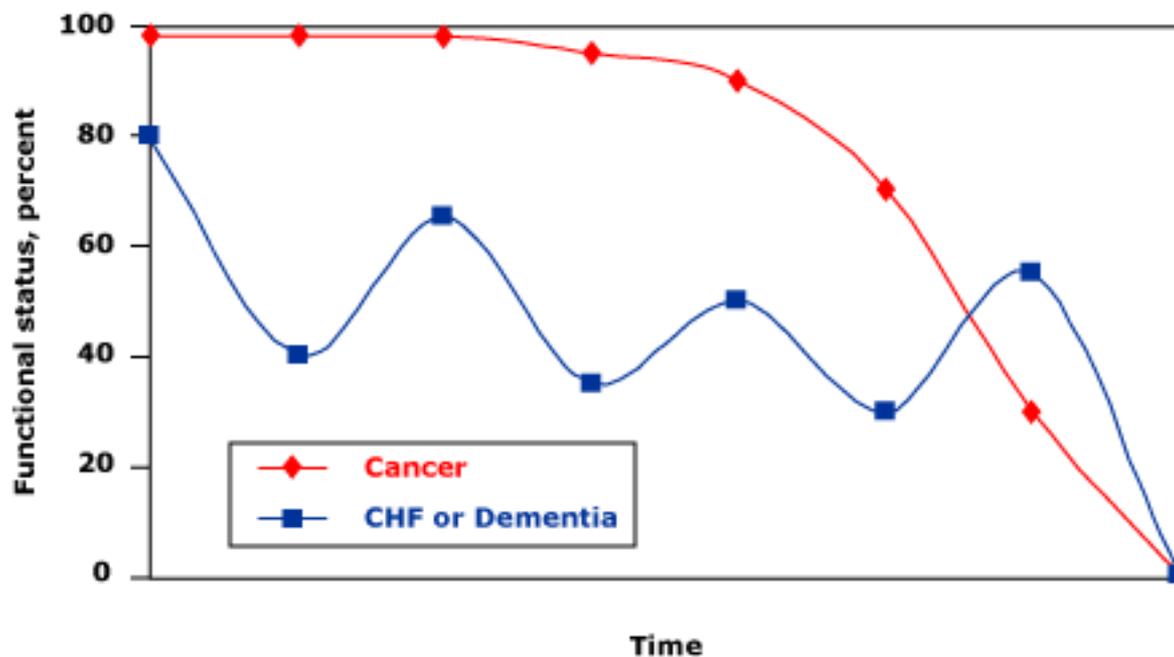
b. Integrated model of healthcare



Adapted from National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004). *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. <http://www.nationalconsensusproject.org>.



Disease progression in cancer versus chronic diseases



Adapted from Lynn J. *Living long in fragile health: the new demographics shape end of life care. Improving end of life care: why has it been so difficult?* Hastings Center Special Report 2005; 35(6): S14-8.

UpToDate®



Una revisione sistematica della Cochrane Collaboration, ha documentato che la valutazione multidimensionale dell'anziano, eseguita durante la degenza ospedaliera di pazienti ricoverati per cause acute, ha significativamente incrementato la speranza di vita e significativamente ridotto il rischio di istituzionalizzazione dopo la dimissione.

Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review) 84. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons; Ltd. Copyright© 2011



EPIDEMIOLOGIA

Il dolore cronico è un problema comune tra gli anziani con una prevalenza che varia dal 25% all'80% a secondo dell'età, del setting assistenziale e della popolazione studiata

Jakobsson U. et al. Journal of Pain and Syntom Management 26, 625-636, 2003



EPIDEMIOLOGIA

NEGLI OSPEDALI DELL'EMILIA ROMAGNA

IN AREA MEDICA:

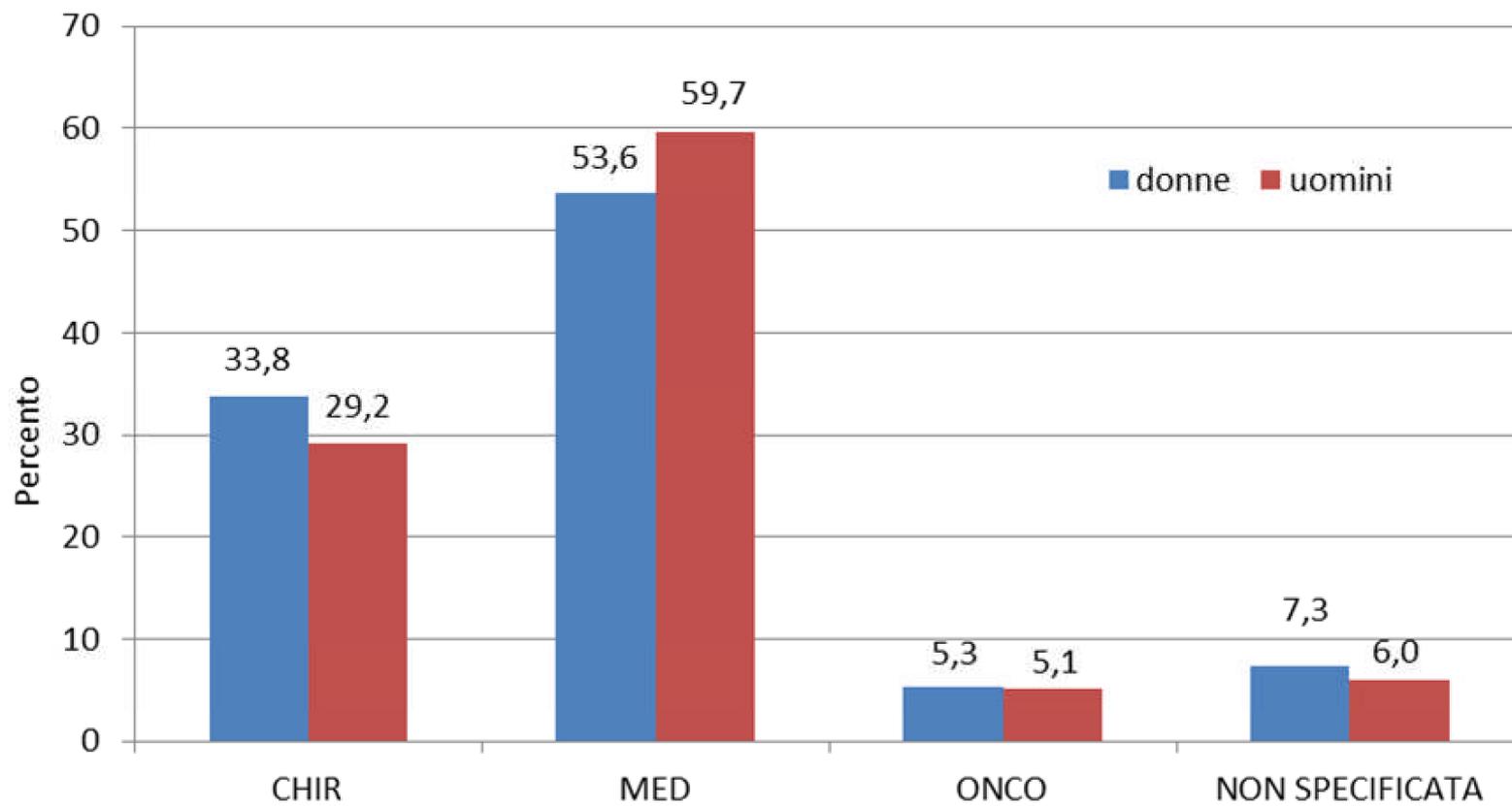
PREVALENZA DEL DOLORE

- SEVERO=17.19%
- MODERATO = 35.82%
- LIEVE=25.48%

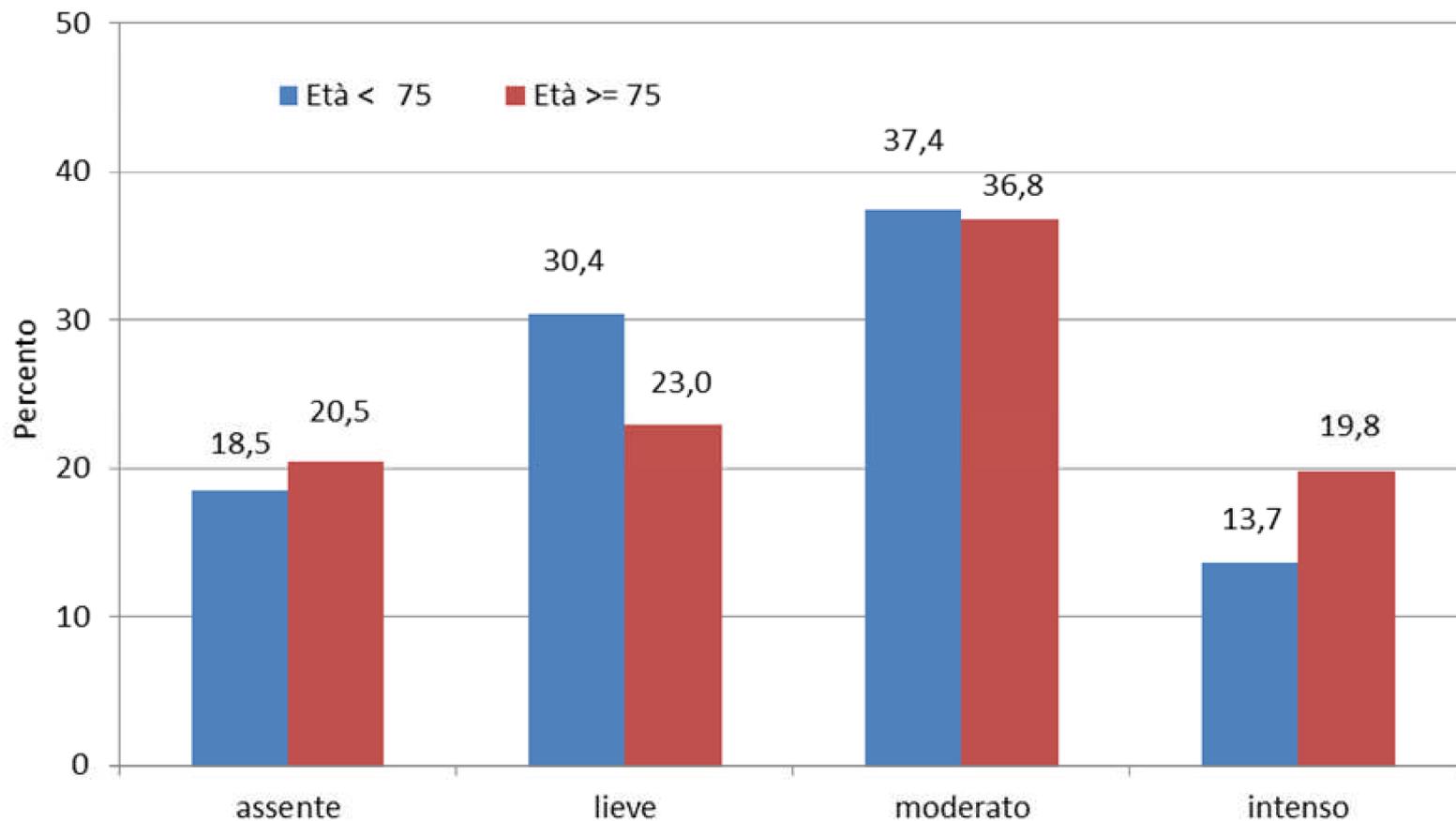
DATI REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2011



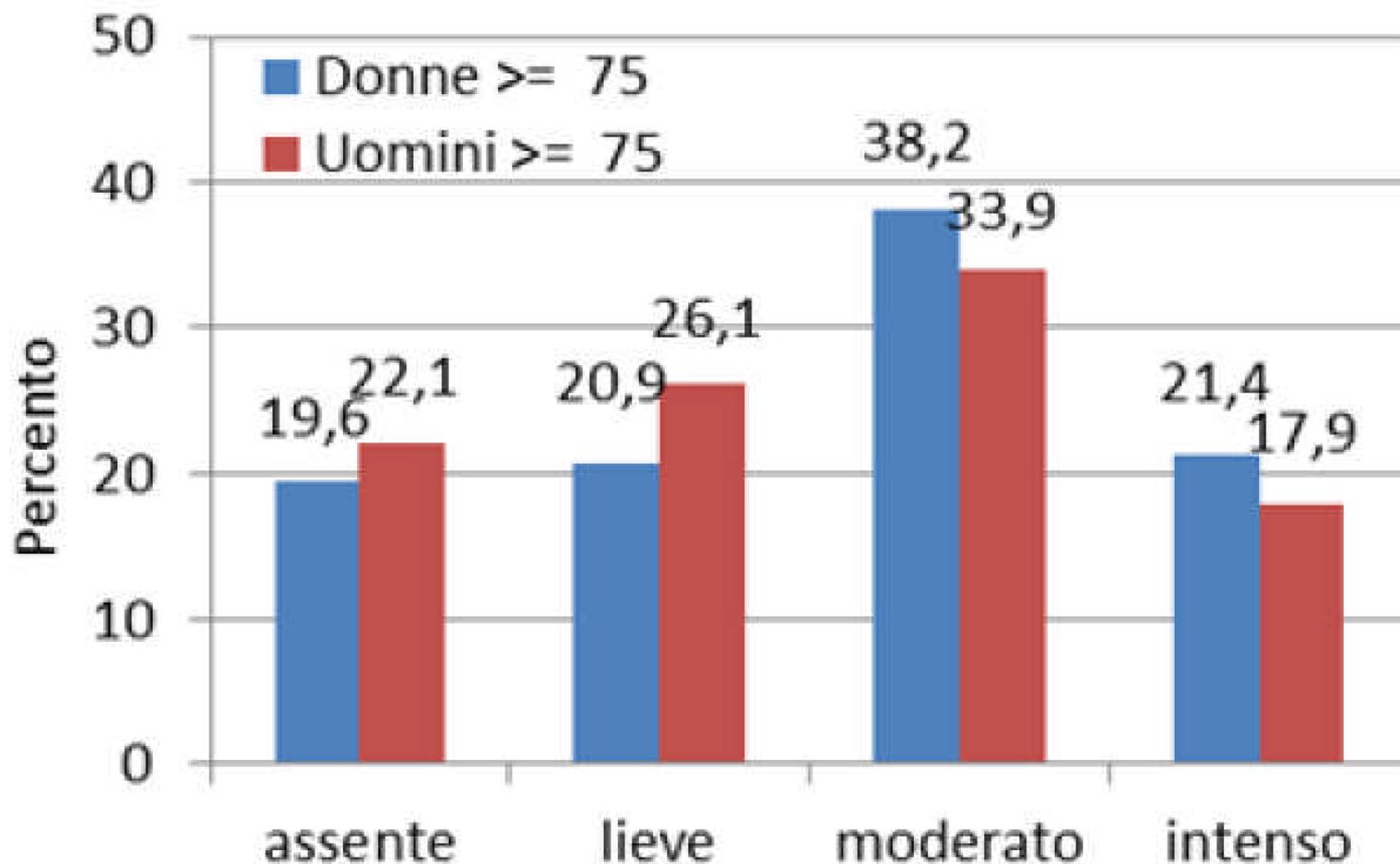
DISTRIBUZIONE PER AREA DI RICOVERO E GENERE



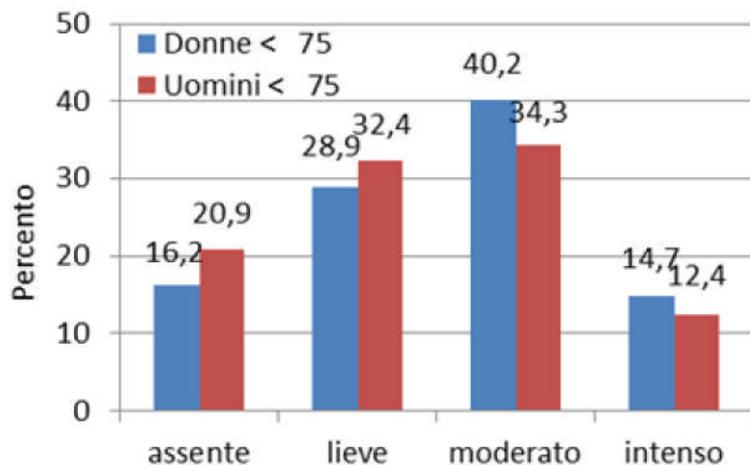
DOLORE PER FASCE DI ETÀ (<75; ≥75)



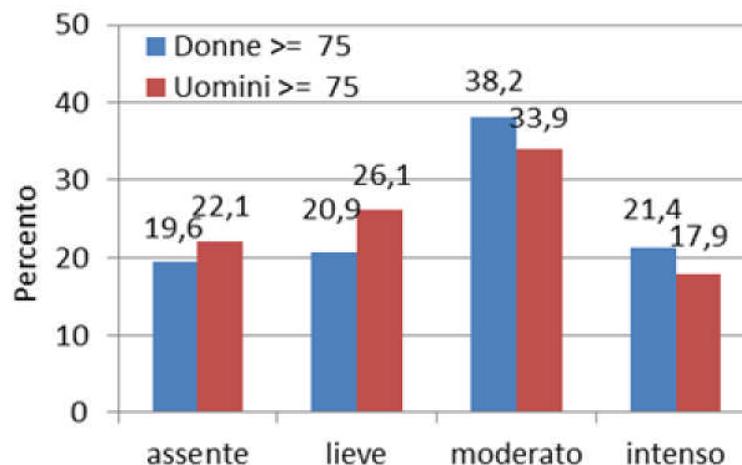
DOLORE PER GENERE FASCIA DI ETÀ ≥ 75



Dolore per genere fascia di età <75



Dolore per genere fascia di età ≥75



Nonostante l'alta prevalenza del sintomo i pazienti anziani sono spesso esclusi dagli studi clinici e pertanto sono meno note le caratteristiche del dolore e gli effetti delle terapie analgesiche in questo gruppo di individui



BARRIERE NEI CONFRONTI DELLA GESTIONE DEL DOLORE PERSISTENTE NEL PAZIENTE ANZIANO

- Idea che il dolore faccia parte del normale processo di invecchiamento
- Mancanza di formazione nella valutazione e gestione del dolore
- Mancanza di abilità e sensibilità nella valutazione del dolore nei soggetti che non riescono autonomamente a riferirlo per difetti di comunicazione



BARRIERE NEI CONFRONTI DELLA GESTIONE DEL DOLORE PERSISTENTE NEL PAZIENTE ANZIANO

- Convinzione di molti anziani che parlare del loro dolore li faccia apparire come “cattivi pazienti”
- Mancanza di tempo del personale sanitario

BARRIERE NEI CONFRONTI DELLA GESTIONE DEL DOLORE PERSISTENTE NEL PAZIENTE ANZIANO

- Convinzioni errate rispetto all'uso degli oppiacei nel dolore cronico anche di natura non neoplastica
- Paura degli effetti collaterali dei farmaci analgesici sia da parte dei professionisti che del paziente e dei suoi familiari



CAUSE DI DOLORE CRONICO

Se il cancro è una frequente causa di dolore nell'anziano ad essa si affiancano un'altra serie di situazioni cliniche tipiche dell'età avanzata



CAUSE DI DOLORE PERSISTENTE

- Patologie osteoarticolari
- Polimialgie
- Neuropatie
- Malattie vascolari
- Immobilizzazione
- Lesioni da pressione



CONSEGUENZE DEL DOLORE

- Accentuazione dei deficit funzionali (ADL – IADL)
- Aumentato rischio di cadute
- Disturbi del sonno e relativa riduzione dell'energia vitale nelle ore diurne

CONSEGUENZE DEL DOLORE

- Insorgenza/accentuazione della depressione
- Maggiore necessità di assistenza da parte dei care-givers
- Isolamento



ASSESSMENT

- Raccolta accurata della storia clinica e farmacologica
- Porre particolare attenzione allo stato cognitivo e funzionale
- Rilevare l'eventuale presenza di deficit sensoriali



ASSESSMENT

- Valutare attentamente la presenza di una sintomatologia dolorosa
- Utilizzare anche sinonimi del termine dolore come bruciore, fastidio, idolenzimento, senso di peso, senso di costrizione, ecc.



ASSESSMENT

- Considerare la possibilità che il dolore possa essere localizzato in più distretti e possa essere ricondotto a più cause
- Coinvolgere nell'intervista i caregivers
- Effettuare un approccio multidisciplinare



ASSESSMENT

- La visita medico-infermieristica deve includere la valutazione delle sedi in cui viene riferito il dolore e di tutte le altre sedi in cui frequentemente viene riferito dolore dalle persone anziane



ASSESSMENT

- Esaminare con particolare attenzione l'apparato muscolo-scheletrico
- Effettuare una visita neurologica completa
- Ricercare la presenza di lesioni cutanee



ASSESSMENT

- La valutazione quantitativa del dolore deve essere definita dal paziente stesso con l'ausilio delle scale numeriche e visuo-analogiche
- La rivalutazione regolare del dolore consente l'ottimizzazione dei provvedimenti terapeutici

ASSESSMENT: PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI

Nei pazienti con disturbi cognitivi di grado moderato-severo che non sono in grado di riferire autonomamente i loro sintomi, la valutazione del dolore deve essere effettuata esclusivamente con la diretta osservazione ed attraverso la storia riferita dai caregivers



ASSESSMENT: PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI

- Devono essere rilevati gli atteggiamenti correlati al dolore indotti dai movimenti (durante la visita medica-il cambio-gli spostamenti-il cammino spontaneo)
- Comportamenti inusuali nei pazienti dementi devono essere considerati come potenziali indicatori di dolore

ASSESSMENT: PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI

I più comuni segnali di potenziale dolore sono i seguenti

- Espressioni facciali (smorfie, rapido battere delle palpebre, corrugamento della fronte)
- Verbalizzazioni (frasi aggressive e/o offensive, discorsi più confusi del solito,..)

segue

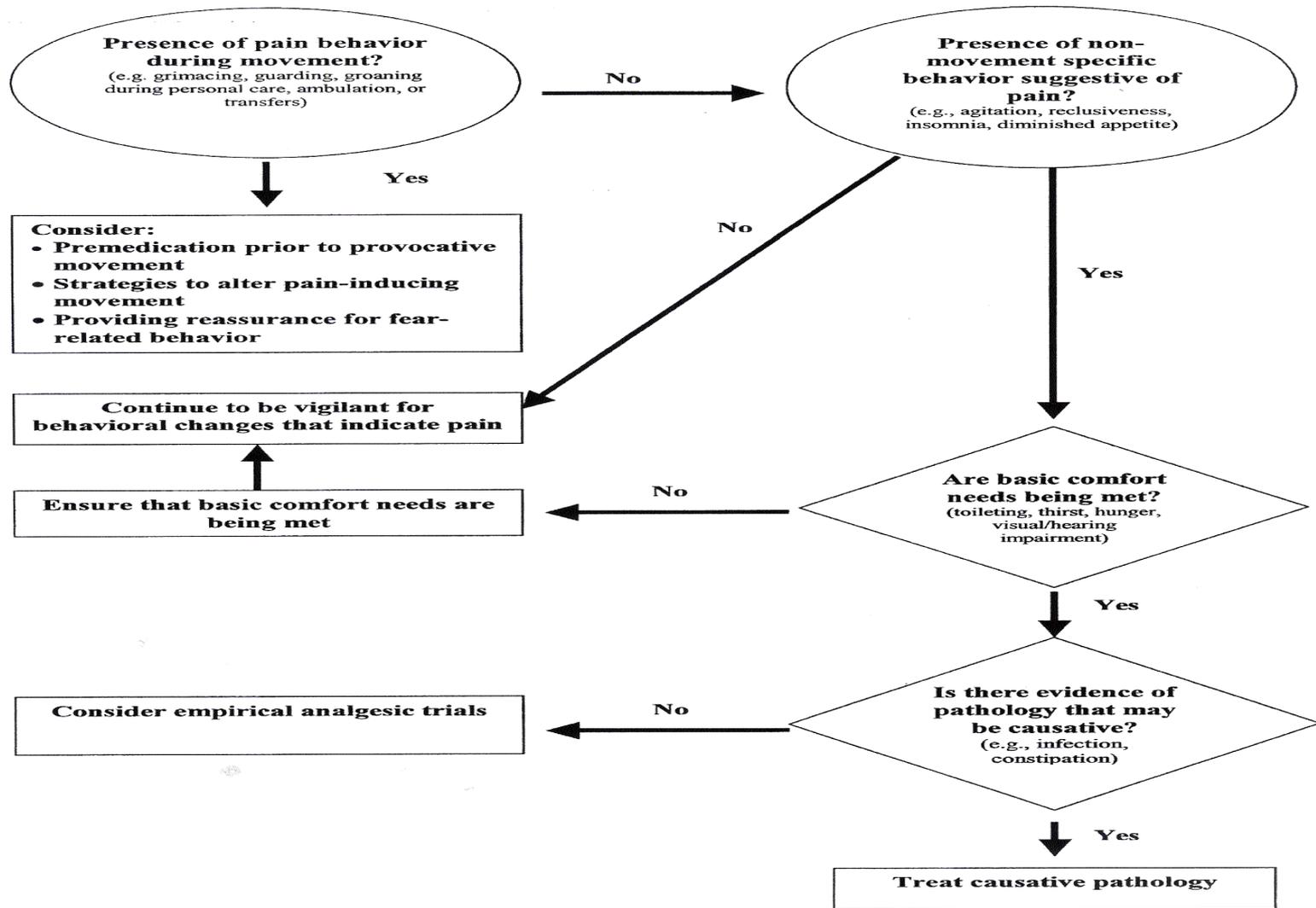


ASSESSMENT: PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI

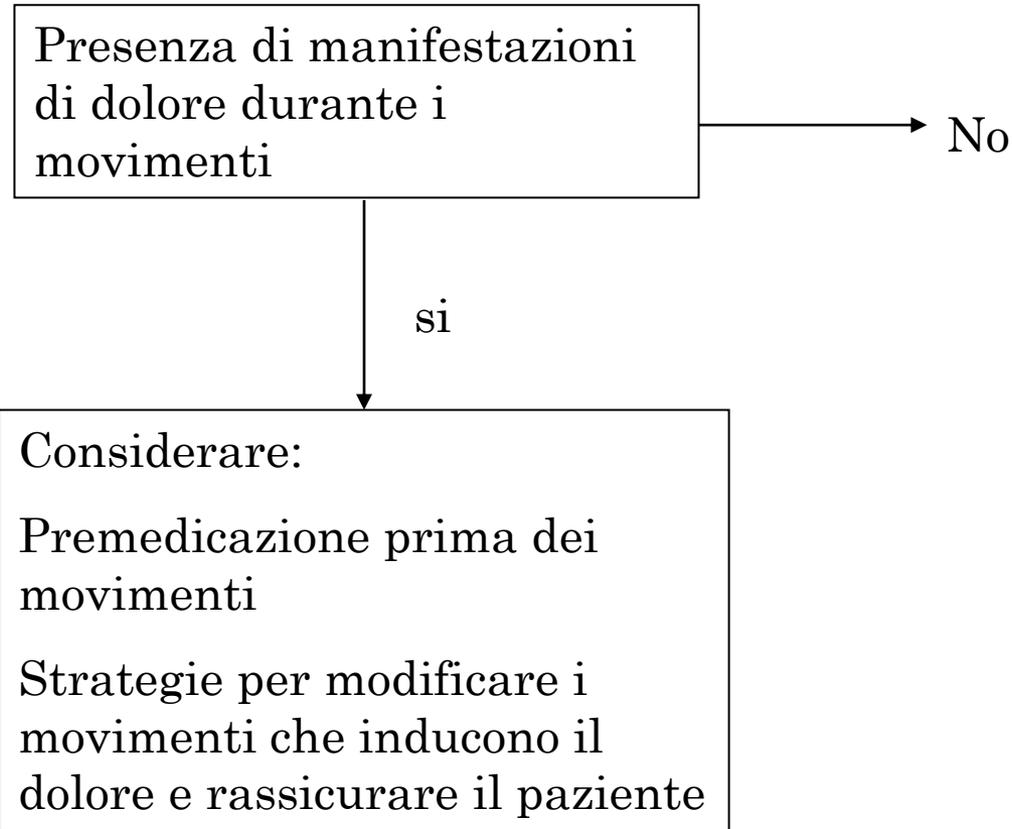
- Vocalizzazioni (pianto, gemiti, strilli,...)
- Movimenti del corpo (sfregamenti della parte interessata dal dolore, movimenti incontrollati delle mani, andatura alterata, movimenti ripetitivi,...)
- Variazioni comportamentali (delirium, essere più calmo o agitato del solito, dormire meno o più a lungo, essere meno socievole,...)

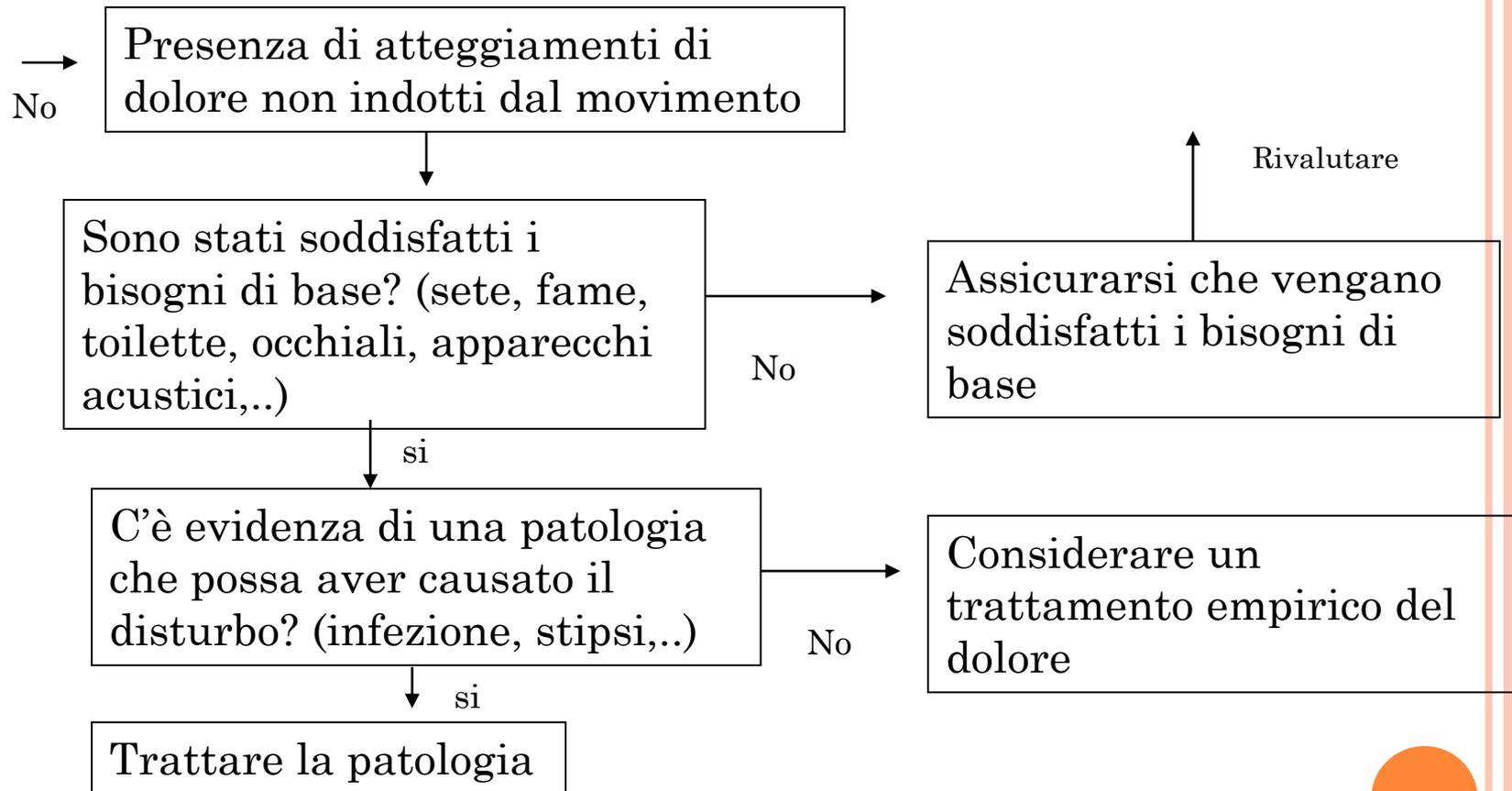
JAGS 2002-vol 50, 6, suppl.





Il dolore nel paziente anziano: aspetti critici





In situazioni di demenza la presenza di uno stato di agitazione può essere indotto da un dolore che non sempre è possibile diagnosticare con certezza.

La somministrazione di dosi adeguate di analgesici può confermare o meno la presenza del dolore ed induce sicuramente meno effetti collaterali rispetto a farmaci psicotropi che possono essere utilizzati successivamente in caso di insuccesso

Manfredi P. et al., International Journal of Geriatric Psychiatry, 2003, 18: 700-705



VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENZA DI GRADO SEVERO

PAINAD

| | 0 | 1 | 2 |
|---|----------------------------------|---|--|
| RESPIRO (Indipendente dalla Vocalizzazione) | NORMALE | RESPIRO A TRATTI ALTERATO. BREVI PERIODI DI IPERVENTILAZIONE | RESPIRO ALTERATO. IPERVENTILAZIONE CHEYENE-STOKES |
| VOCALIZZAZIONE | NESSUNA | OCCASIONALI LAMENTI. SALTUARIE ESPRESSIONI NEGATIVE | RIPETUTI RICHIAMI. LAMENTI. PIANTO. |
| ESPRESSIONE FACCIALE | SORRIDENTE O INESPRESSIVA | TRISTE,ANSIOSA, CONTRATTA. | SMORFIE |
| LINGUAGGIO DEL CORPO | RILASSATO | TESO. MOVIMENTI NERVOSI IRREQUIETEZZA | RIGIDITA' AGITAZIONE. GINOCCHIA PIEGATE. MOVIMENTO AFINALISTICO, A SCATTI |
| CONSOLABILITA' | NON NECESSITA DI CONSOLAZIONE | DISTRATTO O RASSICURATO DA VOCE O TOCCO | INCOSOLABILE; NON SI DISTRAE NE' SI RASSICURA |

PUNTEGGIO

0 = NESSUN DOLORE

10 = MASSIMO DOLORE

Il dolore nel paziente anziano: aspetti critici



VARI STUDI HANNO DIMOSTRATO CHE
NEGLI ANZIANI CON DETERIORAMENTO
COGNITIVO LA VALUTAZIONI
COMPORTAMENTALE DELL'INTENSITA'
DEL DOLORE E' SOVRAPPONIBILE
ALL'AUTOVALUTAZIONE FORNITA DAGLI
ANZIANI COGNITIVAMENTE INTEGRATI
J Am Soc Geriatr 57:126-132, 2009.



IL DOLORE IATROGENO

I pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza presentano un rischio aumentato di dolore (16%) rispetto ai soggetti non cateterizzati

JAMA- Bernabei et al 1998, 279; 1877-1882



IL DOLORE IATROGENO

La comparsa di una lesione da pressione calcaneare, evento iatrogenico per definizione, ed il conseguente dolore, limita in maniera evidente il recupero funzionale di un paziente operato di frattura di femore o colpito da ictus cerebrale



I pazienti con malattie avanzate come la demenza possono essere a rischio di trattamento non adeguato del dolore.

Uno studio su pazienti con dolore da frattura di femore ha dimostrato che questi pazienti sono sottotrattati per il controllo del dolore che è spesso causa scatenante delirium

Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. J Pain Symptom Manage 2000; 19:240.



IL TRATTAMENTO

Il trattamento del dolore persistente nel paziente anziano deve includere strategie farmacologiche e non farmacologiche.

E' fondamentale in particolare incoraggiare il paziente a rimanere attivo e mantenere la cura della propria persona con l'obiettivo di assicurare il più alto livello di autosufficienza.



IL TRATTAMENTO

Strategie non farmacologiche

- Trattamenti fisici
- Terapie cognitivo-comportamentali
- Supporto sociale



IL TRATTAMENTO

La terapia farmacologica del dolore cronico nel paziente anziano può avvalersi di tutti i farmaci utilizzati nella restante popolazione.

Il dosaggio dei farmaci deve essere adattato alle reali condizioni del malato anziano che spesso richiede un minor dosaggio in considerazione della ridotta clearance.



PARACETAMOLO

Evidence from the literature search suggests that paracetamol should be considered as first-line treatment for the management of both acute and persistent pain, particularly that which is of musculoskeletal origin, due to its demonstrated efficacy and good safety profile. There are few absolute contraindications and relative cautions to prescribing paracetamol. It is, however, important that the maximum daily dose (4 g/24 h) is not exceeded.

Guidance on the management of pain in older people

Age and Ageing 2013; 42: i1–i57



PARACETAMOLO

A case series published recently reports acute liver failure in malnourished patients (weight <50 kg) and recommends dose reduction (maximum 2 g/24 h) if paracetamol is used regularly in these patients

Claridge LC, Eksteen B, Smith A, Shah T, Holt AP. . Br Med J 2010; 341:c6764.

FANS

Non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) should be used with caution in older people after other safer treatments have not provided sufficient pain relief. The lowest dose should be provided, for the shortest duration.

Guidance on the management of pain in older people



OPPIACEI

L'uso degli oppiacei forti risulta efficace oltre che nel dolore da cancro anche nel dolore cronico da altre cause dell'anziano così come dimostrato da molti studi.

L'avvio della terapia con più bassi dosaggi e la titolazione più lenta rispetto a quanto viene fatto nella popolazione adulta consente un più efficace controllo degli effetti collaterali.



Once-daily morphine formulation in chronic,
moderate-to-severe osteoarthritis pain.
Caldwell et al. J Pain Symptom Manage 2002

R C DB (4 weeks) and open-label extension trial (30 weeks)
295 pts after failing NSAIDs

- WOMAC OA index – WOMAC physical Function index – WOMAC Stiffness index
- Rigid protocol: Once daily (AM or PM) - MS Contin (30 mg) – placebo
- Opioid preparations were comparable for analgesia and adverse effects
- Reduced pain (about 20%), positive trend, but not significant for function and stiffness (about 15%), and improved sleep measures

The role of opioid analgesics in the rheumatoid disease in the elderly population.

Griessinger et al. *Drugs Aging* 2003

- Opioids provide a treatment option for the management of pain in elderly pts with rheumatoid disease in whom pain control is poor
- Various therapeutic difficulties are encountered in the heterogeneous elderly population (increased risk of AE, multimorbidity, polypharmacy).
- Lower initial opioid dose, prolonged dose intervals, slower titrations are advisable because of altered pharmacokinetics and pharmacodynamics. Kidney function should be tightly monitored and a timely use of laxatives should be encouraged.

OPPIACEI

Opioid therapy may be considered for patients with moderate or severe pain, particularly if the pain is causing functional impairment or is reducing their quality of life. However, this must be individualised and carefully monitored. Opioid side effects including nausea and vomiting should be anticipated and suitable prophylaxis considered. Appropriate laxative therapy, such as the combination of a stool softener and a stimulant laxative, should be prescribed throughout treatment for all older people who are prescribed opioid therapy.

Guidance on the management of pain in older people

Age and Ageing 2013; 42: i1–i57



CLINICAL GUIDELINES FOR THE USE OF CHRONIC OPIOID THERAPY
IN CHRONIC NON CANCER PAIN

ROGER CHOU, ET AL THE JOURNAL OF PAIN, VOL 10, No 2 (FEBRUARY), 2009: PP 113-130

- GLI OPPIACEI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO È AUMENTATA NOTEVOLMENTE NEGLI ULTIMI ANNI RISULTANDO MOLTO EFFICACE.
- GLI ESPERTI RACCOMANDANO, IN ASSENZA DI STUDI VALIDATI, UNA ATTENTA SELEZIONE DEI PAZIENTI

A Flood of Opioids, a Rising Tide of Deaths

Susan Okie, M.D.

N Engl J Med 2010; 363:1981-
1985 November 18, 2010



There is a need to optimise the prescribing and administration of regular paracetamol as a first line and continuing therapy for pain management in Aged Care Facilities residents, to potentially improve pain management and reduce opioid requirements. Furthermore, with the risk of falls and fractures increased by concurrent use of opioids and sedatives, the widespread use of these drugs in a population already at high risk was concerning, indicating a need for better education of health professionals in this area.

Pharmacological management of pain in Australian Aged Care Facilities

FELICITY C. VEAL, LUKE R. BEREZNICKI, ANGUS J. THOMPSON, GREGORY M. PETERSON

Age and Ageing 2014; 43: 851–856



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

-
- 7. I medici dovrebbero valutare i benefici ed i rischi entro 1-4 settimane dall'inizio o dall'incremento della dose della terapia con oppiacei per il dolore cronico. I medici dovrebbero valutare i benefici ed i rischi della terapia ogni 3 mesi o più frequentemente. Se i benefici non sono superiori ai rischi della terapia continuativa con oppioidi, i medici dovrebbero considerare altre terapie e ridurre il dosaggio o sospendere gli oppiacei.
-



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Raccomandazione 2

- **Le terapie non oppioidi sono preferite per il dolore subacuto e cronico. I medici dovrebbero massimizzare l'uso di terapie farmacologiche non farmacologiche e non oppioidi come appropriato per la condizione specifica e il paziente e prendere in considerazione l'inizio della terapia con oppioidi solo se si prevede che i benefici attesi per il dolore e la funzione superino i rischi per il paziente. Prima di iniziare la terapia con oppioidi per il dolore subacuto o cronico, i medici devono discutere con i pazienti i benefici realistici e i rischi noti della terapia con oppioidi, devono lavorare con i pazienti per stabilire gli obiettivi di trattamento per il dolore e la funzione e devono considerare come la terapia con oppioidi verrà interrotta se i benefici non superano i rischi (categoria di raccomandazione: A; tipo di evidenza: 2).**



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

- Raccomandazione 4
- **Quando gli oppioidi vengono iniziati per i pazienti naïve agli oppioidi con dolore acuto, subacuto o cronico, i medici devono prescrivere il dosaggio efficace più basso. Se gli oppioidi sono continuati per il dolore subacuto o cronico, i medici devono usare cautela quando prescrivono oppioidi a qualsiasi dosaggio, devono valutare attentamente i benefici e i rischi individuali quando si considera l'aumento del dosaggio e devono evitare di aumentare il dosaggio al di sopra dei livelli che possono produrre benefici inferiori rispetto ai rischi per i pazienti (categoria di raccomandazione: A; tipo di evidenza: 3).**



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

- Raccomandazione 7
- **: I medici devono valutare i benefici e i rischi con i pazienti entro 1-4 settimane dall'inizio della terapia con oppioidi per il dolore subacuto o cronico o per l'aumento del dosaggio. I medici devono rivalutare regolarmente i benefici e i rischi della terapia continua con oppioidi con i pazienti (categoria di raccomandazione: A; tipo di evidenza: 4).**



CHOOSING WISELY

- La campagna Choosing Wisely è un'iniziativa dell'ABIM Foundation (*Advancing medical professionalism to improve health care*)
- . L'obiettivo della campagna è quello di ridurre gli sprechi nel sistema di assistenza sanitaria e di evitare i rischi associati a trattamenti non necessari. Si invitano leader di specialità mediche e altre organizzazioni ad identificare i test o procedure comunemente usati nel loro campo la cui necessità deve essere messa in discussione e discussa con i pazienti



CHOOSING WISELY

AMERICAN ACADEMY OF NURSING

- **Non lasciare gli anziani a letto o solo seduti durante la loro permanenza in ospedale**
- Fino al 65% degli adulti più anziani perderanno la loro capacità di camminare durante una degenza ospedaliera.
- aumenta la durata della degenza ospedaliera
- Aumenta rischio di cadute sia durante che dopo la dimissione dall'ospedale,
- Maggiore impegno del care giver
- gli anziani che camminano durante la loro permanenza in ospedale sono dimessi prima
- hanno un tasso di recupero più veloce dopo l'intervento chirurgico



CHOOSING WISELY

AMERICAN ACADEMY OF NURSING

- **Non utilizzare restrizioni fisiche nei pazienti anziani ricoverati in ospedale**
- Rischio di gravi complicanze fino alla morte
- Valutare attentamente il paziente
- Consultare il care giver
- Rassicurare il paziente
- Eliminare i device potenziali responsabili dei disturbi comportamentali



CHOOSING WISELY

AMERICAN ACADEMY OF NURSING

- **Non svegliare il paziente per le cure di routine a meno che le condizioni del paziente o di cura lo richiedano**
- Gli studi dimostrano la privazione di sonno influisce negativamente sulla respirazione, la circolazione, lo stato immunitario, la funzione ormonale e il metabolismo
- Possibile causa scatenante delirium



CHOOSING WISELY

AMERICAN ACADEMY OF NURSING

- **Non mettere o mantenere un catetere urinario in un paziente a meno che non ci sia una specifica indicazione**
- infezioni del tratto urinario catetere-associate (Cautis) sono tra le infezioni correlate all'assistenza più comuni per la salute negli Stati Uniti



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY APRILE 2015

- **Non praticare nutrizione enterale tramite PEG nei pazienti con demenza avanzata; preferire l'alimentazione per via naturale con assistenza**
- L'alimentazione per via naturale da mano esperta non modifica il rischio di morte, polmonite ab ingestis
- Riduce il rischio di agitazione, l'uso di contenzione fisica e di ulcere da pressione



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Non utilizzare antipsicotici come prima scelta per il trattamento dei disturbi comportamentali della demenza**
- L'uso di questi farmaci dovrebbe essere limitato ai casi in cui le misure non farmacologiche sono fallite



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Evitare l'uso di farmaci per ottenere emoglobina A1c <7,5% nella maggior parte degli adulti di età 65 e più anziani**
- Dato il lungo lasso di tempo per ottenere i benefici microvascolari teorizzati dallo stretto controllo, gli obiettivi glicemici dovrebbero riflettere gli obiettivi del paziente, lo stato di salute e l'aspettativa di vita



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Non utilizzare benzodiazepine o altri sedativi ipnotici in adulti più anziani come prima scelta per l'insonnia, agitazione o delirio**
- studi su larga scala dimostrano che il rischio di cadute e fratture dell'anca che portano al ricovero in ospedale e la morte può più che raddoppiare in pazienti anziani che assumono benzodiazepine e altri sedativi ipnotici.



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Non usare antibiotici per il trattamento di batteriuria asintomatica negli anziani**
- studi su pazienti trattati con antimicrobici per batteriuria asintomatica negli anziani non dimostrano alcun beneficio e mostrano una maggiore incidenza di effetti avversi



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Non prescrivere gli inibitori della colinesterasi per la demenza senza valutazione periodica per testare i benefici cognitivi percepiti e gli effetti gastrointestinali avversi**
- in studi clinici controllati randomizzati, alcuni pazienti con malattia di Alzheimer (AD) lieve-moderata e moderata-grave ottengono benefici modesti nel ritardare il deficit cognitivo e il declino funzionale
- Se gli obiettivi del trattamento non sono raggiunti dopo un periodo ragionevole (ad esempio, 12 settimane) prendere in considerazione la sospensione del farmaco
- Vantaggi oltre un anno non sono stati studiati



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Non raccomandare lo screening per il seno, del colon-retto, della prostata o il cancro ai polmoni senza considerare l'aspettativa di vita**
- Per il cancro alla prostata, 1055 uomini di età avanzata dovrebbero essere sottoposti a screening e 37 dovrebbero essere trattati per evitare 1 decesso in 11 anni.
- Per il seno e il cancro coloretale, 1000 adulti più anziani dovrebbero essere sottoposti a screening per prevenire 1 morte in 10 anni.
- Per il cancro del polmone, gran parte delle prove sul beneficio dello screening TC a basso dosaggio riguardano i soggetti di meno di 65 anni fumatori sani



CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Evitare la prescrizione di stimolanti l'appetito o integratori ad alto contenuto calorico per il trattamento di anoressia o cachessia negli anziani**
- ottimizzare supporti sociali, fornire assistenza alimentare e chiarire gli obiettivi e le aspettative dei pazienti



CHOOSING WISELY

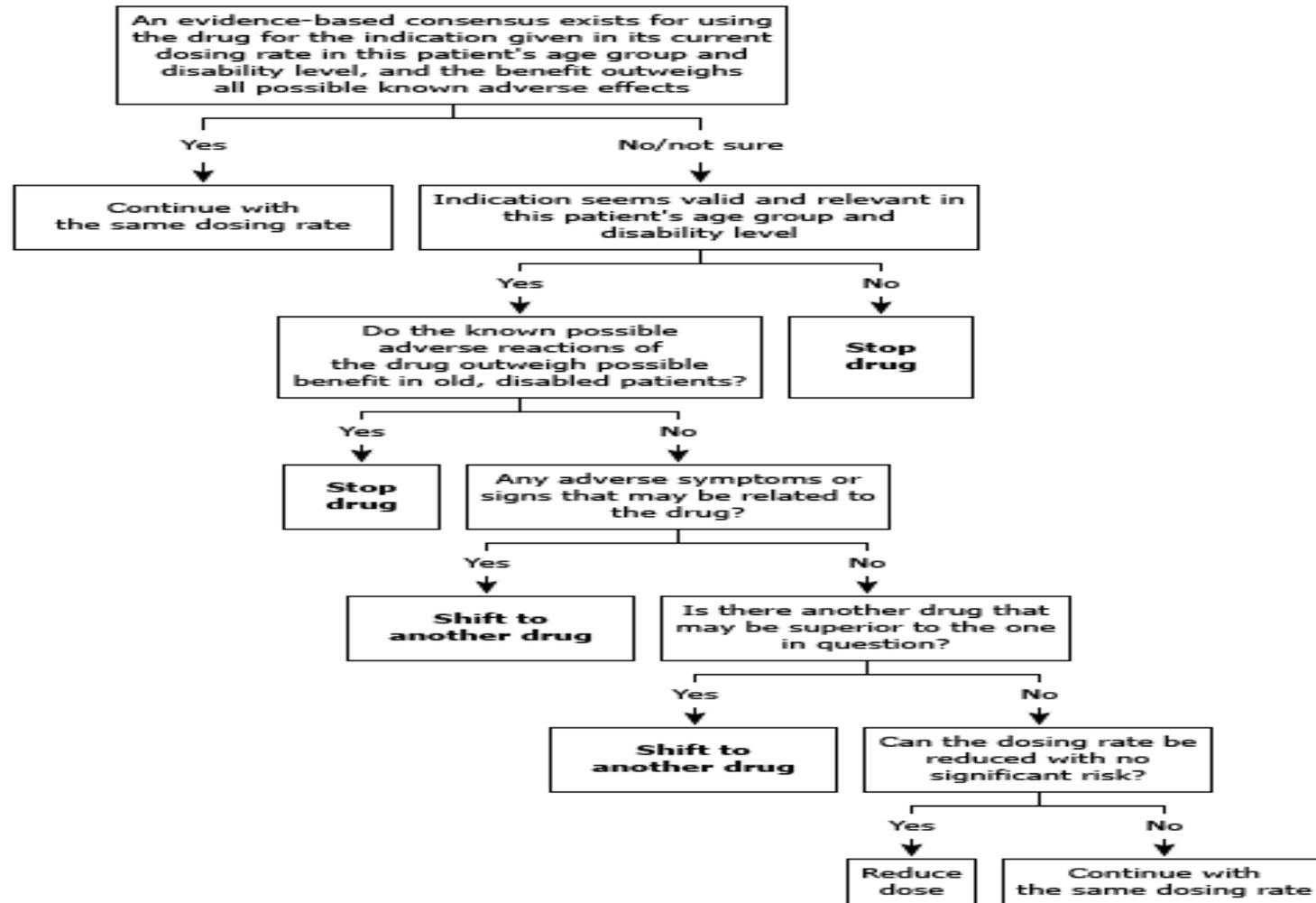
AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Non prescrivere un farmaco senza aver effettuato la revisione della terapia**
- La politerapia può portare ad aderenza ridotta, reazioni avverse da farmaci e aumento del rischio di deterioramento cognitivo, cadute e declino funzionale.
- la revisione della terapia individua farmaci inutili e sottoutilizzati



Medication review

Discuss the following with the patient/guardian



Reproduced with permission from: Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. Arch Intern Med 2010; 170:1648. Copyright © 2010 American Medical Association. All rights reserved.

CHOOSING WISELY

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

- **Evitare la contenzione fisica per gestire i sintomi comportamentali di anziani ospedalizzati con delirium**
- Identificare e gestire le condizioni che causano il disagio del paziente,
- Effettuare modificazioni ambientali per promuovere l'orientamento e cicli sonno-veglia efficaci
- Coinvolgere i familiari il personale di supporto



- 1 Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding.
- 2 Don't use antipsychotics as the first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.
- 3 Avoid using medications other than metformin to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most older adults; moderate control is generally better.
- 4 Don't use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia, agitation, or delirium.
- 5 Don't use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults unless specific urinary tract symptoms are present.
- 6 Don't prescribe cholinesterase inhibitors for dementia without periodic assessment for perceived cognitive benefits and adverse gastrointestinal effects.
- 7 Don't recommend screening for breast, colorectal, prostate, or lung cancer without considering life expectancy and the risks of testing, overdiagnosis, and overtreatment.
- 8 Avoid using prescription appetite stimulants or high-calorie supplements for treatment of anorexia or cachexia in older adults; instead, optimize social supports, discontinue medications that may interfere with eating, provide appealing food and feeding assistance, and clarify patient goals and expectations.
- 9 Don't prescribe a medication without conducting a drug regimen review.
- 10 Don't use physical restraints to manage behavioral symptoms of hospitalized older adults with delirium.

Figure 1: AGS Choosing Wisely Recommendations (as of 2015)



EAPC GUIDELINES RELEVANT TO END-OF-LIFE CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

L'European Association for Palliative Care (EAPC) ha emanato un consensus sull'ottimizzazione delle cure palliative rivolto alla popolazione anziana affetta da demenza che comprende 57 raccomandazioni entro 11 domini

Van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, *et al.* *White paper* defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; **28**: 197–209.



EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE WHITE PAPER –RECOMMENDATIONS FOR APPLICABILITY OF PALLIATIVE CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

- Applicabilità delle cure palliative
- Cura centrata sulla persona, adeguata comunicazione, processo decisionale condiviso
- Definizione degli obiettivi di cura e pianificazione anticipata
- Continuità di cura
- Definizione della prognosi ed individuazione del fine vita
- Contrasto agli accanimenti e trattamenti inutili
- Trattamento ottimale dei sintomi
- Supporto psicosociale e spirituale
- Cura e coinvolgimento della famiglia
- Educazione del team sanitario
- Implicazioni sociali ed etiche



CONFORT CARE PER I PAZIENTI CHE MUOIONO IN OSPEDALE

- La gestione dei sintomi dolorosi è importante in ogni fase della malattia ma diventa un obiettivo primario verso la fine della vita
- I sintomi che colpiscono i pazienti in stato avanzato di malattia sono molteplici
- Sintomi di difficile controllo si presentano in pazienti con cancro avanzato ma anche in insufficienza cardiaca congestizia, BPCO e molte altre condizioni
- N Engl J Med 2015;373:2549-61



COMUNICAZIONE

- Valutare il grado di consapevolezza di malattia e le eventuali preferenze in merito alle informazioni sullo stato di salute e sulle cure da praticare
- Rispondere alle domande nel modo più chiaro possibile
- Coinvolgere i familiari
- Verificare la possibilità del rientro al domicilio assicurando la migliore continuità assistenziale
- Condivisione con tutto il personale coinvolto al fine di assicurare confort ambientale ed evitare procedure inutili



DOLORE

- Trattamento abituale in base all'intensità del sintomo
- Nel caso di irreperibilità venosa utilizzare la via transdermica se già in uso o la via sottocutanea
- Gestire gli effetti collaterali da oppiacei



DISPNEA

- Gli oppiacei sono il trattamento di scelta per tale sintomo sia per via orale che per via venosa fino all'infusione continua quando necessaria
- In alcuni casi quando la dispnea è favorita da stato ansioso si possono utilizzare le benzodiazepine
- In assenza di ipossiemia l'ossigeno non si è rilevato utile (spesso la somministrazione tramite nasocannule peggiora la xerostomia)



TOSSE

- Sintomo molto frequente nel fine vita
- Gli oppioidi agiscono efficacemente sul centro della tosse anche a basse dosi



XEROSTOMIA

- Sospendere i farmaci potenzialmente scatenanti il sintomo e non indispensabili
- Stimolanti della saliva e sostituti



SECREZIONI FARINGEE

- Si verifica in genere quando manca il riflesso della tosse
- Non sono necessari provvedimenti specifici
- Rassicurare i familiari



NAUSEA E VOMITO

- Le cause sono svariate (reazioni a farmaci, gastroparesi, occlusione intestinale, ipertensione endocranica....)
- I farmaci più efficaci sono la metoclopramide, l'alooperidolo, il desametazone per l'ipertensione endocranica, l'ondansetron



ANORESSIA DISIDRATAZIONE

- Non sono possibili trattamenti specifici
- L'idratazione e l'alimentazione artificiale non migliorano la qualità di vita e la sopravvivenza
- Possono essere fonte di aggravamento delle condizioni di compenso emodinamico peggiorando la dispnea
- Nel caso di esigenze specifiche dei familiari si può intervenire con infusione lenta di destrosio



FEBBRE

- Paracetamolo
- Fans
- Steroidi
- Solo in rari casi può essere indicato l'uso di antibiotico (per migliorare eventuali sintomi bronchitici)



DELIRIUM

- Farmaco di prima scelta dopo aver tentato approcci comportamentali l'alooperidolo
- Anche gli antipsicotici atipici si sono rilevati efficaci
- Sconsigliato l'uso di benzodiazepine per frequente effetto paradosso



SEDAZIONE PALLIATIVA

- Quando i sintomi non sono altrimenti controllabili



LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219

TESTAMENTO BIOLOGICO

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.



LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219

TESTAMENTO BIOLOGICO

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata **«fiduciario»**, che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.



LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219

TESTAMENTO BIOLOGICO

- 1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, **può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico**, alla quale il medico e l'*équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.*



La cura globale del paziente anziano non può essere realizzata senza l'applicazione dei principi delle cure palliative.

Il grande numero di pazienti con malattia in stato avanzato e grave impone quindi un'adeguata competenza di base in cure palliative da parte dei medici generalisti, riservando l'intervento dello specialista solo ai casi particolarmente complessi

