

CURE PALLIATIVE
E DIALOGO CON DIVERSE REALTÀ

Gianbattista GUERRINI
Fondazione Brescia Solidale

Fulvio LONATI
Aprire Network

Fondazione Brescia Solidale

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Popolazione residente in Italia 1971 – 2050 (dati ISTAT)

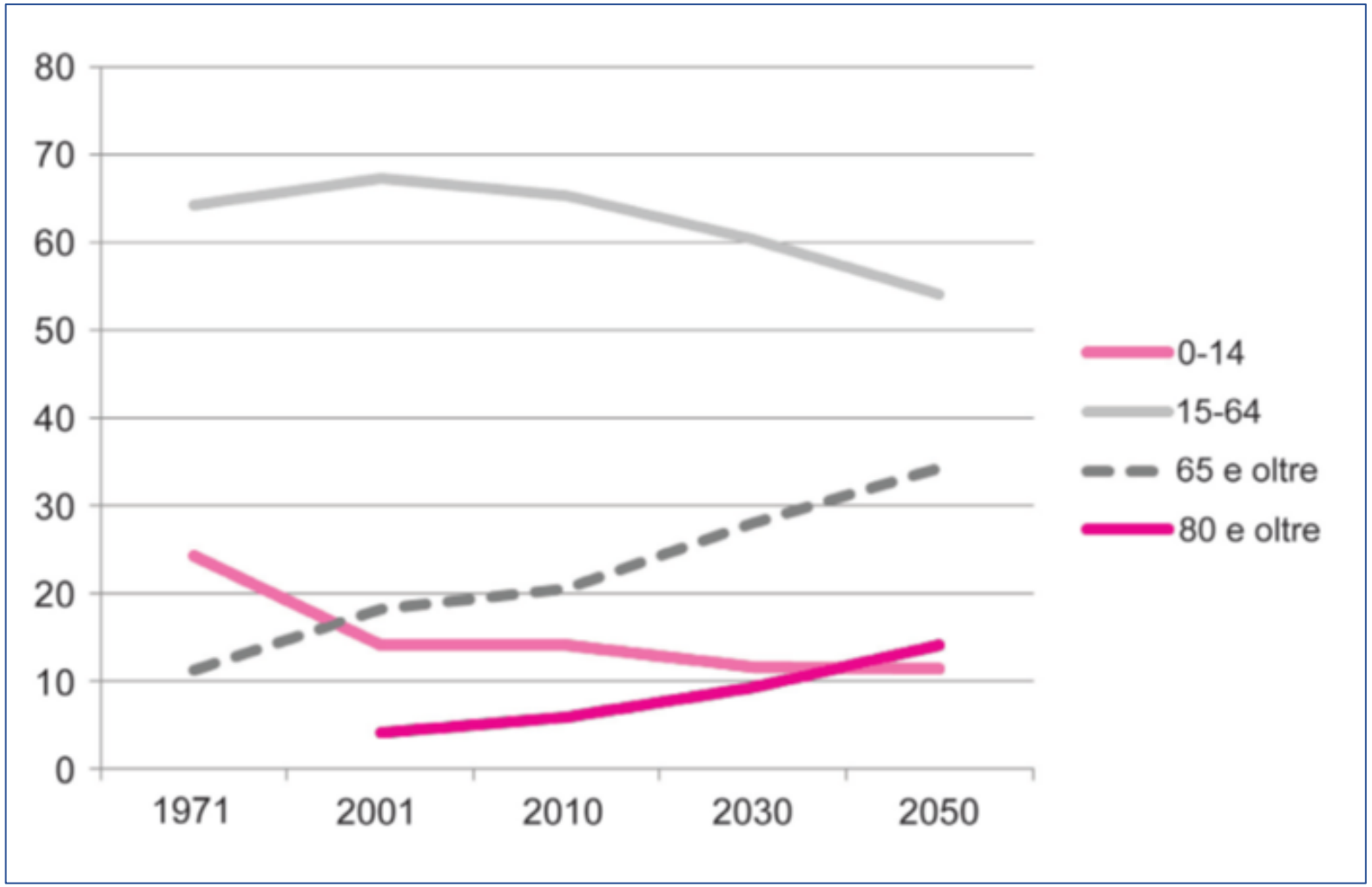
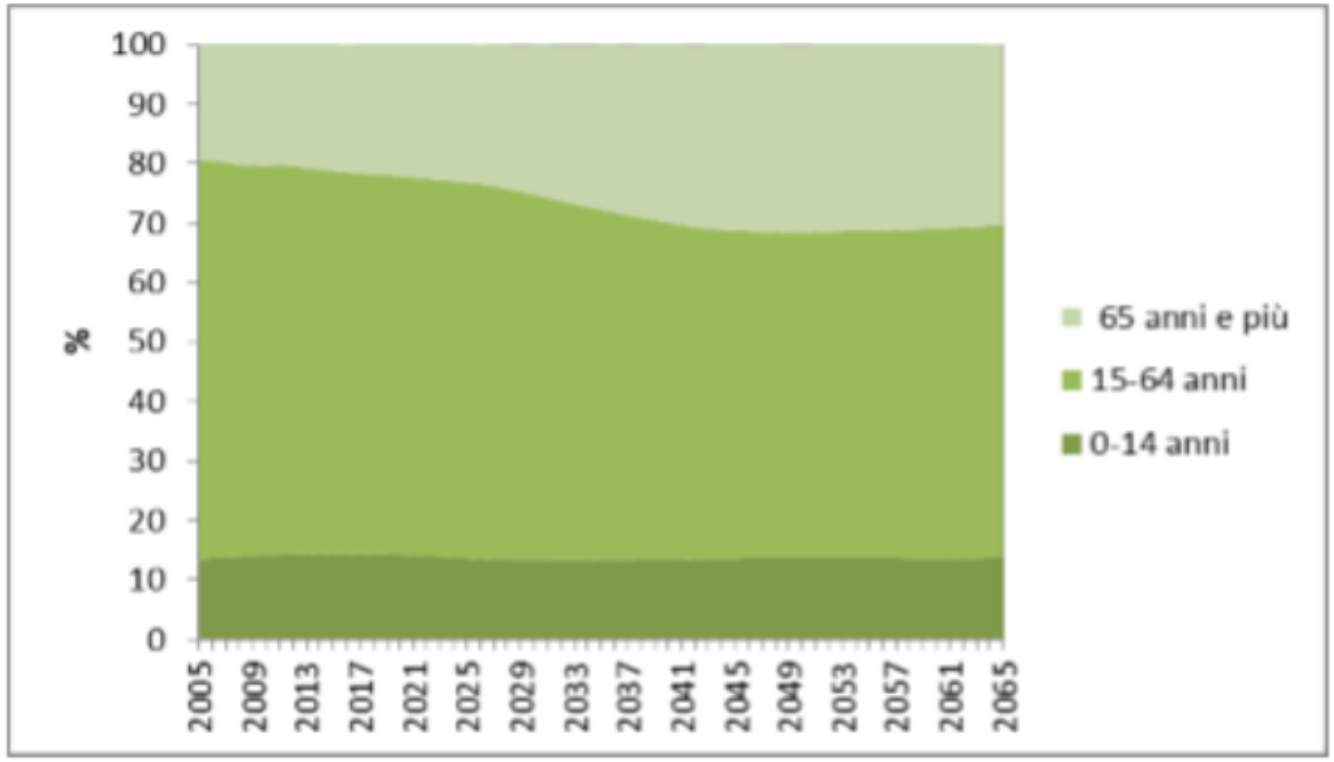


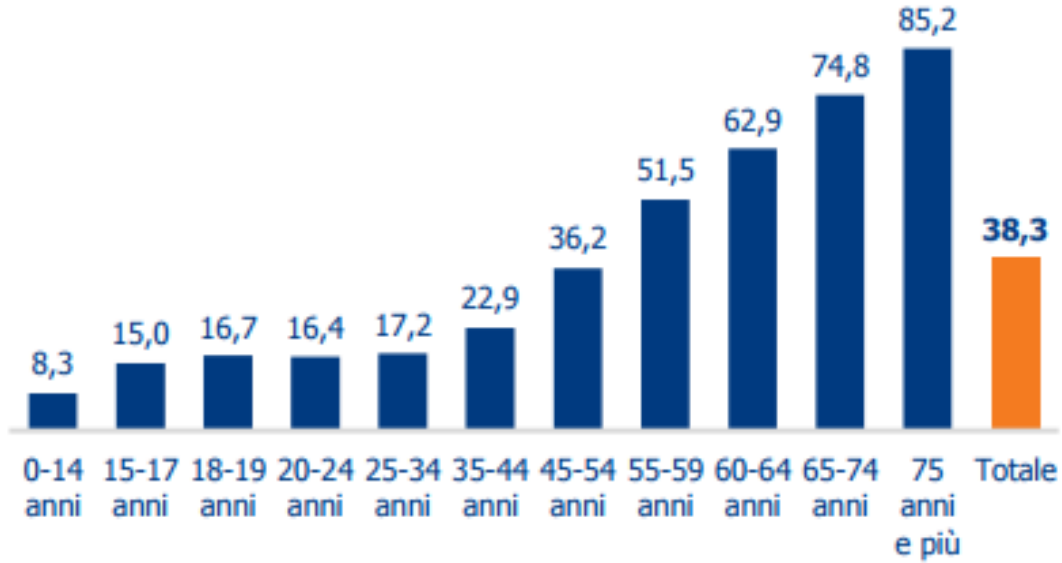
Figura 5. Proiezioni demografiche 2005-2065 della popolazione lombarda
(elaborazione di dati ISTAT)

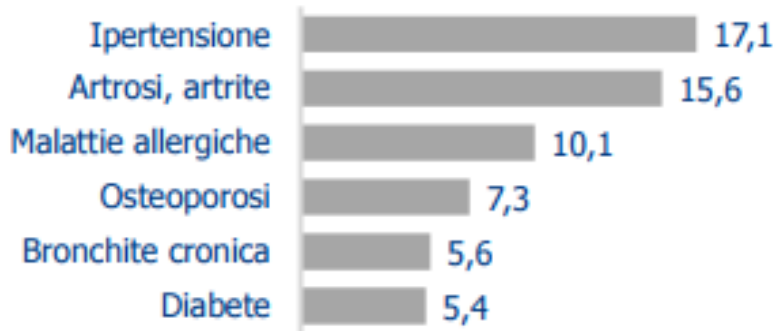


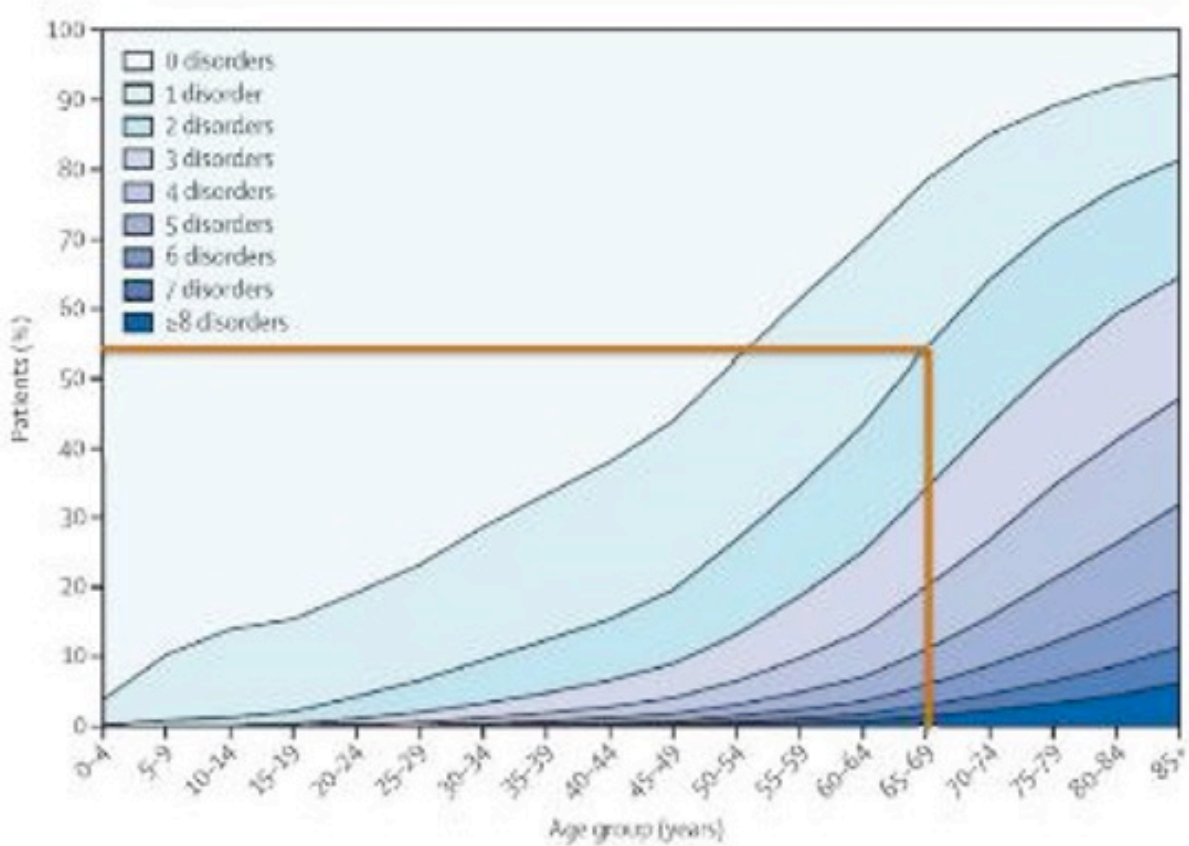
Nel 2030 in Lombardia:

- ✓ 3 milioni di ultra65enni
- ✓ 3 persone >65 anni per 2 < 20 anni
- ✓ 1 milione ultra80enni

Presenza di almeno una malattia cronica per fasce d'età (%) e **malattie croniche più diffuse** (% sulla popolazione totale), 2015







La frazione di popolazione con multimorbidità aumenta sostanzialmente con l'età. Se consideriamo la popolazione con più di 60 anni l'incidenza di due o più malattie supera il 50%. (Modificata da Barnett et al Lancet 2012).

Piano Nazionale della Cronicità, 2016

PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	**46,4**	**43,4**	**44,7**	**42,4**	**55,2**	**49,6**	**15,7**	**28,7**	**23,1**	**12,7**	**17,0**	**15,2**

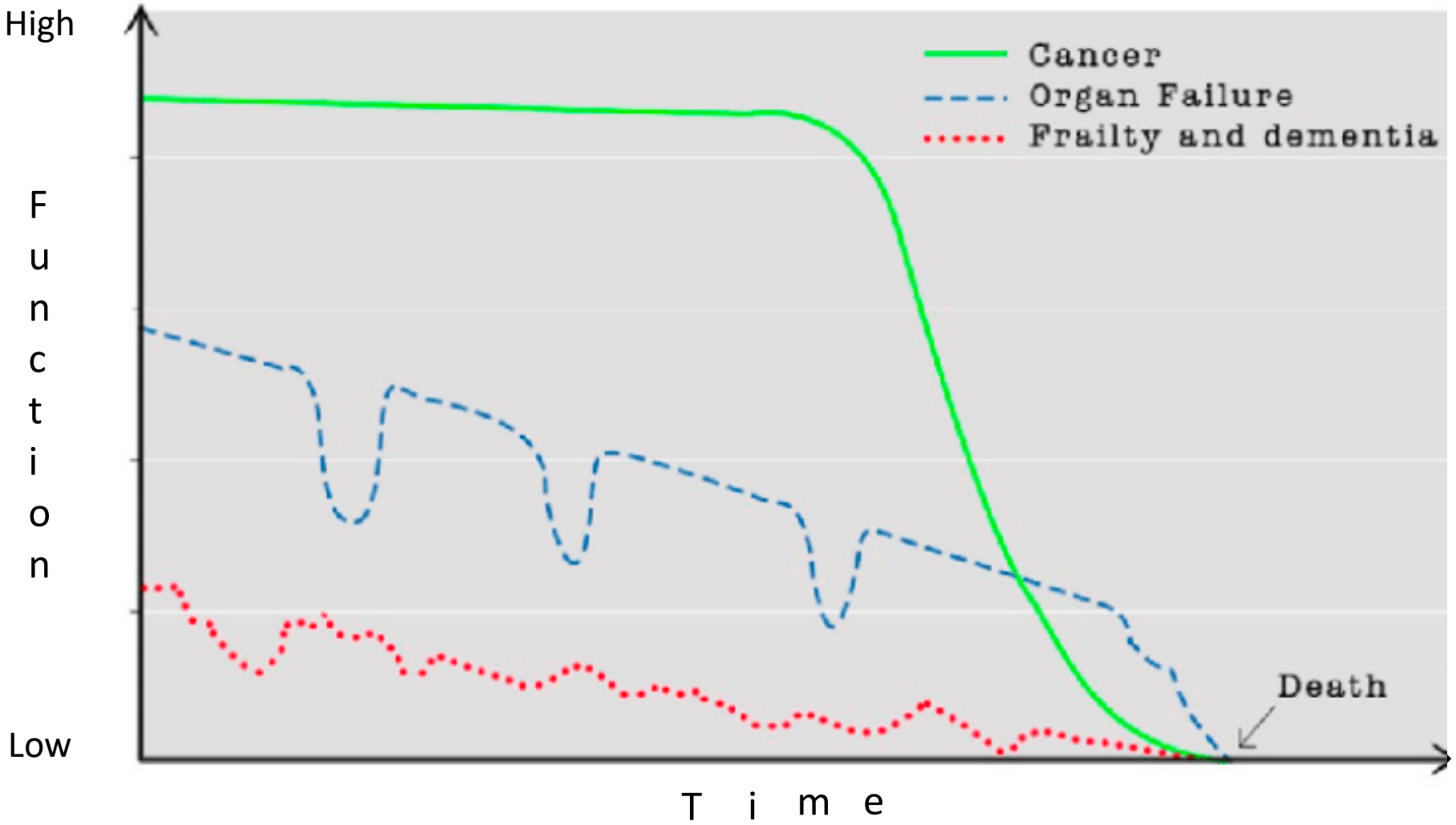
PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	**46,4**	**43,4**	**44,7**	**42,4**	**55,2**	**49,6**	**15,7**	**28,7**	**23,1**	**12,7**	**17,0**	**15,2**

Età x	Sopravviventi l_x	Decessi d_x	Probabilità di morte (per mille) q_x	Anni vissuti L_x	Probabilità prospettive di sopravvivenza p_x	Speranza di vita e_x
0-4	100000	345	3.44568	498435	0.9994940	82.703
5-9	99655	37	0.37575	498183	0.9996073	77.986
10-14	99618	45	0.45552	497987	0.9992899	73.014
15-19	99573	102	1.02938	497633	0.9987172	68.046
20-24	99470	146	1.47119	496995	0.9984505	63.113
25-29	99324	159	1.59971	496225	0.9982339	58.203
30-34	99165	200	2.02166	495348	0.9975736	53.292
35-39	98964	292	2.94610	494147	0.9962688	48.394
40-44	98673	454	4.60459	492303	0.9940512	43.529
45-49	98218	741	7.54762	489374	0.9904416	38.718
50-54	97477	1155	11.84611	484697	0.9848401	33.993
55-59	96322	1845	19.15281	477349	0.9753975	29.368
60-64	94478	2915	30.85392	465605	0.9604903	24.889
65-69	91563	4546	49.65126	447209	0.9369380	20.596
70-74	87016	7002	80.46646	419007	0.8936747	16.533
75-79	80016	10857	135.68868	374456	0.8188747	12.743
80-84	69157	16806	243.01070	306632	0.6762961	9.329
85-89	52351	22180	423.67954	207374	0.4761596	6.467
90-94	30171	19503	646.40642	98743	0.2839836	4.347
95-99	10668	8544	800.82764	28041	0.1488559	3.039
100-104	2125	1975	929.32624	4174	0.0494139	2.063
105-109	150	148	985.10054	206	0.0107495	1.388
110-114	2	2	998.05061	2	0.0015086	0.992
115-119	0	0	999.83800	0	0.0001356	0.767

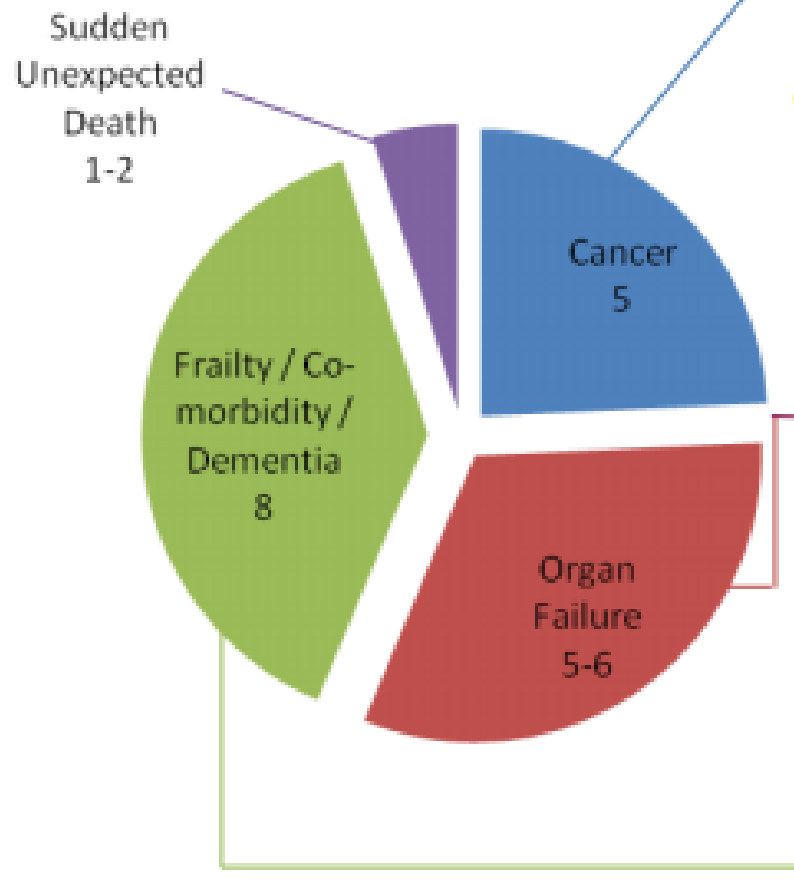
ISTAT, 2017

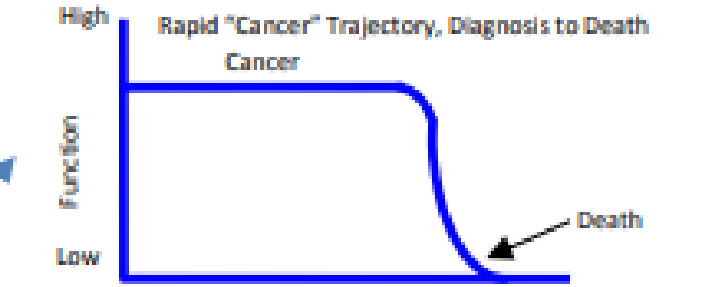
The three typical end-of-life trajectories

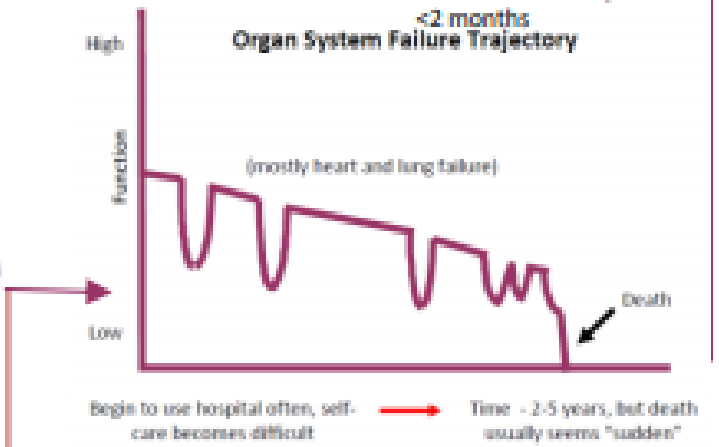


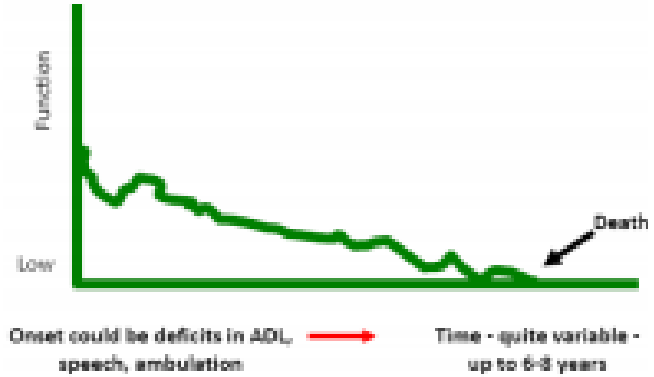
Da: Murray and McLoughlin, 2012 (modif.)

Average GP's workload – average 20 deaths/GP/year approx. proportions





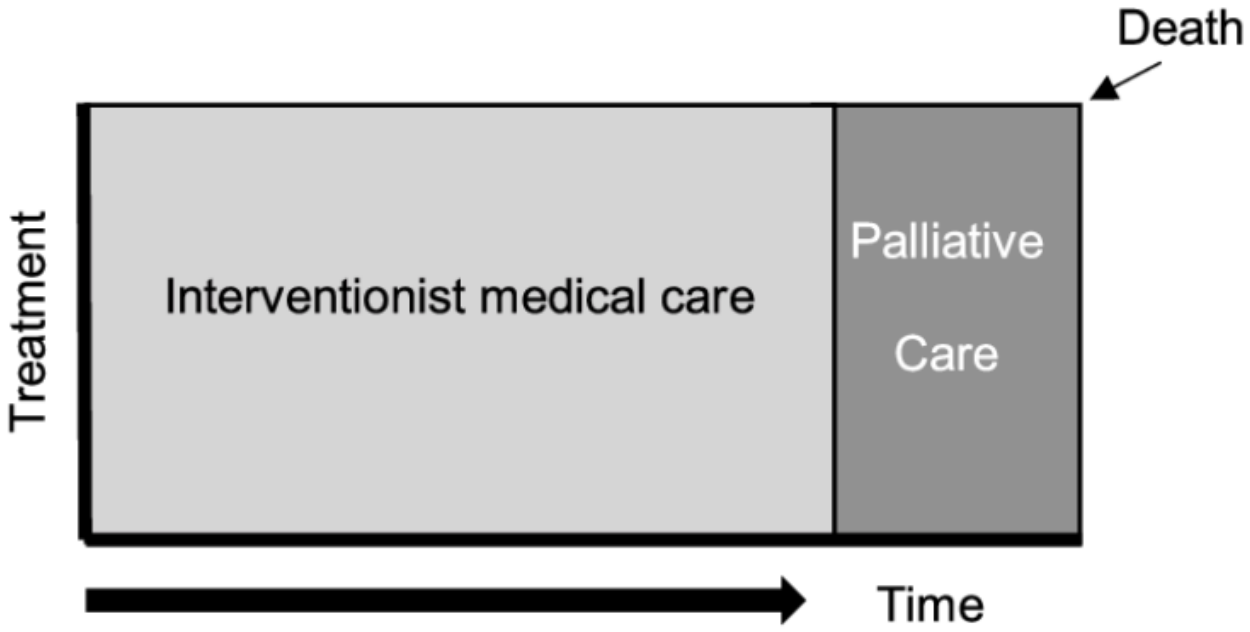




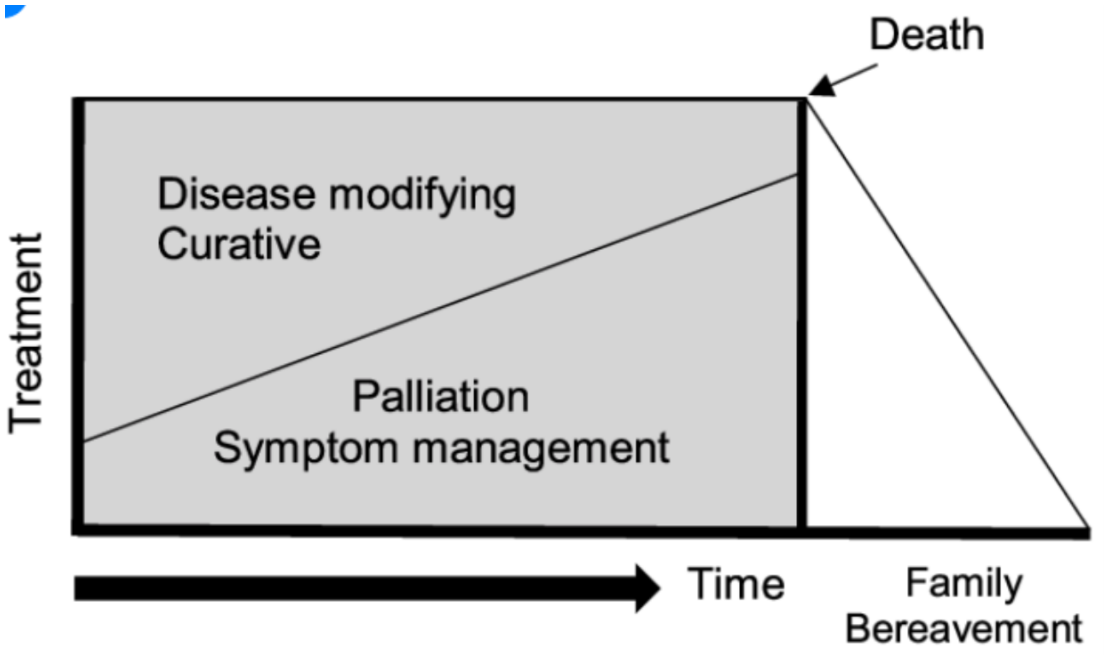
NOT JUST THE DYING!

P A L L I A T I V E C A R E

LATE



EARLY



Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families…

… is applicable *early in the course of illness*, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life

…and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications

Sepúlveda C et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Sympton Management, 2002

CONFERENZA DI CONSENSO

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

La conferenza di consenso: quando scegliere questo metodo per produrre raccomandazioni - 1-



Quando l'argomento da trattare:

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

Sistema nazionale per le linee guida **COME ORGANIZZARE UNA CONFERENZA DI CONSENSO**

Data di pubblicazione: novembre 2009 Data di aggiornamento: novembre 2013

La conferenza di consenso: quando scegliere questo metodo per produrre raccomandazioni - 2 -



Quando sull'argomento da trattare:

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

La conferenza di consenso: quando scegliere questo metodo per produrre raccomandazioni - 3-



Quando sull'argomento da trattare:

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

Perché una conferenza di consenso

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

Perché una conferenza di consenso

In tutti i setting di cura e assistenza (ospedale, strutture socio sanitarie, cure intermedie e assistenza domiciliare) si osserva la **difficoltà a riconoscere il bisogno di cure palliative nel grande anziano**, ovvero quando la cura e l'assistenza, da preventiva, curativa, riabilitativa debba esclusivamente assicurare interventi che massimizzino il comfort, il controllo dei sintomi disturbanti con l'obiettivo di garantire la qualità della vita.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Obiettivi della conferenza di consenso

Raggiungere, attraverso un processo formale, un accordo tra diverse figure rispetto a questioni sanitarie particolarmente controverse e complesse, favorendo la scelta di orientamenti il più possibile uniformi nella pratica clinica nell'ottica di fornire ai pazienti la migliore qualità di cura in rapporto alle risorse disponibili.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0



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

Comitato Tecnico Scientifico

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Panel della giuria		
Fulvio Borromei	MMG	Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Flavia Caretta	Medico Geriatra	Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)
Mariangela Cogoni	Infermiera	Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)
Renato Fanelli	MMG	Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG)
Giuseppe Galetti	Medico Geriatra	Società Italiana di Geriatria Ospedale Territorio (SIGOT)
David Lazzari	Psicologo	Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP)

Panel della giuria		
Italo Penco		Presidente Società Italiana Cure Palliative (SICP)
Marco Picozzi		Direttore Centro di Ricerca in Etica Clinica Università dell'Insubria Varese
Stefano Pieretti		Primo Ricercatore presso Istituto Superiore di Sanità (ISS)
Salvatore Putignano	Medico Geriatra	Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE)
Consuelo Rota	Infermiera	Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)
Flaminia Rozzi	Infermiera	Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC)
Marco Trabucchi		Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP)

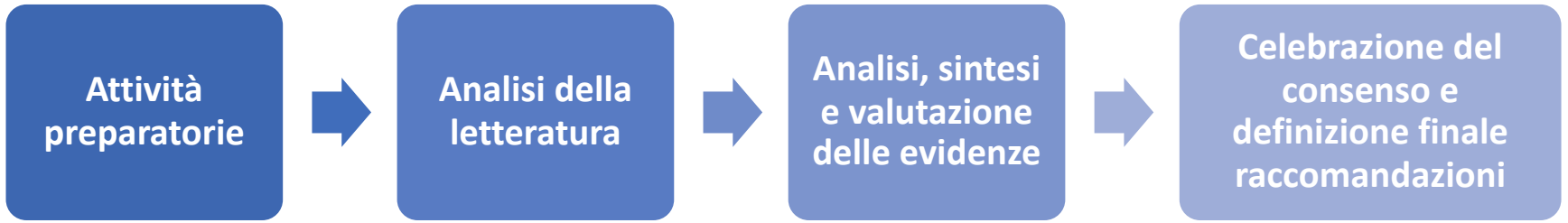
Cure palliative nel grande anziano a domicilio, nelle residenze e in hospice

Obiettivi della Conferenza di consenso:

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Tappe della Conferenza di consenso



Marzo-Giugno 2017

Giugno-Dicembre 2017

Gennaio-Aprile 2018

Ottobre 2018

CONFERENZA DI CONSENSO

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



7 Gennaio 2019

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

Parte 1

ASPETTI METODOLOGICI

e DEFINIZIONE DEL PROBLEMA



- **Grande anziano: definizione**
- **Il vissuto odierno del morire**
- **Desideri e preferenze nel grande anziano con limitata attesa di vita: comunicazione della prognosi e pianificazione delle cure**
- **Cambio di paradigma: gestione dei sintomi e qualità della vita**

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

Parte 2

INTERVENTI

1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative
2. Discussione sul fine vita e pianificazione anticipata delle cure
3. Modelli infermieristici di assistenza palliativa al grande anziano
4. Nutrizione e idratazione artificiale
5. Valutazione e gestione del dolore nella persona non comunicante
6. Appropriatezza delle terapie farmacologiche e delle indagini diagnostiche nei pazienti anziani con aspettativa di vita limitata
7. Interventi di supporto alla famiglia



Parte 1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Il «grande anziano»

- età molto avanzata (>85);
- progressiva difficoltà a ricostruire nuovi equilibri clinico-funzionali in risposta alle modificazioni indotte dal processo di invecchiamento, dall'accumularsi negli anni delle conseguenze della (poli)patologia cronica e dal rapporto con il contesto di vita
- condizione di crescente "fragilità" quale stato di maggiore vulnerabilità agli stress che comporta un aumentato rischio di disabilità, declino funzionale, maggiore ospedalizzazione e mortalità
- coesistenza di multiple malattie croniche (e di politerapia)
- alto rischio o presenza di "disabilità" funzionale, per lo più con le caratteristiche della disabilità progressiva (Ferrucci et al. 1996);
- elevata prevalenza di compromissione cognitiva;
- necessità di supporto sociosanitario e, non raramente, debolezza della rete di supporto familiare e di prossimità.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Cura del grande anziano ed approccio palliativo

- individuare come obiettivo prioritario della cura il benessere possibile della persona anziana, soprattutto di quella più “fragile”, e la sua autonomia, non solo funzionale ma decisionale
- valutare criticamente l’influenza sulla qualità della vita di ogni problematica – e non solo clinica, ma anche funzionale e psico-sociale (VMD)
- definire una gerarchia dei problemi/bisogni/interventi
- mantenere l’equilibrio tra accanimento terapeutico ed abbandono (ageism) integrando la medicina dell’evidenza con la presa in carico multidimensionale, l’approccio funzionale e la valorizzazione dei nuovi equilibri clinico-funzionali

(necessità e difficoltà di) identificare tempestivamente la persona anziana che ha necessità soprattutto di cure paliative

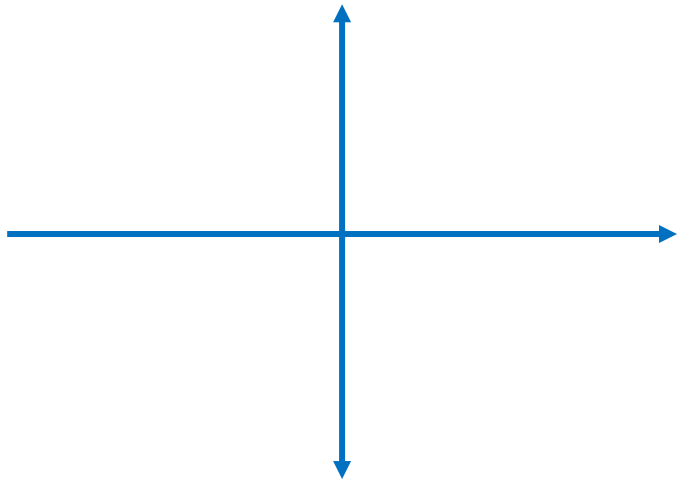
- limitare sempre più, fino ad interrompere, trattamenti che possono essere appunto *clinicamente inappropriati ed eticamente sproporzionati*

- privilegiare la cura della persona e il controllo dei sintomi disturbanti delle malattie

- valutare tutti gli interventi non solo terapeutici ed assistenziali (di care, di nursing) ma anche diagnostici ed organizzativi alla luce della *massima possibile* qualità di vita /benessere del paziente e dei valori/preferenze/bisogni da lui espressi

Prospettive
realistiche
Priorità
Proporzionalità

Interventi:
- Assistenziali
- Terapeutici
- Diagnostici
- Organizzativi



Obiettivi:
- Qualità della vita
- Benessere

Valori
Preferenza
Bisogni

Parte 1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

- La precoce identificazione dei grandi anziani che potrebbero beneficiare di interventi palliativi si è dimostrata efficace sia per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita degli anziani e dei loro famigliari, sia per una riduzione dei costi a fronte di una migliore appropriatezza degli interventi (Hall et al., 2008).
- 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 ... migliora la gestione del dolore e degli altri sintomi disturbanti (dispnea, affaticamento) e l'appropriatezza delle terapie farmacologiche ... riduce l'utilizzo di interventi invasivi come contenzione fisica e PEG (Cimino & McPherson, 2014)

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Parte 1. Identificazione del grande anziano che necessita di cure palliative

- Quali indicatori identificano la prognosi e il bisogno di cure palliative nel grande anziano?
- Esistono indici prognostici di mortalità in grado di migliorare l'affidabilità prgnostica?
- Esitono affidabili strumenti di valutazione del bisogno di cure palliative?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

- Le variabili centrate sulla malattia, se utilizzate da sole, hanno dimostrato una bassa capacità prognostica, in particolare per i pazienti geriatrici con condizioni croniche multiple
- Altri fattori hanno dimostrato di essere indicatori di fine vita più affidabili: lo stato funzionale e cognitivo, gli indicatori nutrizionali, i problemi emotivi; le sindromi geriatriche (delirium, disfagia, ulcere da pressione, ripetute cadute); sintomi quali dispnea e ansia; la vulnerabilità sociale e l'uso delle risorse (Amblàs-Novellas et al., 2015)
- L'integrazione della valutazione multidimensionale con l'approccio palliativo è ritenuta particolarmente importante nella cura e nell'assistenza alle persone che affrontano le fasi terminali della propria vita (Baronner & MacKenzie, 2017; Swagerty, 2017).

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Indicatori	Anziani a domicilio	Anziani ospedalizzati	Anziani istituzionalizzati
Nutrizionali	Perdita, negli ultimi 6 mesi, di più del 10% del peso.	MNA short form <12 Albumina < 3,5	Body Mass Index <22; Perdita di peso > 5Kg nei 30 giorni precedenti o >10 Kg nei 180 giorni precedenti Presenza di disfagia con più del 25% di alimenti non consumati
Stato funzionale	Perdita (non iatrogena) negli ultimi 6 mesi di 2 o più ADL	Barthel index all'ammissione < 65 Dipendenza in >4 ADL	Dipendenza non iatrogena in tutte le attività di base della vita quotidiana (ADL) Presenza di incontinenza fecale Confinamento a letto Presenza di uno stato soporoso per la maggior parte della giornata.
Funzione cognitiva		Delirium + (DSM-IV) Mental Status Questionnaire <9	

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Thomas et al, 2014;
Amblàs-Novellas et al, 2016

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
- la funzione cognitiva.

Il loro progressivo peggioramento aumenta il rischio di mortalità a 12 mesi.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

Yourman et al (2012) hanno esaminato 21.593 lavori per identificare 16 indici che predicono il rischio di mortalità negli anziani in una varietà di contesti clinici: comunità (6 indici), casa di riposo (2 indici), e ospedale (8 indici).

Gli autori della revisione concludono affermando che non ci sono prove sufficienti per raccomandare l'uso sistematico degli indici prognostici nella pratica clinica.

Thomazeau et al (2017) hanno valutato l'efficacia di 22 strumenti nell'individuare il rischio di mortalità (a 3, 6, 12 mesi) in soggetti anziani ospedalizzati in un reparto per acuti.

Gli autori della revisione concludono affermando che la disponibilità di uno strumento di valutazione del rischio di mortalità negli anziani ricoverati in un reparto ospedaliero per acuti potrebbe aiutare la gestione di questi pazienti, per orientare meglio l'approccio clinico ed attivare se necessario le cure palliative.

Indici prognostici di mortalità nelle persone affette da demenza

Scarsa capacità prognostica:

- Functional Assessment Staging scale (FAST) (Reisberg, 1988)
- Advanced Dementia Prognostic Tool (ADEPT) (Mitchell et al, 2010)

Buona capacità prognostica:

- Clinical Dementia Rating scale (CDR) versione estesa (Dooneief et al, 1996
- Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANS-S) (Volicer et al, 1994; Bellelli et al, 1997)

Brown et al., 2013

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

Non vi sono al momento evidenze che l’utilizzo routinario degli indici prognostici per l’identificazione del grande anziano con aspettativa di vita limitata migliori l’affidabilità prognostica.

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.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 3

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

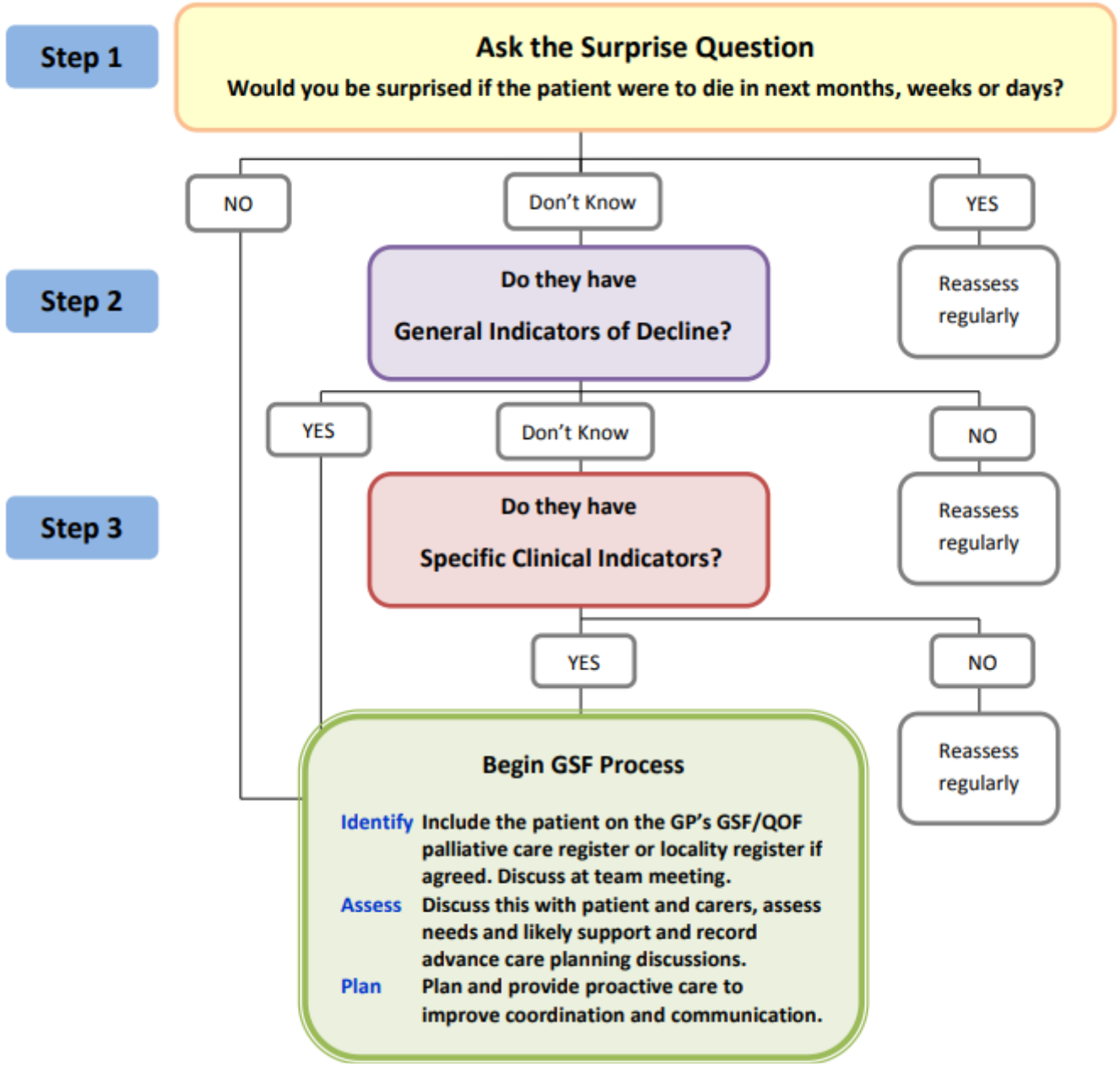
APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Strumenti di screening utilizzati in primary care (Maas et al, 2013; Walsh et al, 2015)

- Surprising Question (SQ)
- P.I.G.: Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance (UK, 2014)
- S.P.I.C.T.: 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)
- A QUICK GUIDE to Identifying Patients for Supportive and Palliative Care sviluppato (UK, 2011).

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

the gold standards framework®



the gold standards framework®

Step 1 The Surprise Question

For patients with advanced disease of progressive life limiting conditions - Would you be surprised if the patient were to die in the next few months, weeks, days?

- The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, co-morbidity, social and other factors that give a whole picture of deterioration. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?

Step 2 General Indicators

Are there general indicators of decline and increasing needs?

- Decreasing activity – functional performance status declining (e.g. Barthel score) limited self-care, in bed or chair 50% of day) and increasing dependence in most activities of daily living
- Co-morbidity is regarded as the biggest predictive indicator of mortality and morbidity
- General physical decline and increasing need for support
- Advanced disease - unstable, deteriorating complex symptom burden
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility
- Choice of no further active treatment
- Progressive weight loss (>10%) in past six months
- Repeated unplanned/crisis admissions
- Sentinel Event e.g. serious fall, bereavement, transfer to nursing home
- Serum albumen <25g/l
- Considered eligible for DS1500 payment

Functional Assessments

Barthel Index describes basic Activities of Daily Living (ADL) as 'core' to the functional assessment. E.g. feeding, bathing, grooming, dressing, continence, toileting, transfers, mobility, coping with stairs etc .

PULSE 'screening' assessment - P (physical condition); U (upper limb function);
L (lower limb function); S (sensory);
E (environment).

Karnofksy Performance Status Score
0-100 ADL scale .

WHO/ECOG Performance Status
0-5 scale of activity.

the gold standards framework

Step 3

Specific Clinical Indicators - flexible criteria with some overlaps, especially with Those with frailty and other co-morbidities.

a) Cancer – rapid or predictable decline

Cancer

- Metastatic cancer
- More exact predictors for cancer patients are available e.g. PiPS (UK validated Prognosis in Palliative care Study). PPI, PPS etc. 'Prognosis tools can help but should not be applied blindly'
- 'The single most important predictive factor in cancer is performance status and functional ability' - if patients are spending more than 50% of their time in bed/lying down, prognosis is estimated to be about 3 months or less.

b) Organ Failure – erratic decline

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

At least two of the indicators below:

- Disease assessed to be severe (e.g. FEV1 <30% predicted)
- Recurrent hospital admissions (at least 3 in last 12 months due to COPD)
- Fulfils long term oxygen therapy criteria
- MRC grade 4/5 – shortness of breath after 100 metres on the level of confined to house
- Signs and symptoms of right heart failure
- Combination of other factors – i.e. anorexia, previous ITU/NIV resistant organisms
- More than 6 weeks of systemic steroids for COPD in preceding 6 months.

Heart Disease

At least two of the indicators below:

- CHF NYHA Stage 3 or 4 - shortness of breath at rest on minimal exertion
- Patient thought to be in the last year of life by the care team - The 'surprise question'
- Repeated hospital admissions with heart failure symptoms
- Difficult physical or psychological symptoms despite optimal tolerated therapy.

Renal Disease

Stage 4 or 5 Chronic Kidney Disease (CKD) whose condition is deteriorating with at least 2 of the indicators below:

- Patient for whom the surprise question is applicable
- Patients choosing the 'no dialysis' option, discontinuing dialysis or not opting for dialysis if their transplant has failed
- Patients with difficult physical symptoms or psychological symptoms despite optimal tolerated renal replacement therapy
- Symptomatic Renal Failure – nausea and vomiting, anorexia, pruritus, reduced functional status, intractable fluid overload.

General Neurological Diseases

- Progressive deterioration in physical and/ or cognitive function despite optimal therapy
- Symptoms which are complex and too difficult to control
- Swallowing problems (dysphagia) leading to recurrent aspiration pneumonia, sepsis, breathlessness or respiratory failure
- Speech problems: increasing difficulty in communications and progressive dysphasia. Plus the following:

Motor Neurone Disease

- Marked rapid decline in physical status
- First episode of aspirational pneumonia
- Increased cognitive difficulties
- Weight Loss
- Significant complex symptoms and medical complications
- Low vital capacity (below 70% of predicted using standard spirometry)
- Dyskinesia, mobility problems and falls
- Communication difficulties.

Parkinson's Disease

- Drug treatment less effective or increasingly complex regime of drug treatments
- Reduced independence, needs ADL help
- The condition is less well controlled with increasing "off" periods
- Dyskinesias, mobility problems and falls
- Psychiatric signs (depression, anxiety, hallucinations, psychosis)
- Similar pattern to frailty- see below.

Multiple Sclerosis

- Significant complex symptoms and medical complications
- Dysphagia + poor nutritional status
- Communication difficulties e.g. Dysarthria + fatigue
- Cognitive impairment notably the onset of dementia.

c) Frailty / Dementia – gradual decline

Frailty

Individuals who present with Multiple co morbidities with significant impairment in day to day living and:

- Deteriorating functional score e.g. performance status – Barthel/ECOG/Karnofksy
- Combination of at least three of the following symptoms:
  - weakness
  - slow walking speed
  - significant weight loss
  - exhaustion
  - low physical activity
  - depression.

Stroke

- Persistent vegetative or minimal conscious state or dense paralysis
- Medical complications
- Lack of improvement within 3 months of onset
- Cognitive impairment / Post-stroke dementia.

Dementia

There are many underlying conditions which may lead to degrees of dementia and these should be taken into account. Triggers to consider that indicate that someone is entering a later stage are:

- Unable to walk without assistance and
- Urinary and faecal incontinence, and
- No consistently meaningful conversation and
- Unable to do Activities of Daily Living (ADL)
- Barthel score <3.

Plus any of the following:

- Weight loss
- Urinary tract Infection
- Severe pressures sores – stage three or four
- Recurrent fever
- Reduced oral intake
- Aspiration pneumonia.

It is vital that discussions with individuals living with dementia are started at an early to ensure that whilst they have mental capacity they can discuss how they would like the later stages managed.

NECPAL CCOMS-ICO©

(Necesidades Paliativas - Bisogni di Cure Palliative)

STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA-TERMINALE CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

1. LA DOMANDA SORPRENDENTE - Una domanda intuitiva che considera in modo integrato comorbidità, aspetti sociali e altri fattori.		
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ **NO**	☐ si

2. SCELTA/RICHIESTA O BISOGNO[1]- esaminare se alcune risposte alle seguenti domande sono affermative.		
Scelta/Richiesta: Il paziente con malattia in fase avanzata o il suo principale caregiver hanno richiesto un approccio palliativo, in modo esplicito o implicito? Propongono una limitazione o rifiutano trattamenti specifici con finalità curative ?	☐ **SÌ**	☐ no
Bisogni : Ritieni che questo paziente richieda in questo momento cure palliative o un trattamento con approccio palliativo?	☐ **SÌ**	☐ no

3. INDICATORI CLINICI GENERALI DI GRAVITA' E PROGRESSIONE- valuta l'eventuale presenza dei seguenti criteri di gravità e fragilità estrema.		
Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli **ultimi 6 mesi**: o **Severità** : albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti o **Progressione**: perdita di peso > 10% o **Percezione clinica** di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	☐ **SÌ**	☐ no
Marcatori funzionali, almeno uno dei seguenti, negli **ultimi 6 mesi**: o **Severità:** dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) o **Progressione**: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico o **Percezione clinica** di un deterioramento funzionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti	☐ **SÌ**	☐ no
Altri marcatori di severità e fragilità estrema, almeno 2 dei seguenti negli **ultimi 6 mesi**: o Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) o Infezioni ricorrenti (>1) o Stato confusionale acuto (delirium) o Disfagia persistente o Cadute (>2)	☐ **SÌ**	☐ no
Presenza di **stress emotivo** con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	☐ **SÌ**	☐ no
Ulteriori fattori di utilizzo di risorse. Una qualsiasi delle seguenti: o 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno o Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio	☐ **SÌ**	☐ no
Comorbidità ≥ 2 patologie concomitanti	☐ **SÌ**	☐ no

4. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE PER PATOLOGIA - esplora la presenza di criteri oggettivi di prognosi infausta per le seguenti patologie:		
Cancro (è sufficiente la presenza di **un criterio**)	☐ **SÌ**	☐ no
o Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi : neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi di organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare) o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) o Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico		

MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)	☐ **SÌ**	☐ no
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato o Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%. o Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso o Insufficienza cardiaca sintomatica o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)		

MALATTIE CARDIACHE (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)	☐ **SÌ**	☐ no
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile o Dispnea a riposo o per sforzi minimi. o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato o In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg) o Insufficienza renale (FG <30%) o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (> 3 nell'ultimo anno)		

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (1) Stroke (richiede la presenza di **un solo criterio**)	☐ **SÌ**	☐ no
o Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni o Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1) , febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo antibioticoterapia per più di 7 giorni), lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke		

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (2): SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza **di due o più** dei seguenti criteri)	☐ **SÌ**	☐ no
o Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale o Sintomi complessi e di difficile controllo o Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare o Disfagia progressiva o Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria		

MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di **un solo criterio**)	☐ **SÌ**	☐ no
o Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS o Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)		

MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di **un solo criterio**)	☐ **SÌ**	☐ no
o Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati		

DEMENZA (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)	☐ **SÌ**	☐ no
o Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata , 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7)(Global Deterioration Scale/Function Assesment Staging Test) o Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale. o Utilizzo di Risorse : ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, setticemia,etc. che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)		

Strumenti di screening utilizzati negli anziani istituzionalizzati (Hermans et al, 2014)

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 3

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

La revisione sistematica ha identificato cinque strumenti: tra questi da un punto di vista psicometrico la **McMaster Quality of Life Scale - MQLS** è stata validata più accuratamente rispetto agli altri strumenti. Tuttavia, lo strumento più completo in termini di contenuto è **l'interRAI Palliative Care instrument (interRAI PC).**

Lo strumento si articola in 74 item ed è diviso in 17 sezioni. E' validato per i residenti delle case di riposo con esigenze di cure palliative. Nonostante il numero di item, lo strumento richiede solo 20 minuti per completarlo.

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

Strumenti di screening utilizzati nei servizi di emergenza-urgenza (George et al, 2016)

- 4 studi (su 7 in totale) sono riferiti a persone anziane
  - con una condizione clinica avanzata
  - con più malattie croniche
  - a rischio di ripetuti accessi a servizi per l'emergenza-urgenza
  - con una demenza avanzata
- 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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 3

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

Benchè:

- gli strumenti analizzati non siano stati validati ed ampiamente implementati
- la loro accuratezza prognostica sia limitata (un recente studio in un'ampia popolazione di soggetti ultra 65enni anche istituzionalizzati ha dimostrato che l'accuratezza prognostica di SQ e NECPAL è di 52,9% e 55,2% rispettivamente)
- alcuni strumenti aggiungano poco alla capacità clinica di geriatri esperti

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 3

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

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.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Parte 2. Gli interventi palliativi nel grande anziano

- La discussione sulla pianificazione anticipata delle cure
- L'assistenza infermieristica palliativa
- L'alimentazione e l'idratazione
- La valutazione del dolore nella persona non comunicante
- La terapia farmacologica e gli accertamenti diagnostici
- La gestione delle infezioni

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 6

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 6

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

La revisione della Cochrane afferma che, in assenza di studi di buona qualità per formulare raccomandazioni relative all'uso della nutrizione medicalmente assistita nei pazienti in cure palliative, **i medici devono assumere una decisione in base ai benefici attesi e alle possibili complicanze nella singola situazione**.

La nutrizione artificiale va prescritta, e quindi iniziata, quando vi è 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.

Good P, Richard R, Syrmis W, Stephens J, Good P, Richard R, et al. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients (Review) Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. Cochrane Database Syst Rev. (4):1–19.

Quesito 6

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

Il rapporto rischio/beneficio si è dimostrato sfavorevole nella persona con demenza in fase avanzata:

il ricorso all'alimentazione tramite gastrostomia o digiunostomia percutanea non migliora la sopravvivenza ed è associato ad un alto rischio di complicanze, inclusa l'aumentata mortalità perioperatoria.

Teno JM, et al. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? J Am Geriatr Soc. 2012;60(10):1918–21.
Finucane T, et al. Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia A Review of the Evidence. JAMA. 1999;282(14):1.
Sampson EL. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD007209.

Quesito 6

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

L'unica indicazione all'alimentazione enterale
nelle persone con demenza severa
è la presenza di una condizione
che limita l'alimentazione per os
potenzialmente reversibile.

NICE guideline [NG97]. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. 2018.
Available: www.nice.org.uk/guidance/ng97.

RACCOMANDAZIONE 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. Sospendere l'alimentazione artificiale quando non si manifesta il beneficio atteso.

RACCOMANDAZIONE 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.

RACCOMANDAZIONE 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.

Quesito 7

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 7

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

L'efficacia dell'idratazione deve essere rivalutata quotidianamente, soppesandone benefici ed eventuali svantaggi:

l'idratazione parenterale, infatti, 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.

Nakajima N, Satake N, Nakaho T. Indications and practice of artificial hydration for terminally ill cancer patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2014; 8: 358-363.

Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, Ikenaga M, Tamura Y, Yoshizawa A, et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. Ann Oncol. 2005; 16: 640-647.

Quesito 7

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

Se la somministrazione di liquidi richiede l'inserzione di un catetere venoso centrale, va valutato il rischio associato al suo inserimento e il rischio di infezione.

Nelle persone con prognosi breve l'idratazione non apporta vantaggi, anzi potrebbe essere causa di complicanze del quadro clinico.

Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, Ikenaga M, Tamura Y, Yoshizawa A, et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. Ann Oncol. 2005; 16: 640-647.

Quesito 7

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

Fritzson (47) ha condotto uno studio di coorte storica su 530 pazienti che sono deceduti in ospedale nella contea di Västerbotten (Svezia) tra il Gennaio 2011 e il 30 giugno 2012. Sono stati identificati mediante randomizzazione stratificata 140 casi che avevano ricevuto idratazione parenterale e 140 controlli che non avevano ricevuto idratazione per via parenterale, abbinati per età, sesso e malattia principale. L'età media in entrambi i gruppi era di 80 anni. I gruppi sono stati confrontati per la presenza documentata di dispnea, secrezioni respiratorie, ansia, nausea e confusione durante le ultime 24 ore e l'ultima settimana di vita.

Fritzson A, Tavelin B, Axelsson B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. BMJ Support Palliat Care. 2015; 5: 160-168.

Quesito 7

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

Il confronto tra il gruppo che riceveva idratazione e il gruppo che non riceveva idratazione ha mostrato una prevalenza statisticamente significativa di dispnea nei soggetti che ricevevano idratazione: 51% vs 22% nelle ultime 24 ore ($p < 0,0001$) e 70% vs 45% nell'ultima settimana di vita ($p = 0,0005$).

Nei soggetti che ricevevano idratazione parenterale è stata osservata una prevalenza statisticamente significativa di delirium e secrezioni respiratorie; non sono state trovate differenze riguardo all'ansia o alla nausea.

Fritzson A, Tavelin B, Axelsson B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. BMJ Support Palliat Care. 2015; 5: 160-168.

Quesito 7

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

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

RACCOMANDAZIONE 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 secchezza delle fauci.



IPODERMOCLISI

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

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



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

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



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

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



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

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

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?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

1. espressione del viso,
2. vocalizzazione negativa,
3. movimenti del corpo,
4. cambiamenti delle relazioni interpersonali,
5. cambiamenti nelle attività di base,
6. cambiamenti dello stato mentale

AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons, 1998

Whilst there was recognition that the gold standard for pain assessment was the patient's own assessment, this was unlikely to be possible ... if the person was severely cognitively impaired. The next best option, from a user-centred perspective, becomes the assessment of a person who is most familiar with the patient in their everyday life.

Lichtner et al, 2014

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 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

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

Criteri per la scelta dello strumento osservazionale

- Applicabilità (*feasibility*) nella pratica quotidiana:
  - facilità di utilizzo
  - tempo della somministrazione

- Utilità clinica, capacità dello strumento di
  - guidare la scelta del trattamento e l'efficacia degli analgesici (*responsiveness*)
  - individuare le variazioni dell'intensità del dolore

Overall there was no one tool that appeared to be more reliable and valid than the others

Lichtner et al, 2014

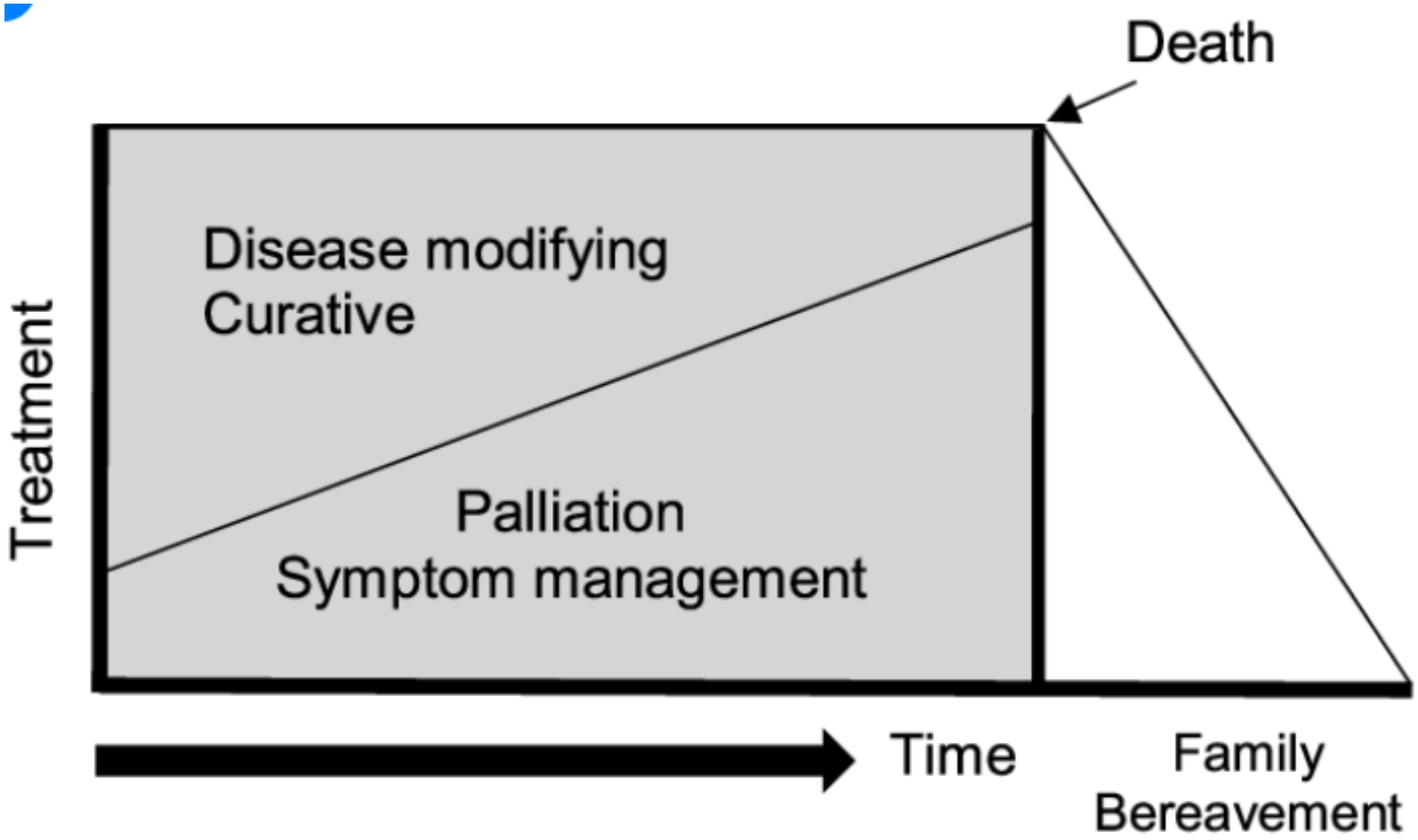
APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 9

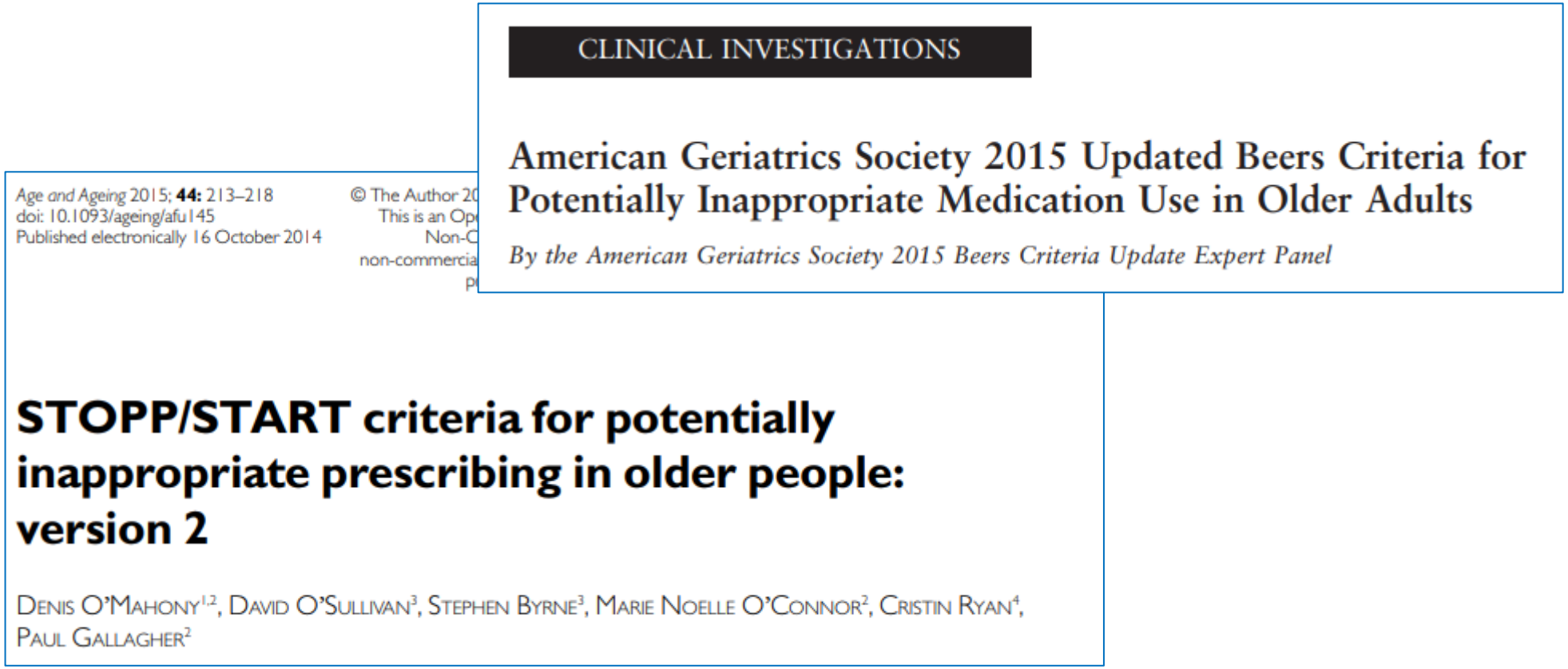
Quali farmaci e quali accertamenti diagnostici sono considerati potenzialmente inappropriati nei pazienti anziani con limitata aspettativa di vita?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

RACCOMANDAZIONE 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.



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



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 20
This is an Op
Non-C
non-commercia
p

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

Denis O'Mahony[1,2], David O'Sullivan[3], Stephen Byrne[3], Marie Noelle O'Connor[2], Cristin Ryan[4], Paul Gallagher[2]

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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. Shega MD, Gavin W. Hougham PhD, Deon Cox Hayley DO, William Dale MD, PhD

First published: 07 August 2008 | h

Age and Ageing 2017; **46:** 600–607
doi: 10.1093/ageing/afx005
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 PARSONS[3], DENIS O'MAHONY[1,2]

[1]Cork University Hospital Group – Geriatric Medicine, Cork, Ireland
[2]University College Cork – National University of Ireland, Medicine, Cork, Ireland
[3]Queen'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
Ipoglicemizzanti orali	Talvolta appropriati	Preferibile la monosomministrazione Obiettivo HbA1c < 8%
Multivitaminici	Non consenso	Non appropriati se prescritti a scopo profilattico

Quesito 9

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

In letteratura non vi sono linee guida che indichino quali approfondimenti diagnostici siano raccomandati e in quali situazioni cliniche.

Pertanto si ritiene che le indicazioni debbano essere valutate di caso in caso.

Se il paziente si trova in una situazione di urgenza si ritiene che **le indagini diagnostiche siano accettabili se possono chiarire il quadro clinico e diagnosticare eventuali condizioni che, se risolte, potrebbero migliorare la sintomatologia e la qualità di vita** (es. un intervento per risolvere un quadro di occlusione intestinale).

RACCOMANDAZIONE 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.

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

DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

6. Appropriatezza 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?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 10

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

Le revisioni sistematiche di Makris e di Husebo raccomandano, per i pazienti anziani con dolore persistente, l'utilizzo di un approccio a gradini utilizzando come prima scelta il paracetamolo e successivamente i farmaci oppioidi. E' inoltre indicato come migliore l'utilizzo di due farmaci con effetti complementari piuttosto che un'alta dose di un solo farmaco. I FANS non sono raccomandati per l'utilizzo a lungo-termine. Si sottolinea inoltre l'importanza di un approccio contemporaneo farmacologico e non-farmacologico come la terapia fisica, occupazionale ed il training cognitivo.

Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. JAMA. 2014; 312: 825-836.

Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: a systematic review. CNS Drugs. 2016.

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.

Quesito 11

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

RACCOMANDAZIONE 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*

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

Compared with discomfort in patients with intake problems, unadjusted and adjusted discomfort in patients with pneumonia was higher both at t 0 and before death. In adjusted analyses, antibiotic treatment (mostly oral) was associated with less discomfort before death

Van der Steen et al, 2009

Antimicrobial Use at the End of Life

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

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

KEYWORDS

• Antimicrobials • Antibiotics • End of life • Palliative care

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.

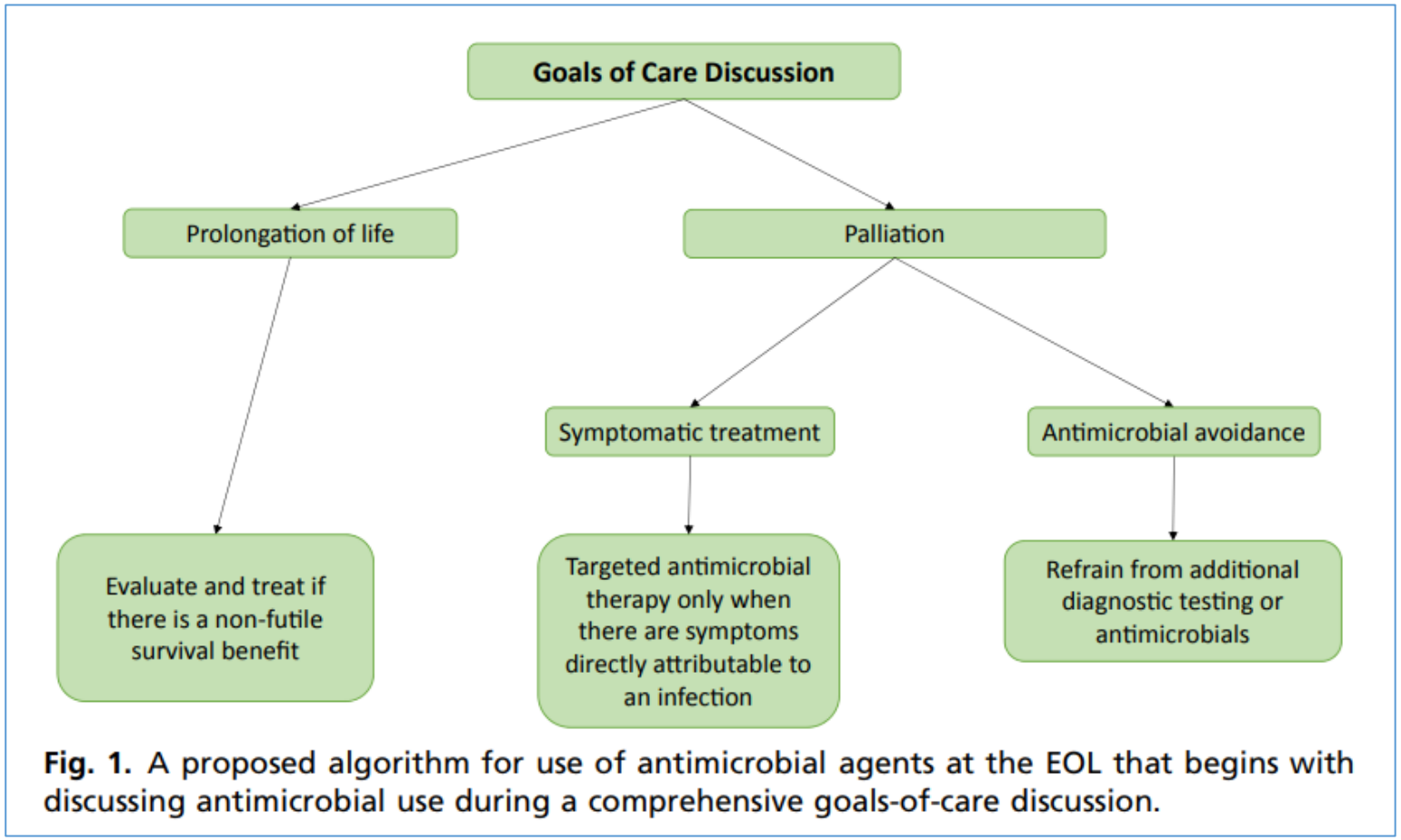


Fig. 1. A proposed algorithm for use of antimicrobial agents at the EOL that begins with discussing antimicrobial use during a comprehensive goals-of-care discussion.

Baghban & Juthani Metha, 2017

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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 ?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

La discussione sulla pianificazione anticipata delle cure

- Il fine ultimo che gli operatori si prefiggono con i colloqui con la persona e la sua famiglia non è la comunicazione della prognosi, ma l'accompagnamento all'interno di un "ambiente di verità" in cui sia possibile partecipare alle decisioni, condividere alcune scelte sulla base delle preferenze e dei desideri personali.
- "Comunicazione progressiva" (SICP: Informazione e consenso progressivo in Cure Palliative: un processo evolutivo condiviso")

- ... sebbene la maggior parte degli anziani desideri un'opportunità per discutere delle cure di fine vita, solo a una minoranza viene data quest'opportunità (Sharp et al, 2013)
- L'European Association for Palliative Care (EAPC) raccomanda che anche nelle persone affette da demenza il processo decisionale deve essere condiviso con la persona e con la sua famiglia: ciò implica che dovrebbe iniziare non appena viene formulata la diagnosi, quando la persona può ancora essere attivamente coinvolta ed esprimere le sue preferenze, i suoi valori, i suoi bisogni (Van Der Steen et al., 2014)

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Efficacia della pianificazione anticipata delle cure

- migliora la concordanza tra le preferenze del paziente per le cure di fine vita e le cure di fine vita ricevute (Houben et al, 2014)

- riduce le opedalizzazioni, spesso inutili e traumatiche, dei soggetti fragili istituzionalizzati (Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014)

- aumenta in modo significativo il numero di residenti che muoiono in casa di riposo (Graverholt et al., 2014)

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

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.

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quesito 5

Quali modelli di assistenza palliativa si correlano ad esiti migliori?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Assistenza infermieristica palliativa (1)

- A domicilio: revisione Cochrane (Gomes et al, 2013) meta-analisi di sette studi con 1222 pazienti, inclusi tre RCT di alta qualità
  - aumenta di più del doppio la probabilità di morire a casa per le persone con malattie come il cancro, lo scompenso e la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva
  - si riduce il carico di sintomi
- Nelle strutture residenziali: la revisione Cochrane (Hall et al, 2008) evidenzia risultati promettenti per:
  - valutazione dell'idoneità dei residenti per le cure palliative specialistiche
  - sviluppo di competenze palliative nelle strutture residenziali
  - trasferimento dei residenti con demenza allo stadio finale in unità speciali all'interno della stessa struttura
  - collaborazione tra le strutture residenziali e i servizi di cure palliative specialistiche che possono fornire consulenza per i residenti con esigenze complesse

Assistenza infermieristica palliativa (2)

- Nei setting per acuti: i servizi di consulenza forniti dai team di cure palliative ospedaliere hanno dimostrato (Higginson et al., 2003; Morrison et al., 2010)
  - di migliorare il controllo dei sintomi e la qualità della vita
  - di alleviare il carico emotivo e migliorare la soddisfazione della persona e del suo caregiver
  - di ridurre i costi ospedalieri

Modelli di assistenza infermieristica palliativa
(Luckett et al, 2014)

Case management

Assistenza condivisa

Assistenza specialistica

- consentono l'accesso a servizi appropriati
- migliorano la comunicazione e il coordinamento tra servizi
- migliorano la capacità di cura palliativa dei professionisti non esperti e dei caregiver
- aumentano la capacità di rispondere rapidamente al modificarsi delle condizioni cliniche, dei bisogni e delle preferenze dei singoli

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Assistenza infermieristica palliativa: raccomandazioni

RACCOMANDAZIONE 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

RACCOMANDAZIONE 5b. Aumentare le competenze dei team di cure palliative per migliorare l'individuazione dei sintomi, il loro controllo e la qualità della vita

RACCOMANDAZIONE 5c. Garantire la continuità delle cure nelle transizioni tra servizi, strutture e luoghi di cura

RACCOMANDAZIONE 5d. Garantire una risposta tempestiva a seguito di un repentino cambiamento dello stato clinico

Quesito 12

Quali interventi di supporto al caregiving sono efficaci?

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

RACCOMANDAZIONE 12a. Considerare le risorse del sistema famigliare, 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.

RACCOMANDAZIONE 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.

RACCOMANDAZIONE 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)

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

Possibili interventi:

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

N.B.: L'efficacia degli interventi è di modesta entità e incoerente tra gli studi (Cochrane review, Candy et al, 2011, Lopez-Hartman et al, 2012)

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

RACCOMANDAZIONE 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

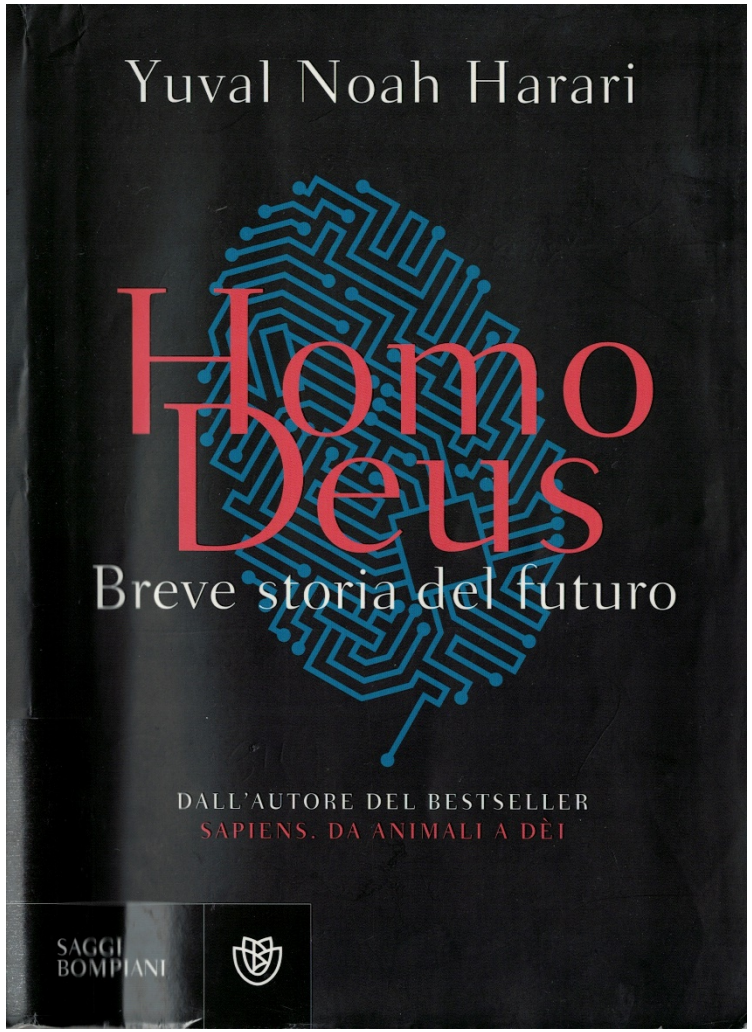
(Yu, 2016; Lopez –Hartmann et al., 2012)

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

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0



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



"Nel XXI secolo, in un mondo ormai libero dalle epidemie, economicamente prospero e in pace, coltiviamo con strumenti sempre più potenti l'ambizione antica di elevarci al rango di divinità, di trasformare Homo sapiens in Homo Deus.
E allora cosa accadrà quando robotica, intelligenza artificiale e ingegneria genetica saranno messe al servizio della ricerca dell'immortalità e della felicità eterna?"