

A map of Italy with numerous blue circles of varying sizes overlaid on it, representing data points or locations. The circles are concentrated in the northern and central regions of the country. The map is partially obscured by a dark grey curved shape on the right side of the slide.

Brescia, 15 Ottobre 2022

# APRIRE prospettive future

RSA e non solo  
Ermellina Zanetti

**2017-2019**

Cure Palliative nel grande anziano  
Conferenza di Consenso

**2020**

SoS RSA

**2017-2019**

Cure Palliative nel grande anziano  
Conferenza di Consenso

# Conferenza di consenso

La conferenza di consenso è una modalità di risposta a quesiti relativi all'efficacia e ai rischi di applicazioni cliniche e interventi biomedici o di sanità pubblica oggetto di specifiche controversie, **con l'obiettivo di ridurre la variabilità dei comportamenti e/o orientare la ricerca futura** verso quelle aree poco esplorate, ma ritenute significative da tutti i soggetti interessati.

# Perché una conferenza di consenso

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

# Perché una conferenza di consenso

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

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



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





# Esperti e componenti dei gruppi di lavoro

Daniele Bellandi	<b>Geriatra</b>	Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus (CR)
Cinzia Bertelli	<b>Infermiera</b>	Associazione Nazionale Tumori
Corrado Carabellese	<b>Geriatra</b>	Fondazione Casa di Dio Brescia
Deborah Chiesa	<b>Specializzanda Geriatria</b>	Università degli Studi di Brescia
Simonetta Di Meo	<b>Infermiera</b>	Servizio Infermieristico Territoriale ASST Spedali Civili BS
Gianbattista Guerrini	<b>Geriatra</b>	Fondazione Brescia Solidale
Pierangelo Lora Aprile	<b>Medico di Medicina Generale</b>	Società Italiana Medicina Generale

# Esperti e componenti dei gruppi di lavoro

Gian Franco Massarelli	<b>Rappresentante dei pazienti</b>	Associazione “Dall’altra parte: medici, infermieri, operatori e pazienti insieme”
Federico Nicoli	<b>Bioeticista</b>	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	<b>Psicologa</b>	Azienda Sanitaria AAS N.3 Udine
Serena Sperotto	<b>Infermiera</b>	Cure Domiciliari ASST Brescia
Ermellina Zanetti	<b>Infermiera</b>	Associazione APRIRE Network
Giovanni Zaninetta	<b>Palliativista</b>	Unità Operativa di Cure Casa di Cura Domus Salutis Brescia - Fondazione Teresa Camplani. SICP

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

Obiettivi:

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



**CONFERENZA DI CONSENSO**

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

**7 gennaio 2019**

# Documento preparatorio

## **Parte 1**

### **ASPETTI METODOLOGICI e DEFINIZIONE DEL PROBLEMA**

**Grande anziano: definizione**

**Il vissuto odierno del morire**

**Desideri e preferenze nel grande anziano con limitata attesa di vita:  
comunicazione della prognosi e pianificazione delle cure**

**Cambio di paradigma: gestione dei sintomi e qualità della vita**

# Documento preparatorio

## **Parte 2**

### **IDENTIFICAZIONE DEL GRANDE ANZIANO CHE NECESSITA DI CURE PALLIATIVE**

### **GLI INTERVENTI PALLIATIVI NEL GRANDE ANZIANO**

### **GLI INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA**

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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

### 2 parte

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

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

# RACCOMANDAZIONE 1

VALUTARE PERIODICAMENTE, NELL'AMBITO DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA, GLI INDICATORI NUTRIZIONALI, LO STATO FUNZIONALE E LA FUNZIONE COGNITIVA. IL PROGRESSIVO PEGGIORAMENTO AUMENTA IL RISCHIO DI MORTALITÀ A 12 MESI.



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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

### 2 parte

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

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



APRIREnetwork  
Assistenza PRIMaria In REte  
Salute a Km 0

# RACCOMANDAZIONE 2

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

SONO RICHIESTI ULTERIORI STUDI PER STABILIRE SE L'UTILIZZO ROUTINARIO DI INDICI PROGNOSTICI BASATI SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA POSSA MIGLIORARE LA GESTIONE CLINICA DELLA PERSONA.

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

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



# RACCOMANDAZIONE 3

UTILIZZARE SISTEMATICAMENTE UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE.

IL LORO UTILIZZO MIGLIORA IN TUTTI I CONTESTI L'IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE CHE NECESSITANO DI UN APPROCCIO PALLIATIVO.

## **2. Discussione sul fine vita e pianificazione anticipata delle cure**

**Quesito 4:** La discussione sul fine vita e la pianificazione anticipata delle cure migliorano la concordanza tra le preferenze della persona e le cure di fine vita ricevute?

# RACCOMANDAZIONE 4

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

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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

### 3. Modelli infermieristici di assistenza palliativa al grande anziano

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

# RACCOMANDAZIONE 5

5A: IN TUTTI I CONTESTI DI CURA **PIANIFICARE L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA PALLIATIVA** CONSIDERANDO I **BISOGNI E LE PREFERENZE DELLA PERSONA E DELLA SUA FAMIGLIA**, PRIVILEGIANDO INTERVENTI ORIENTATI AL COMFORT.

5B: **AUMENTARE LE COMPETENZE DEI TEAM DI CURE PALLIATIVE** PER MIGLIORARE L'INDIVIDUAZIONE DEI SINTOMI, IL LORO CONTROLLO E LA QUALITÀ DELLA VITA.

5C: **GARANTIRE LA CONTINUITÀ DELLE CURE** NELLE TRANSIZIONI TRA SERVIZI, STRUTTURE E LUOGHI DI CURA.

5D: **GARANTIRE UNA RISPOSTA TEMPESTIVA** A SEGUITO DI UN REPENTINO CAMBIAMENTO DELLO STATO CLINICO.



## 4. Nutrizione e idratazione artificiale

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

# RACCOMANDAZIONE 6

6A: **ADOTTARE UNA PROCEDURA DECISIONALE** CHE COINVOLGA LA PERSONA, I SUOI FAMILIARI E GLI OPERATORI SANITARI PER INIZIARE/NON INIZIARE/SOSPENDERE LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE; QUANDO LA PERSONA NON FOSSE IN GRADO DI COMUNICARE **CONSIDERARE LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**, SE DISPONIBILI. LA PROCEDURA DOVRÀ CONSIDERARE LA CONDIZIONE CLINICA, I BENEFICI ATTESI, I POSSIBILI DANNI, LA QUALITÀ DELLA VITA, IL BENESSERE PSICOLOGICO, RELAZIONALE, SPIRITUALE E SOCIALE DELLA PERSONA. **SOSPENDERE LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE QUANDO NON SI MANIFESTA IL BENEFICIO ATTESO.**

6B: INIZIARE LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE SOLO QUANDO VI SIA LA RAGIONEVOLE IPOTESI CLINICA CHE LA SOPRAVVIVENZA PREVISTA PER L'EVOLUZIONE NATURALE DELLA MALATTIA SIA RIDOTTA DALLA CONCOMITANTE MALNUTRIZIONE, SECONDARIA ALL'IMPOSSIBILITÀ DI ASSUMERE ALIMENTI PER VIA ORALE.

6c: **NELLA PERSONA CON DEMENZA IN FASE AVANZATA NON RICORRERE ALL'ALIMENTAZIONE TRAMITE GASTROSTOMIA O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA.** TALE PROCEDURA NON MIGLIORA LA SOPRAVVIVENZA ED È ASSOCIATA AD UN ALTO RISCHIO DI COMPLICANZE, A MENO CHE NON SIA INDICATA PER UNA CONDIZIONE, CHE LIMITA L'ALIMENTAZIONE PER OS, POTENZIALMENTE REVERSIBILE.

## 4. Nutrizione e idratazione artificiale

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

# RACCOMANDAZIONE 7

7A: **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**, QUALORA DISPONIBILI. LA PROCEDURA DOVRÀ CONSIDERARE LA CONDIZIONE CLINICA, I BENEFICI ATTESI, I POSSIBILI DANNI, LA QUALITÀ DELLA VITA E IL BENESSERE PSICOLOGICO E SPIRITUALE DELLA PERSONA. **SOSPENDERE L'IDRATAZIONE ARTIFICIALE QUANDO NON SI MANIFESTA IL BENEFICIO ATTESO.**

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

## **5. Valutazione e gestione del dolore nella persona non comunicante**

**Quesito 8:** Per valutare la presenza di dolore in una persona non in grado di comunicare è efficace l'adozione di uno strumento oggettivo di valutazione del dolore?

# RACCOMANDAZIONE 8

**8A: VALUTARE LA PRESENZA DI DOLORE NELLE PERSONE NON COMUNICANTI ATTRAVERSO UN APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE,** OSSERVANDO IL COMPORTAMENTO DURANTE LE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA: MODIFICHE DEL COMPORTAMENTO ABITUALE (RELAZIONI E ATTIVITÀ) SUGGERISCONO LA PRESENZA DI DOLORE. IL CAREGIVER O L'OPERATORE SANITARIO CHE MEGLIO CONOSCE L'ASSISTITO È IL PIÙ ADATTO A COGLIERE I CAMBIAMENTI DEL COMPORTAMENTO.

**8B: ADOTTARE UNO STRUMENTO OSSERVAZIONALE PER VALUTARE LA PRESENZA DEL DOLORE, SCEGLIENDO QUELLO PIÙ APPLICABILE NEL CONTESTO, CONSIDERANDONE L'UTILITÀ CLINICA.**

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

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



# RACCOMANDAZIONE 9

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

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

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



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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

### 2 parte

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

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

# RACCOMANDAZIONE 10

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

**10B:** UTILIZZARE, PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO NEI PAZIENTI ANZIANI, IL PARACETAMOLO O, SE NON EFFICACE, I FARMACI OPPIOIDI. UTILIZZARE ANTIDEPRESSIVI E ANTI-CONVULSIVANTI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEUROPATICO. **Non** UTILIZZARE GLI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO NEI PAZIENTI ANZIANI.

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

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

# RACCOMANDAZIONE 11

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

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

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

## DOCUMENTO DI CONSENSO

2 parte

### 7. Interventi di supporto alla famiglia

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

# RACCOMANDAZIONE 12

**12A:** CONSIDERARE LE RISORSE DEL SISTEMA FAMILIARE, I BISOGNI RELAZIONALI, EMOTIVI E AFFETTIVI, LA POSSIBILE RESILIENZA DEI SINGOLI MEMBRI, LE PREOCCUPAZIONI E LE ASPETTATIVE DEI CAREGIVER AL FINE DI **PIANIFICARE GLI INTERVENTI DI SUPPORTO**.

**12B:** **CONSIDERARE IL LIVELLO DI ALFABETIZZAZIONE SANITARIA E DI ISTRUZIONE DEI CAREGIVER PER FORNIRE INFORMAZIONI COMPRENSIBILI E UTILIZZABILI**; TUTTAVIA NESSUNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELL'ALFABETIZZAZIONE SANITARIA TRA QUELLI PROPOSTI IN LETTERATURA HA DIMOSTRATO DI MIGLIORARE I RISULTATI.

**12c:** VALUTARE LE POTENZIALITÀ DI ADATTAMENTO E I FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALLE CARATTERISTICHE DEL CAREGIVER E DEL SISTEMA FAMILIARE (BURDEN, BENESSERE, SALUTE E RISORSE INDIVIDUALI, SOCIALI, RELAZIONALI, ECONOMICHE).

# RACCOMANDAZIONE 12

**12D:** PIANIFICARE INTERVENTI DI SOSTEGNO AL COMPITO DI CURA DEI CAREGIVER.

**12E:** ADOTTARE UN MODELLO DI **CASE MANAGEMENT** AFFIDANDO IL COMPITO DI CASE MANAGER AD UN PROFESSIONISTA CON LE COMPETENZE NECESSARIE A RISPONDERE AI BISOGNI ESPRESSI DALLA PERSONA E DAL SUO CAREGIVER.

**12F:** PROMUOVERE LA COLLABORAZIONE TRA PROFESSIONISTI SANITARI E SOCIALI PER PIANIFICARE INTERVENTI INTEGRATI DI SUPPORTO AL CAREGIVER.



Roma, 24 ottobre  
2018

**Presidenti della Conferenza di  
Consenso**

Fulvio Lonati, Presidente  
APRIRE Network

Gianlorenzo Scaccabarozzi,  
Presidente Comitato Scientifico  
Fondazione Floriani

**Moderatori della Conferenza di  
Consenso**

Matteo Crippa, Fondazione  
Floriani

Giacomo Pellegrini, Fondazione  
Floriani





# Panel della giuria

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

# Panel della giuria

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

# PERCORSI

Continua la collaborazione APRIRE-SIGG-SICP

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

2020

SoS RSA

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

CORONAVIRUS

Documento  
redatto da  
APRIRE Network  
approvato dalle  
società  
scientifiche:



Società Italiana di Geriatria  
Ospedale e Territorio

# 1 - PRESENTAZIONE

Il presente documento:

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



CORONAVIRUS

**CORRETTO UTILIZZO DPI**  
NELLE RESIDENZE  
SOCIOSANITARIE PER  
ANZIANI

**AGGIORNATO 31 marzo 2020**





CORONAVIRUS

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

**AGGIORNATO 27 APRILE 2020**

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

#### **REDAZIONE A CURA DI**

**Fulvio Lonati**                      Presidente APRIRE Network

#### **HANNO COLLABORATO**

**Angelo Bianchetti**              Istituto Clinico S. Anna Gruppo San Donato Brescia

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

**Michele Fortis**                Dipartimento Interaziendale Cure Palliative di Brescia

**Gianbattista Guerrini**      Fondazione Brescia Solidale Onlus