

Etica e sostenibilità delle cure palliative precoci

Ethics and sustainability of early palliative care

Riassunto

Le Cure Palliative Precoci o Simultanee (CPP/S) sono sia eticamente fondate, sia sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. L'eticità deriva dal rispetto per i principi e i criteri etici presenti sia nell'etica della qualità della vita che in quella della sacralità della vita. In particolare, se attuate con il consenso del malato e all'interno di un processo di pianificazione anticipata proiettato a formulare le direttive anticipate, le CPP/S rispettano pienamente sia i principi di autonomia, di beneficalità, di non maleficenza e di giustizia, sia il criterio di proporzionalità. La sostenibilità economica e organizzativa è correlata al coinvolgimento di tutte le risorse sanitarie già operanti nei setting ospedaliero e territoriale nella attuazione delle cure palliative di base; queste si devono integrare con le équipe palliative che gestiscono le cure palliative specialistiche e i percorsi di cure all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative previste dalla normativa vigente. Questa integrazione consente sostanziali risparmi in termini di mancati accessi ai Dipartimenti di Emergenza e Urgenza e di conseguenti ricoveri ospedalieri impropri, oltre che di riduzione della inappropriata diagnostica e terapeutica nelle fasi avanzate e terminali di malattia.

Summary

Early/simultaneous palliative care are ethically supported because they respect ethical principles and criteria of both quality of life ethics and sanctity of life ethics. The early/simultaneous palliative care, if implemented with patient's informed consent and along a shared advance care planning, fully respect ethical principles of autonomy, beneficence, non maleficence, justice and proportionality criterion. The economic and organizational sustainability is related to the involvement of all available resources of hospital and home care settings in implementing basic palliative care. Basic palliative care must integrate with designated team that manages specialized palliative care and care profiles in local palliative care network, as prescribed by laws and regulations. The integration of basic and specialized level of palliative care permits important cost-saving reducing accesses to Emergency Department resulting in inappropriate hospital admissions and overtreatment/overdiagnostics in end-stage diseases.

Introduzione

Le Cure Palliative Precoci o Simultanee (CPP/S) sono un nuovo modello di cure palliative che, dopo aver ottenuto il riconoscimento della loro efficacia e sostenibilità in campo oncologico, si sta lentamente diffondendo anche nell'ambito delle patologie cronico-degenerative¹⁻³. Infatti, oggi le cure palliative sono indicate per qualsiasi patologia, oncologica e non, e comprendono sia le originarie Cure Palliative di Fine Vita, sia le CPP/S; queste ultime si stanno rivelando efficaci nel migliorare il controllo dei sintomi in fase avanzata di malattia e la qualità di vita dei malati e dei loro cari, nel favorire lo sviluppo di una consapevolezza rispetto alla situazione clinica, nel supportare malati e caregiver lungo il processo decisionale relativo alle scelte terapeutiche e assistenziali, nel garantire una

riduzione dei costi sanitari conseguita tramite una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e di ricoveri nei reparti ospedalieri, oltre che una riduzione della mortalità in ospedale¹⁴.

Rispetto alle CPP/S, le Cure Palliative di Fine Vita dovrebbero pertanto diventare progressivamente residuali e limitate a malati che non sono stati intercettati per motivi culturali e/o organizzativi dalle CPP/S o che si aggravano rapidamente e in modo imprevisto.

Eticità delle CPP/S

Al contrario di quanto può apparire ad una prima riflessione, le CPP/S sono eticamente sostenibili perché rispettano pienamente i principi etici che regolano la medicina. Infatti, ad un'analisi più rigorosa, i timori che l'attivazione delle CPP/S possa



Luciano Orsi

Medico palliativista;
Vicepresidente SICP (Società Italiana di Cure Palliative),
Crema (CR)

Parole chiave

Etica • Consenso informato • Pianificazione anticipata delle cure • Direttive anticipate • Proporzionalità terapeutica • Sostenibilità economica

Key words

Ethics • Informed consent • Advance care planning • Advance directives • Therapeutic proportionality • Economic sustainability

Ricevuto il 31-7-2017.

Accettato il 1-9-2017.



Luciano Orsi
Medico palliativista
Vicepresidente SICP (Società Italiana di Cure Palliative)
via Capergnanica, 8/G
26013 Crema (CR)
orsiluciano@gmail.com

danneggiare il malato rendendolo più o meno implicitamente consapevole della gravità delle sue condizioni, inducendo una deflessione del tono dell'umore o attenuando la sua aderenza alle prescrizioni terapeutiche, o ancora che il malato venga prematuramente escluso dalle cure, non vengono confermati in un'ottica di analisi etica che, anzi, evidenzia come siano rispettati i dettami etici⁵.

Le cure palliative precoci o simultanee sono eticamente sostenibili perché rispettano pienamente i principi etici che regolano la medicina.

La valutazione dell'eticità di un modello o di una pratica di cura in medicina viene fondata principalmente sul rispetto di due profili etici fondamentali: i principi etici e il criterio di proporzionalità. Nell'etica principialista^{6,7} sono contemplati quattro principi etici (autonomia, beneficiabilità, non maleficabilità, giustizia), il cui rispetto assicura di agire eticamente bene.

Il principio di autonomia (autodeterminazione)

Il principio di autonomia fa riferimento all'autodeterminazione e quindi impone il rispetto delle volontà attuali o anticipate del malato. Questo principio viene rispettato nel momento in cui le CCP/S sono concepite e attuate come una scelta condivisa e non come una sottile forma di paternalismo medico che tende a "proporre" in modo forte (paternalismo *soft*) o addirittura ad "imporre" (paternalismo *hard*) una pratica di cura. Il rispetto dell'autodeterminazione passa proprio nell'offerta di attivazione delle CPP/S modulando tale offerta sui bisogni psicofisici espressi direttamente o indirettamente dal malato con l'obiettivo di condurre un processo di condivisione di tale scelta. Parimenti, sarà l'offerta di informazioni diagnostiche e prognostiche che in varia misura accompagna l'offerta di attivazione delle CPP/S a essere il momento cruciale del rispetto dell'autodeterminazione del malato.

Per rispettare il principio etico di autonomia il processo comunicativo non deve limitarsi al semplice passaggio unidirezionale e *top-down* di informazioni cliniche, ma deve essere una comunicazione empatica che apra ad una relazione fra medico e malato.

Infatti, per rispettare il principio etico di autonomia il processo comunicativo non deve limitarsi al semplice passaggio unidirezionale e *top-down* di informazioni cliniche, ma deve essere una comunicazione empatica che apra ad una relazione fra medico (o, meglio, l'*équipe* curante) e malato (estesa, nella misura in cui è gradito al malato, alla sua rete di affetti). Nel caso specifico delle CPP/S, l'eticità della loro implementazione

dipende strettamente dalla qualità e modalità con cui avviene la comunicazione con il malato. La comunicazione e, in senso lato, la relazione che questa progressivamente innesca, deve infatti iniziare ed essere continuamente centrata sull'offerta di informazioni relativamente alla diagnosi e alla prognosi⁸.

Non deve stupire che si sottolinei questo aspetto della comunicazione diagnostica anche nelle patologie cronico-degenerative come quelle pneumologiche, perché purtroppo in queste malattie croniche è ancora molto diffusa, quando non prevalente, una scarsa informazione del malato^{9,10}. Nonostante l'esistenza di collaudati protocolli che guidano la comunicazione della diagnosi^{11,12} la pratica sanitaria prevede una routinaria comunicazione della semplice diagnosi, evitando di approfondire la reale gravità e progressività della malattia. Per il malato è ben diverso sapere di essere affetto da una generica BPCO o da una fibrosi polmonare piuttosto che sapere quale è il grado di evoluzione progressiva in atto. E questo conduce ad un aspetto ancor più problematico della comunicazione: quello che riguarda l'informazione del malato sulla prognosi, che è ancor più negletta della comunicazione della diagnosi¹³. Al contrario di quanto molti sanitari o famigliari pensano, esiste un frequente bisogno del malato di ottenere dai sanitari un orientamento prognostico¹⁴. Questo bisogno si sviluppa nel percorso di malattia in tempi e modi legati alla personalità del singolo malato; questa variabilità non deve però essere utilizzata come un alibi per non iniziare un'offerta informativa il più possibile "tagliata su misura" del singolo malato, cogliendo segnali anche indiretti di questo bisogno.

L'informazione prognostica va attentamente modulata nei tempi e nei modi per essere rispettosa dei tempi e dei modi del malato in base alla sua variabile di disponibilità a ricevere tali informazioni.

Sicuramente l'informazione prognostica va attentamente modulata nei tempi e nei modi per essere rispettosa dei tempi e dei modi del malato in base alla sua variabile di disponibilità a ricevere tali informazioni e parlare delle prospettive di cura in rapporto al progredire della malattia. Tale comunicazione, inevitabilmente correlata alla attivazione delle CPP/S, può giovare di linee guida¹⁵, ma deve mantenere sempre i caratteri di un'elevata flessibilità nell'applicazione di tali protocolli, proprio per non violare il principio di autodeterminazione.

Il principio di beneficiabilità

Il principio viene rispettato garantendo al malato un miglior controllo dei sintomi, una individualizzazione delle cure sintonica con i suoi bisogni e le sue preferenze, una comunicazione aperta, un ascolto attivo delle sue paure e delle sue volontà e un'accoglienza empatica delle sue emozioni. Tali risultati delle CPP/S in termini di miglioramento della qualità della vita e, addirittura, della quantità di vita rispetto alle cure tradizionali sono perfettamente in linea con il rispetto del

principio di beneficenza. Nel campo delle patologie respiratorie si segnala un recente studio di Higginson et al.¹⁶ in cui malati affetti da BPCO e da interstiziopatie trattati con CPP/S hanno ottenuto un miglior controllo della dispnea e una sopravvivenza maggiore rispetto al gruppo di malati trattati in modo convenzionale.

Il principio di non maleficenza

Non si arreca un danno al malato, nella misura in cui viene da lui liberamente richiesta o accettata l'offerta di una onesta informazione diagnostica e prognostica che gli permetterà di scegliere un profilo di cura migliore come sono le CPP/S rispetto alle cure tradizionali. Peraltro anche il fatto che le CPP/S non riducano la sopravvivenza¹⁷ testimonia la loro piena non maleficenza.

Il principio di giustizia

Questo principio prevede che siano rispettate sia la giustizia di accesso che la giustizia distributiva. Sotto il profilo della giustizia di accesso è richiesto che, nell'architettura dei sistemi sanitari (come ad es. una Rete Locale di Cure Palliative) non ci siano discriminazioni di accesso alle cure legate a fattori diversi dal grado e dalla tipologia di malattia.

Sotto il profilo della giustizia di accesso è richiesto che non ci siano discriminazioni di accesso alle cure legate a fattori diversi dal grado e tipologia di malattia.

Pertanto eventuali barriere di accesso alle cure legate a sesso, razza, censo, orientamenti sessuali o politici ecc. sono immorali. Sotto questo profilo etico la non attivazione di cure che in prospettiva possono beneficiare il malato come l'individuazione precoce dei bisogni palliativi e l'attivazione delle CPP/S potrebbe quindi rappresentare una violazione ingiustificata del principio di giustizia. Infatti, la giustizia di accesso esige, sotto il profilo teorico, che l'accesso alle cure dipenda solo dai bisogni di cura, indipendentemente dalla fase di malattia. I malati che hanno tali bisogni di cura (controllo della sofferenza psicofisica e socio-spirituale, comunicazione aperta, sviluppo di consapevolezza, ecc.) devono pertanto poter essere accolti dalle CPP/S che olisticamente rispondono a tali bisogni.

Sotto il profilo della giustizia distributiva si impone l'equa distribuzione delle risorse disponibili.

Sotto il profilo della giustizia distributiva si impone, per qualsiasi amministratore o professionista sanitario, l'equa distribuzione delle risorse disponibili. Indipendentemente dal loro ammontare, queste sono "definite", ossia hanno un limite e questo impone che siano allocate equamente; il che significa che devono essere distribuite secondo i bisogni e non secondo altri criteri arbitrari e non giustificati.

Le evidenze che una precoce attivazione delle cure palliative nelle patologie cronico-degenerative conduca a percorsi di cura di più alta qualità e ad una riduzione dei costi¹⁸ rientrano nel pieno rispetto della giustizia distributiva. Infatti, i dati di letteratura mostrano che gli alti costi sanitari sono legati a percorsi di cura attuati nell'ultimo anno di vita: la cura delle fasi terminali di tali patologie ("actively dying patients") è responsabile del 13% del totale delle spese sanitarie USA¹⁹. In particolare la riduzione dei costi sanitari è legata ad una contrazione della erogazione di servizi non necessari, di riammissioni ospedaliere, di accessi ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, e alla facilitazione di ricoveri in *hospice* o arruolamenti nelle cure palliative domiciliari²⁰. Peraltro, questo risparmio economico è permesso da cure (palliative) che risultano di più alta qualità e che sono più in sintonia con i bisogni globali e con le preferenze dei malati e dei loro famigliari²¹.

Etica della sacralità o indisponibilità della vita umana

Questa specifica prospettiva etica classifica il principio di inviolabilità della vita umana (anche la propria vita nell'ottica del malato) come principio assoluto che, in quanto tale, prevale sugli altri principi etici finora esaminati²².

Il fatto che le CPP/S abbiano dimostrato che non solo non riducono la sopravvivenza del malato ma, al contrario, la possono incrementare depone per una piena accettabilità etica delle CPP/S anche da parte di questa prospettiva etica^{16,17}.

Criterio di proporzionalità

Un altro punto fondamentale dell'analisi etica di un trattamento sanitario è il rispetto del criterio di proporzionalità che consente di classificare un trattamento terapeutico come proporzionato o sproporzionato in base alla valutazione di quattro principali elementi: il successo del trattamento, il suo impatto atteso sulla quantità e sulla qualità di vita residua e il peso degli oneri globalmente intesi.

Il criterio di proporzionalità consente di classificare un trattamento come proporzionato in base a quattro elementi: il successo della terapia, l'impatto sulla quantità e qualità di vita residua e il peso degli oneri psicofisici o economici.

In base a questo criterio, noto anche come "criterio oneri/benefici"⁷ è proporzionato (e pertanto moralmente obbligatorio) un trattamento che abbia una certa probabilità di successo e che impatti positivamente sulla attesa qualità e quantità di vita avendo un basso tasso di oneri per il malato. Viceversa, un trattamento che abbia un saldo negativo fra benefici e oneri attesi risulta non proporzionato e, pertanto, eticamente illecito; un sanitario ha pertanto il dovere etico di non offrirlo o praticarlo.

Le evidenze di efficacia delle CPP/S sulla qualità e quantità di vita e il basso tasso di oneri correlati (essendo le CPP/S trattamenti non aggressivi e senza effetti collaterali significativi) le rende pienamente proporzionate, soprattutto se si coinvolge il malato nella misura degli oneri e della qualità di vita, oltre che in una pianificazione condivisa dei trattamenti palliativi.

In particolare si sottolinea che l'aumento della quantità di vita attesa con l'intervento delle CPP/S, è probabilmente legato alla riduzione dei trattamenti aggressivi¹⁷ e ciò depone a netto favore dell'eticità delle CPP/S in ulteriore sintonia con il principio di non maleficità.

Pianificazione anticipata e direttive anticipate

L'eticità delle CPP/S è confermata anche dal fatto che la precocità di inserimento delle cure palliative costituisce un forte presupposto per attuare la pianificazione delle cure e l'eventuale stesura delle direttive anticipate che rappresentano la via maestra per implementare un rispetto dell'autodeterminazione e della beneficiabilità condivisa con il malato anche nelle fasi avanzate o terminali in cui il malato ha perso la capacità mentale di decidere in prima persona per il sopravvenire di alterazioni psicofisiche (demenza, delirium, patologie cerebrali acute, ecc.).

Le decisioni anticipatamente condivise con il malato su eventuali trattamenti hanno un enorme impatto sulla qualità di vita residua e sulla qualità di morte.

Le decisioni anticipatamente condivise con il malato su eventuali trattamenti, quali le manovre di rianimazione cardio-polmonare, la tracheotomia, la ventilazione meccanica, il ricovero in Terapia Intensiva Respiratoria o Generale ecc., hanno un enorme impatto sulla qualità di vita residua e sulla qualità di morte. Infatti, sono crescenti le indicazioni della letteratura ad affiancare criteri di appropriatezza clinica e quelli di liceità etica anche in vista di decisioni future che inevitabilmente dovranno essere prese: in tal senso le CPP/S sono l'alveo elettivo in cui prevedere in anticipo tali necessità di scelta²³.

Sostenibilità economica e organizzativa

A fronte degli indubbi vantaggi apportati dalle CPP/S ai malati, ai loro *caregiver* e i famigliari e al sistema sanitario, sono da registrare preoccupazioni sulla loro fattibilità concreta nei confronti di una vasta e crescente popolazione di patologie cronico-degenerative.

Sostenibilità economica

La sostenibilità economica delle CPP/S si fonda su due elementi principali: 1) il risparmio economico conseguito dalle CPP/S rispetto ai trattamenti tradizionali;

2) il coinvolgimento di altri professionisti sanitari nella loro implementazione, soprattutto nelle cure palliative di base.

Il risparmio economico è ottenuto tramite una riduzione di trattamenti non clinicamente indicati ed eticamente sproporzionati e risponde al rispetto del principio etico di giustizia allocativa.

Occorre precisare che il risparmio economico non costituisce l'obiettivo primario delle CPP/S o delle cure palliative in senso lato¹, ma va considerato benefico per due importanti motivi etici: è ottenuto tramite una riduzione di trattamenti non clinicamente indicati ed eticamente sproporzionati (comunemente ma impropriamente definiti "accanimento terapeutico") e risponde al rispetto del principio etico di giustizia allocativa.

Sostenibilità organizzativa

La sostenibilità organizzativa delle CPP/S si basa sia sul potenziamento degli attuali servizi di cure palliative che a livello nazionale sono caratterizzati da una elevata disomogeneità di dotazioni umane e strutturali, sia sul coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei professionisti specialisti ospedalieri nell'individuazione precoce dei malati candidabili alle CPP/S e nella gestione delle cure palliative di base, soprattutto a domicilio o in residenze per anziani.

La necessità di potenziare le dotazioni, soprattutto di personale, dei servizi di cure palliative attualmente esistenti, quasi sempre nati sulla cura dei malati oncologici, è indubbia vista l'assenza di una sistematica attenzione da parte dei programmatori sanitari regionali o locali ai bisogni crescenti di cure palliative nelle aree da loro amministrate. In tal senso occorre anche considerare che in alcune aree geografiche italiane le cure palliative sono praticamente inesistenti.

L'implementazione delle cure palliative prevede il coinvolgimento di *équipe* ospedaliere e dei MMG o dei geriatri per l'individuazione precoce dei malati con bisogni iniziali di cure palliative.

Su precisa indicazione legislativa²⁴ e su indicazione di una crescente evidenza scientifica²⁵⁻²⁹ l'implementazione delle cure palliative, soprattutto in fase precoce, prevede il coinvolgimento di *équipe* ospedaliere e dei MMG o dei geriatri per l'individuazione precoce dei malati con bisogni iniziali di cure palliative e per l'implementazione delle cure palliative di base a domicilio o in residenze per anziani. In quest'ultimo caso il ruolo dei servizi di cure palliative sarà quello di tenere il coordinamento delle cure palliative di base e di gestire le situazioni più complesse sul fronte clinico, relazionale e sociale più che gestire direttamente tutti i singoli malati con bisogni palliativi di bassa intensità. Il ruolo delle Unità di Cure Pal-

lative, proprio perché è più improntato alla regia dei percorsi di cura (*case-management, care management*, alla consulenza nei momenti più rilevanti quali il controllo di sintomi difficili, la conduzione di conversazioni mirate alla comunicazione della diagnosi completa e/o della prognosi, alla pianificazione anticipata delle cure, alla formulazione di direttive anticipate, ecc.) e al coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative, che non alla gestione quotidiana di tutti i malati in CPP/S, è più facilmente sostenibile dagli attuali servizi di cure palliative, soprattutto da quelli che si sono più strutturati nel tempo acquisendo un numero significativo di professionisti (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti dedicati) e di disponibilità di competenze specialistiche attivabili (assistenti sociali, assistenza spirituale, ecc.).

Bibliografia

- Peruselli C. *Le cure palliative precoci*. *Recenti Prog Med* 2015;106:201-2.
- Zimmerman C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. *Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial*. *Lancet* 2014;388:1727-30.
- Hui D, Kim SH, Roquemore J, et al. *Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients*. *Cancer* 2014;120:1743-9.
- Scaccabarozzi G, Pellegrini G, Crippa M. *Analisi delle attività e valutazione della qualità delle cure delle Unità di Cure Palliative Domiciliari: la sintesi di due recenti articoli scientifici*. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2017;2:1-7.
- Gómez-Batiste X, Blay C, Broggi MA. *Ethical challenges of early identification of advanced chronic patients in need of palliative care: the Catalan experience*. *J Pall Care*. In press.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of bioethics*. 4^a ed. Oxford: Oxford Univ Press 1994.
- Englehardt HT. *Manuale di bioetica*. Milano: Il Saggiatore 1999.
- Società Italiana di Cure Palliative. *Informazione e consenso progressivo in cure palliative. Un processo evolutivo condiviso*. <http://bit.ly/2nQorS4> (last accessed July 18 2017).
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. *Patients' expectation about the effectiveness of chemotherapy for advanced cancer*. *N Engl J Med* 2012;367:1616-25.
- Chen AB, Cronin A, Weeks JC, et al. *Expectations about the effectiveness of radiation therapy among patients with incurable lung cancer*. *J Clin Oncol* 2013;31:2730-5.
- Buckman R. *La comunicazione della diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina ed. 2003.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. *SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. *Oncologist* 2000;5:302-11.
- Valenti D. *Cosa vogliono sapere i pazienti e i familiari sul trattamento con oppioidi*. In: Biasco G. *Comunicare e curare*. Bologna: Asmepa Edizioni 2013, pp.159-81.
- Surbone A. *Cosa vogliono sapere i pazienti e i familiari sulla malattia avanzata e fine vita*. In: Biasco G. *Comunicare e curare*. Bologna: Asmepa Edizioni 2013, pp. 143-56.
- Clayton J, Hancock KM, Butow PN, et al. *Linee guida per la comunicazione della prognosi e di argomenti connessi alla fine della vita con adulti affetti da patologie in fase avanzata e a limitata aspettativa di vita e con i loro familiari*. *The Medical Journal of Australia* 2007. <http://bit.ly/2u7d6BJ> (last accessed 2017 July 18).
- Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, et al. *An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial*. *Lancet Respir Med* 2014;2:979-87.
- Radbruch L. *Mastering breathlessness in patients with advanced respiratory diseases*. *Lancet Respir Med* 2014;2:944-5.
- Patel K, Masi D. *Palliative care in the era of health care reform*. *Clin Geriatr Med* 2015;31:265-70.
- Institute of Medicine. *Dying in America: improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington DC: The National Academies Press; 2014. Available at <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2014/Dying-In-America-Improving-Quality-and-Honoring-Individual-Preferences-Near-the-End-of-Life.aspx> (last accessed 2017 July 18).
- Meier DE. *Improving health care value though increased access to palliative care*. NIHCM Foundation 2012 Available at: http://www.nihcm.org/images/sroties/NIHCM-EV-Meier_FINAL.pdf. (last accessed 2017 July 18).
- Fletcher DS, Panke JT. *Opportunities and challenges for palliative care professionals in the age of health reform*. *J Hosp Palliat Nurse* 2012;14:452-9.
- Giovanni Paolo II. *Evangelium Vitae Lettera enciclica sul valore e l'invulnerabilità della vita umana*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 1995;§35.
- Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "Documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura, 2014 <http://bit.ly/2tdz9UC> (last accessed 2017 July 18).
- Conferenza Stato-Regioni. *Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle 2 strutture di assistenza a malati terminali delle unità di cure palliative e della terapia del dolore*. Link: <http://bit.ly/2tfSoNj>
- Booth S, Fallon M, Hollis G, et al. *Rhetoric and reality - matching palliative care services to meet the needs of patients of all ages, with any diagnosis*. *Palliat Med* 2016;30:3-5.
- Ko FC, Morrison S. *Hip fracture: a trigger for palliative in vulnerable older adults*. *JAMA Intern Med* 2014;174:1237-80.
- Beernaert K, Deliens L, De Vleminck A, et al. *Is there a need for early palliative care in patients with life-limiting illnesses? Interview study with patients about experienced care needs from diagnosis onward*. *Am J Hosp Palliat Care* 2016;33:489-97.
- Quill TE, Abernethy AP. *Generalist plus specialist palliative care - Creating a more sustainable model*. *N Engl J Med* 2013;368:1173-5.
- Van den Block L. *Palliative care in primary care*. In: Cohen J, Deliens L. eds. *A public health perspective on end of life care*. Oxford: Oxford University Press 2012, pp. 113-21.

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.