

# Le cure palliative come “Simultaneous Care”: tre anni di esperienza in un ospedale di Torino

F. Garetto<sup>1</sup>, O. Dal Canton, S. Chiadò Cutin, P. Pochettino, A. Comandone  
Divisione di Oncologia medica, Presidio ospedaliero “Gradenigo”-Torino

<sup>1</sup>Fondazione F.A.R.O. onlus - Torino

Corrispondenza a:  
e-mail: [ferdinando.garetto@h-gradenigo.it](mailto:ferdinando.garetto@h-gradenigo.it)  
[divisione.oncologia@h-gradenigo.it](mailto:divisione.oncologia@h-gradenigo.it)

## Riassunto

Il periodo di passaggio fra le cure attive e le cure palliative (“fase intermedia”) è considerato una fase critica, a margini spesso indefiniti, di sofferenza per il paziente e per i familiari. Lo stesso senso di incertezza può insorgere fra gli oncologi, indecisi tra sospendere e proseguire ulteriori trattamenti specifici (CT o RT). Spesso per questi pazienti si trova la soluzione di utilizzare il day hospital, per terapie genericamente definite “di supporto”, non essendo ancora presenti i requisiti per l’attivazione continuativa delle unità di cure palliative. È pertanto un periodo gravato di notevole sofferenza fisica e psicologica per il paziente e di un certo disorientamento per i familiari. Per cercare di rispondere a queste esigenze abbiamo attivato dal maggio 2002 un ambulatorio di cure palliative presso il nostro day hospital, nell’ambito di un più ampio progetto per la continuità di cura nella fase intermedia.

Presentando i risultati e le prospettive future della nostra esperienza ci sembra di poter concludere che lo sviluppo di un modello organizzativo mirato a garantire un’assistenza continua ed embricata con quella di altri specialisti (c.d. “simultaneous care”) sembra attenuare il senso di abbandono del paziente e dei familiari, favorisce una buona integrazione fra oncologia e cure palliative e permette di limitare i ricoveri impropri nella struttura ospedaliera, migliorando l’appropriatezza prognostica dell’attivazione dei servizi.

**Parole chiave:** cure palliative, oncologia, simultaneous care.

## Summary

We call “Intermediate Phase” the period of an oncological disease leading from the active therapies to palliative treatment. This is a specific, common and very critical moment in cancer clinical history, for the patients, their families and for the care givers. This phase is not well defined and has different frameworks. Commonly, it causes the change from specific treatment, either chemotherapy or radiotherapy, to exclusive supportive care. The uncertainty about how and when to move from active to supportive care involves the families as well as the care givers. In many occasions the patients are treated in Day Hospital settings, because their performance status, do not allow to start a home care programme.

However this period is characterized by a deep suffering of the patients either physical or psychological, who realize that the final time of life is coming. In our Institution, in order to answer these needs, we have activated since 2002 a project for the “Intermediate Phase”. This project consists in periodical ambulatory visits, both oncological and psychological, and a specific moment of supportive cares in Day Hospital ward. In this paper we present the results of the first three years of our activity.

The project, granted from the Regional Health Assistance, is still going on, but the preliminary results are positive: the patients and the families feel to be followed even when the cancer becomes incurable and the multidisciplinary approach seems to relieve the impression of abandonment.

Finally, the care given in the Intermediate Phase facilitate the passage to supportive care in the home setting and reduces inappropriate admissions to the hospital, to control the symptoms of the terminal phase of the disease.

**Key words:** simultaneous care, palliative care, oncology.

## INTRODUZIONE

Un progetto globale di cura della malattia oncologica deve tener conto dei bisogni dei pazienti nelle diverse fasi della malattia, bisogni che vanno da un'adeguata prevenzione, là dove questo è possibile, a cure specifiche eseguite secondo precise linee guida, a terapie riabilitative rivolte al mantenimento o al recupero di una soddisfacente autonomia nella vita quotidiana, a cure palliative per tutti quei bisogni che caratterizzano a volte drammaticamente la fase avanzata e irreversibilmente terminale. Tradizionalmente si considera il susseguirsi di queste fasi in modo lineare, ma discontinuo, come a "blocchi successivi" che possono identificarsi con il "passaggio" del paziente da un'équipe all'altra o da una struttura all'altra proprio nei momenti più delicati del percorso di malattia. Il modello delle cure palliative, invece, propone almeno in termini di principio uno schema in cui una linea diagonale segni il passaggio graduale e continuativo dalla fase delle terapie attive a quella delle cure palliative<sup>(1,2)</sup>.

In un importante lavoro sull'argomento, Eduardo Bruera e Catherine Neumann hanno confrontato i due principali modelli di erogazione delle cure per malati terminali di cancro. L'uno è stato sviluppato sulla base dell'esperienza degli hospice e sull'applicazione delle cure palliative, l'altro sulle terapie di supporto ospedaliere messe a punto in ambito oncologico. Entrambi i modelli presentano dei limiti: in generale il modello dell'hospice è fortemente radicato nel territorio, dà molta importanza al sostegno psicosociale offerto ai pazienti e alle loro famiglie; i programmi di terapia di supporto ospedalieri sono invece caratterizzati da un'eccellente registrazione di dati per la ricerca e da una migliore integrazione con l'azione degli oncologi. Gli autori della ricerca sostengono che entrambi i modelli non sono in grado di fornire quella combinazione di servizi che, sola, potrebbe rispondere ai bisogni dei pazienti con cancro in stadio avanzato. Per ottenere un'assistenza ottimale, dunque, i malati terminali devono poter avere accesso a molteplici modi e ambienti di assistenza<sup>(3)</sup>.

## "END-OF-LIFE" O "SIMULTANEOUS CARE"?

Particolarmente significativo è il vivace dibattito, almeno in ambito italiano, sul ruolo che le cure palliative debbano assumere nel percorso di malattia del paziente. A una visione più tradizionale "di fine vita" (cure palliative come "end-of-life care", successive ai trattamenti specifici), si aggiunge la visio-

ne delle cure palliative riconosciute come competenza specialistica presente nel percorso sin dalle prime fasi, integrate perciò con i trattamenti e le tecnologie e finalizzate a una buona "qualità della vita residua" indipendentemente dalla durata attesa o presunta della vita stessa. Maltoni<sup>(4)</sup> introduce in modo sistematico il concetto di *simultaneous care* in oncologia, riprendendolo testualmente da un case report del Journal of Clinical Oncology di aprile 2003<sup>(5)</sup>. Presentando l'esperienza di Trentin et al.<sup>(6)</sup>, affine anche cronologicamente a quella presentata nella seconda parte di questo articolo e in altre precedenti occasioni dal nostro gruppo<sup>(7,8)</sup>, Maltoni ipotizza la necessità che "una struttura chiaramente identificabile possa fungere da riferimento clinico, scientifico e organizzativo dentro l'ospedale o l'istituto di ricerca e cura allo scopo di:

- effettuare servizio di consulenza ai ricoverati nei vari reparti in diverse fasi di malattia (...);
- assumere in modo progressivo e graduale la gestione diretta (...) di una parte dei pazienti (...);
- svolgere formazione e ricerca;
- fungere da punto di svincolo, di interfaccia, di avvio alle parti territoriali e residenziali delle cure palliative (...)"<sup>(4)</sup>.

## I BISOGNI DEL PAZIENTE TRA ONCOLOGIA E PRONTO SOCCORSO: ESPERIENZA PERSONALE

Sin dalla costituzione del Dipartimento di Oncologia, oltre a quanto già operativo in termini di prevenzione e cure attive, è stata posta particolare attenzione proprio a quella fase di passaggio alle cure palliative che abbiamo chiamato "fase intermedia". Per la gestione della fase propriamente terminale si è sempre privilegiata la collaborazione con il servizio di cure palliative di un'associazione non profit (fondazione F.A.R.O. onlus), a domicilio e in hospice, pur garantendo l'integrazione con gli altri servizi territoriali attivi nelle varie realtà geografiche. L'attuale modello di accoglienza e servizi (CAS), di cui il progetto per la fase intermedia è parte integrante, nasce inizialmente dalla constatazione empirica della necessità per il paziente oncologico di avere punti di riferimento definiti e procedure dedicate, e successivamente ha trovato conferma e ulteriore impulso dallo studio condotto in collaborazione con la divisione di medicina d'urgenza del nostro ospedale sulle necessità "reali" percepite come urgenze dai pazienti e dalle loro famiglie<sup>(9,10)</sup>.

Analizzando i dati relativi ai pazienti giunti alla diretta osser-

vazione dell'oncologo attraverso l'ambulatorio urgenze e successivamente orientati verso cure domiciliari, day hospital o ricovero confrontati con gli accessi in PS, risultava evidente come il paziente oncologico si affidi preferibilmente ai propri oncologi curanti nonostante debba attendere l'apertura dei servizi nelle ore diurne, piuttosto che ricorrere alle cure di sanitari non specialisti in oncologia anche se presenti sull'arco delle ventiquattro ore. Si veda la differente tipologia di sintomi che hanno determinato la richiesta di visita urgente e ricovero (tabella 1), in prevalenza di scaduto performance status in fase metastatica, rispetto alle urgenze oncologiche "classiche" o alla tossicità da chemioterapia.

Sintomo	Percentuale
Scaduto performance status	55,72 %
Tossicità da CT	11,23%
Alterazioni apparato respiratorio	5,6%
Dolore	4%
Squilibri metabolici	1,73%

Si pone quindi un problema gestionale rilevante: molti pazienti e molte famiglie, quando la malattia giunge alla fase terminale, non sono in grado emotivamente o non hanno i mezzi assistenziali per affrontare tale evento e preferiscono condurre il paziente in ospedale (o ne sono costretti). Spesso, soprattutto, paziente e famiglia giungono in modo traumatico alla fase cosiddetta terminale, senza aver compiuto un percorso che non è solo psicologico, ma anche fatto di scelte concrete e modelli organizzativi tra cui poter scegliere in modo condiviso. La sperimentazione operativa che viene presentata in questo lavoro nasce da queste considerazioni e da queste necessità.

### LA FASE INTERMEDIA

Il "periodo di passaggio" tra le cure attive e le cure palliative (cioè la fase avanzata non propriamente terminale) è considerato una fase critica, a margini spesso indefiniti, di sofferenza per il paziente e per i familiari. Cause evidenti di questa sofferenza possono essere il "timore dell'abbandono", il senso di incertezza e di "non appartenenza", e la difficoltà di adattamento alla diversa prospettiva terapeutica delle cure palliative. Lo stesso senso di incertezza può insorgere tra gli oncologi, indecisi tra sospendere o proseguire con ulteriori trattamenti chemioterapici<sup>(11,12)</sup>. Spesso per questi pazienti si trova la soluzione di utilizzare il

day hospital per terapie genericamente considerate di "supporto", non essendo presenti i requisiti per l'attivazione dei servizi domiciliari, pur essendo altresì indispensabile continuare a garantire dei "punti di riferimento". Lavori di recente pubblicazione, inoltre, hanno focalizzato l'interesse sulle difficoltà culturali degli oncologi a cogliere il momento per il passaggio alle cure palliative<sup>(13)</sup> e sull'importanza della presenza nell'équipe di una o più figure di area palliativa già nelle fasi di trattamento attivo<sup>(14,15)</sup>.

È pertanto necessaria una maggior definizione delle competenze e delle modalità assistenziali in questa fase, per meglio garantire i punti di riferimento per il paziente e per agevolare l'integrazione e il passaggio graduale fra i vari servizi (ospedali, servizi territoriali, hospice...).

### PAZIENTI E METODI

Per cercare di rispondere a queste esigenze abbiamo iniziato dal mese di luglio del 2001 a seguire ambulatorialmente alcuni pazienti fra quelli afferenti al day hospital per necessità di cure palliative, come primo passo nella ricerca di un modello organizzativo più organico per la continuità di cura nella fase intermedia. Nelle tabelle 2, 3 e 4 abbiamo riassunto quelli che secondo la nostra esperienza sono i bisogni e le caratteristiche della "fase intermedia" e nella tabella 5 gli obiettivi di un progetto a essa dedicato.

Requisito	Indicazione
Termine chemioterapia $\leq 2$ mesi	(chiara correlazione fra patologia e necessità assistenziali)
Performance status (Karnofsky) $\leq 60$	(non ancora indicazione a presa in carico domiciliare o in hospice)
Presenza di sintomi disturbanti e/o controllati con terapia da monitorare	(necessità di controllo clinico periodico)
Situazione ambientale "fragile"	(necessità di riferimenti assistenziali)

Categoria	Sintomo	Percentuale
Sintomi fisici	Astenia	73,8%
Condivisione degli obiettivi	Iporessia	71,4%
Monitoraggio periodico	Dolore	64,3%
Gestione in DH di:	Nausea/vomito	52,4%
1. manovre invasive	Stipsi	40,5%
2. urgenze	Insomnia	38,1%
3. terapie parenterali	Altri sintomi	9,6%
bisogni assistenziali di paziente / famiglia	"timore di abbandono" e "fragilità ambientale"	69,0%

**Tabella 4.** La fase intermedia: caratteristiche

Il paziente e la famiglia	I curanti
Timore di "abbandono"	quando fermarsi?
Incognite per il futuro	inadeguatezza delle strutture (DH?)
Disorientamento sugli obiettivi	carico psicologico-rischio burn out
Desiderio di "routine"	necessità di integrazione con altri servizi
Progressiva "fatica"	
Ridefinizione di ruoli e rapporti	

**Tabella 5.** La fase intermedia: obiettivi

Impostazione terapeutica	Accompagnamento
Dal "guarire" al "curare"	Lavoro in rete con:
Condivisione degli obiettivi	1. medico di famiglia
Monitoraggio periodico	2. servizi domiciliari e servizi sociali
Gestione in DH di:	3. servizi di cure palliative
1. manovre invasive	Attenzione progressivamente
2. urgenze	crescente agli aspetti ambientali
3. terapie parenterali	e relazionali (del paziente)
	Orientamento nei percorsi non sempre
	lineari di attivazione dei servizi delle ASL

**Tabella 6.** La fase intermedia: tipologia del servizio

Pazienti	Obiettivi	Invio
1) Sintomo gravemente disturbante (dolore, vomito, ipertensione endocranica, dispnea) di recente insorgenza	Impostazione terapeutica	- DH - Medico Curante - ADI - Équipe di Cure Palliative domiciliari
2) Grave scadimento del Performance Status + sintomi	Impostazione terapeutica  Pianificazione programma assistenziale	- Ricovero breve* - ADI - Équipe di Cure Palliative domiciliari - Hospice
3) Scadenza in corso di programma domiciliare non specifico per le CP	Valutazione del programma in atto	- Équipe di Cure Palliative domiciliari - Hospice
4) Necessità di rivalutazione ambulatoriale (esami strumentali ecc)	Revisione periodica	- Ricovero breve*

\* solo se motivato dalla necessità di monitorare per alcuni giorni la terapia dei sintomi.

**Tabella 7.** Cause di consulenze in altri reparti

Sintomi fisici	37,3 %
Organizzazione del programma di dimissione	62,7 %

A partire dall'esperienza iniziale semistrutturata e in parte volontaristica, abbiamo gradualmente sviluppato un'attività più organica.

*Personale:* "miniéquipe" formata da tre medici, due oncologi e un palliativista, normalmente presenti nell'attività quotidiana del day hospital e "dedicati" almeno un pomeriggio la settimana all'ambulatorio di cure palliative (fisicamente collocato all'interno del D.H.).

*Obiettivi:* dare un punto di riferimento costante ai pazienti nella "fase di passaggio", per il controllo dei sintomi intercorrenti, in modo da poter pianificare, in collaborazione con il territorio, la gestione delle terapie per il controllo dei sintomi e il percorso assistenziale.

*Pazienti:* non più in corso di cure specifiche, in dimostrata o evidente progressione oncologica, e gravati da sintomi richiedenti una frequente rivalutazione. Per definizione si tratta di pazienti con Performance Status Karnofsky >50 e pertanto potenzialmente ancora gestibili in DH e non eligibili per i servizi domiciliari. Nella tabella 6 viene schematicamente riassunta la tipologia del servizio.

Dal 2003 l'attività è stata maggiormente strutturata, sia attraverso la codifica di procedure definite per l'ambulatorio, attualmente coordinato dal CAS, sia migliorando la continuità con assistenza domiciliare e hospice e l'integrazione con servizi sociali (definizione della modulistica e identificazione dei referenti).

Ulteriori passaggi sono stati nel 2003 il "Progetto cure palliative: la fase intermedia di malattia" (delibera del 29/10/2003 - polo oncologico Torino EST) e nel 2004 la convenzione Gradenigo - F.A.R.O. "per l'assistenza ospedaliera nelle cure palliative dei malati oncologici".

## RISULTATI

Da maggio 2002 a giugno 2005 sono stati presi in carico dall'ambulatorio di cure palliative 198 pazienti; per 156 è stato attivato un programma di cure palliative a domicilio (Assistenza domiciliare integrata, ADI e/o F.A.R.O. onlus) o in hospice (125 deceduti), mentre per 25 pazienti è stato necessario un ricovero in ospedale (23 deceduti); 27 pazienti sono attualmente in carico all'ambulatorio. È stata anche svolta attività specifica di consulenza in DH, in reparto di degenza oncologica e in altri reparti dell'ospedale (pronto soccorso, lungodegenza di medicina, chirurgia: cfr. tabella 7)

per complessive 319 visite.

Non è stato ancora possibile verificare l'impatto dell'esperienza sulla mortalità intraospedaliera e sui ricoveri nelle ultime settimane di vita, né si è finora proceduto a una sistematica valutazione della soddisfazione degli utenti e dei loro familiari, essendo questa fase orientata alla sperimentazione del modello in termini di fattibilità operativa e qualitativa. A tal fine, le esperienze vengono sistematicamente discusse in équipe con metodiche di audit.

La durata media delle assistenze a domicilio F.A.R.O. nei pazienti segnalati dal nostro ambulatorio è risultata essere di 43,6 giorni (range 2-133; mediana = 38,5 gg), a conferma dei dati di letteratura<sup>(16)</sup> che suggeriscono l'importanza dell'approccio integrato nelle diverse fasi del percorso oncologico per una tempestiva attivazione dei servizi specialistici di cure palliative. Le assistenze domiciliari di durata inferiore alla settimana sono state causate soprattutto da ritardi burocratici nei percorsi previsti dalle convenzioni di alcune ASL, confermandoci l'importanza di curare anche questo aspetto di aiuto alla famiglia per gli aspetti organizzativi nell'attività ambulatoriale.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La fase intermedia è quel momento critico nella storia naturale della malattia che precede la fase terminale, in cui alla sofferenza legata all'irreversibile decorso della malattia si associano il senso di smarrimento e il timore per il futuro per i cambiamenti di luogo di cura e di équipe curante.

L'esperienza proposta è nata in modo graduale dalla concomitanza di alcuni fattori: l'attività svolta quotidianamente in DH da un medico esperto in cure palliative, inizialmente come semplice supporto alla gestione del lavoro quotidiano e successivamente sviluppata e ampliata nel tentativo di dare risposta all'esigenza concreta dei pazienti (di cui era nota la sofferenza in tutti i momenti di "passaggio"); l'analisi dei bisogni reali, emersa dai lavori di ricerca quantitativa condotti in collaborazione con i colleghi della Medicina d'urgenza, che dimostrava quanto il senso di abbandono incidesse sui passaggi impropri in pronto soccorso dei pazienti nell'ultima fase della vita; i riferimenti della letteratura, che in questi ultimi anni ha cominciato a focalizzare una certa attenzione su questa fase di particolare criticità, evidenziando la necessità di figure dedicate per:

- consulto e supporto al team di reparto sul controllo dei sintomi e sui bisogni psicologici e assistenziali
- supporto ai familiari
- supporto e consigli agli operatori
- educazione degli operatori ospedalieri
- collegamento fra ospedale e hospice e servizi di assistenza domiciliare e altre istituzioni
- analisi dei risultati e ricerca

come evidenziato fra gli altri da Dunlop e Hockley<sup>(17)</sup>.

Anche a nostro giudizio lo sviluppo di un modello organizzativo mirato a garantire un'assistenza continua attraverso un'équipe medico-infermieristica specializzata e integrata può attenuare il senso di abbandono del paziente e dei familiari, favorisce una buona integrazione fra oncologia e cure palliative, e permette di limitare i ricoveri impropri nella struttura ospedaliera.

L'esperienza riportata, pur con i limiti della casistica e della mancanza finora di una sistematica valutazione dell'impatto sulla qualità di vita, è il tentativo di dare una risposta concreta a tali bisogni partendo dalle risorse esistenti. La collocazione all'interno della normale attività di DH ha attenuato e reso graduale il senso di distacco inevitabilmente vissuto dai pazienti, mentre basilare è stato l'ulteriore sviluppo della buona integrazione e collaborazione già esistente con le strutture territoriali di cure palliative e hospice. L'adeguatezza temporale dell'invio ai servizi di cure palliative domiciliari sembra confermare la validità dell'attività ambulatoriale per la fase intermedia sia dal punto di vista clinico e prognostico, sia da quello dell'accompagnamento al paziente e alla famiglia nell'adempimento tempestivo e lineare dei passaggi organizzativi e burocratici secondo quanto previsto dalla normativa regionale.

Prospettive future potranno essere una sistematicità del percorso per tutti i pazienti, l'analisi dell'impatto qualitativo sulla base di strumenti validati per la rilevazione della qualità di vita, l'analisi quantitativa sull'auspicabile riduzione dei ricoveri impropri nella fase terminale e lo sviluppo di un modello integrato nell'ambito della rete oncologica piemontese.

**Bibliografia**

1. Sijermswård J, Pampallona S. "Palliative medicine: a global perspective" in *The Oxford Textbook of Palliative Medicine, second edition*, capitolo 22, pp 1236, 1999.
2. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. "The interface between oncology and palliative medicine" - in *The Oxford Textbook of Palliative Medicine, second edition*, pp. 11-17, 1999.
3. Bruera E, Neumann CM. "Respective limits of palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients" *Supportive Care Cancer* vol. 7(5), 321-327, 1999.
4. Maltoni M. "Simultaneous care in oncologia", *RiCP* 2003; vol.5 (4), 207-8.
5. Meyers FJ, Linder J. "Simultaneous care: disease treatment and palliative care throughout illness." *J Clin Oncol.* 2003 Apr 1; 21 (7): 1412-5.
6. Trentin L, Visentin M, Fosser V. "Dalla sequenzialità all'integrazione operativa: il modello Vicenza" *RiCP* 2003; 5 (4): 239-40.
7. Garetto F, Boglione A, Chiadò Cutin S, et al. "La 'fase di passaggio': bisogni inespressi e necessità di modelli organizzativi per una cura globale", congresso regionale SICP Piemonte, Alessandria 2001, abstract.
8. Garetto F, Dal Canton O, Boglione A et al. "Intermediate Phase (IP): a critical passage from active cure to palliative care in Clinical Oncology. An attempt to manage a difficult moment for the patient and the families and an experience for a global assistance of the oncological disease", congresso nazionale AIOM, Torino, 2002; abstract ; successivamente sviluppato in: F. Garetto, Bertetto O, Valle E et al. "La fase intermedia. Un'esperienza per la continuità assistenziale", congresso nazionale SICP, Milano 2003, abstract.
9. Pochettino P. "Il reale impatto delle urgenze mediche e chirurgiche in Oncologia. Risultato di uno studio epidemiologico retrospettivo e prospettico condotto nel Pronto Soccorso e nel reparto di Oncologia di un ospedale generale di Torino. Riflessi sull'organizzazione dell'assistenza agli ammalati di tumore" Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università di Torino, tesi di Laurea a.a. 2001/2002; relatore prof. A. Mussa.
10. Chiadò Cutin S. "Le urgenze in oncologia: risultati di uno studio prospettico su 4 anni di attività presso l'U.O.A. di oncologia dell'ospedale Gradenigo" Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica - facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino; tesi di Specializzazione a.a. 2002/2003; relatore prof. A. Mussa.
11. Bellani ML. "I bisogni dei familiari nell'assistenza domiciliare al malato oncologico in fase terminale di malattia" in *Quaderni di Cure Palliative*, vol. 6, n.1, 1998.
12. Lovera G. "Una 'medicina di accompagnamento' multidisciplinare" in G. Lovera - Il malato tumorale - pp 23-31, Ed. Medico Scientifiche Torino, 1999.
13. Lamont EB, Christakis NA: "Physician factors in the timing of cancer patients referral to hospice palliative care" *Cancer* 2002; 94: 2733-37.
14. Homsi J, Walsh D, Nelson KA et al. "The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology" *Support Care Cancer* 2002; 10: 337-42.
15. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM et al "Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life?" *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 96-106.
16. Morita T, Akechi T, Ikenaga M et al. "Late referrals to specialized palliative service in Japan" *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-2644.
17. Dunlop KJ, Hockey JM. "Hospital based palliative care teams - the hospital hospice interface", second edition, Oxford: Oxford University Press, 1998.