

# La consulenza intraospedaliera di cure palliative per pazienti oncologici

## L'esempio dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano

Augusto Caraceni, Ernesto Zecca, Cinzia Martini,  
Gustavo Galmozzi, Federico Argiolas, Franco De Conno

Corrispondenza a:  
Augusto Caraceni  
Virgilio Floriani Hospice Istituto Nazionale Tumori,  
Via Venezian 1, 20133 Milano  
e-mail: [augusto.caraceni@istitutotumori.mi.it](mailto:augusto.caraceni@istitutotumori.mi.it)  
Tel 02 23903272

### Riassunto

Scopo di questo lavoro è descrivere l'attività di un servizio di consulenza intraospedaliera di cure palliative a beneficio di pazienti oncologici ricoverati in un centro di riferimento specialistico nazionale. Questo tipo di attività definita all'estero come "hospital palliative care team" "hospital support team" o "equipe mobile" è presente nella realtà italiana ma non trova definizione precisa e un'adeguata pianificazione organizzativa, né standard operativi condivisi. Lo sviluppo della rete di cure palliative ha sottovalutato per ora questa attività che può essere una via di integrazione importante in molte realtà ospedaliere tra cure tradizionali e cure palliative per i pazienti ricoverati in condizioni avanzate o terminali. L'esperienza descritta dimostra che le attività medico infermieristiche del team di cure palliative si integrano con quelle diagnostico-terapeutiche oncologiche a più livelli e in modo specifico realizzando una serie di obiettivi di cura. In rapporto a un carico assistenziale variabile da 350 a 400 pazienti per anno questa attività necessita di almeno un operatore medico specialista in cure palliative a tempo pieno e del 50% delle ore lavorative di un infermiere dedicato a tempo pieno. La multiprofessionalità dell'intervento andrebbe enfatizzata tenendo conto che questo comporta dedicare risorse aggiuntive da parte dello psicologo assistente sociale e spirituale. L'impatto di questo servizio dovrebbe essere valutato ulteriormente per la sua efficacia clinica immediata e per il ruolo di supporto alle attività dei reparti di degenza che vengono integrate dal team di cure palliative.

**Parole chiave:** consulenza ospedaliera, cure palliative, oncologia

### Summary

Aim of this paper was to describe the activities of an "hospital palliative care team" for advanced cancer patients at a national oncological referral center. This type of palliative care service is available in Italy but its definition, organization and clinical practice standards are not defined nor recognized formally, notwithstanding the significant development of palliative care services in the country. This particular setting of palliative care delivery seems very appropriate to integrate traditional hospital care with palliative approaches for the advanced and terminal patients dying in the hospital. The experience described demonstrates that specialized palliative medical and nursing practices have to be strongly integrated with the diagnostic and therapeutic activities of the oncology wards and that a number of specific goals of care can be identified and satisfied. With a patient load ranging from 350 to 400 referrals per year at least 1 full time palliative care physician and 50% of the working time of a full time nurse are needed to meet this need. To further emphasise the multiprofessional character of this service it would be necessary to quantify the need of social worker, psychological and spiritual care obviously increasing the service costs. The impact of this type of service should be evaluated from the perspective of its clinical efficacy but also of the support provided to the oncology wards activities which are directly integrated by the palliative care team.

**Key words:** hospital palliative care team, oncology

## INTRODUZIONE

Team, équipe o servizi di cure palliative basati presso strutture ospedaliere con funzione di consulenza presso i reparti di degenza a supporto delle attività cliniche del reparto per pazienti che necessitano cure palliative, sono attualmente numerosi a livello internazionale e anche in Italia. La definizione inglese utilizzata soprattutto nel Regno Unito, dove sono in grande espansione, è “hospital palliative care team” quella francese “équipes mobile”. Il ruolo di questi servizi è stato spesso valutato in rapporto al loro impatto sull’esito complessivo dell’assistenza ai malati terminali nel percorso assistenziale fino all’exitus<sup>(1,2)</sup>, sia nell’ospedale stesso sia in quanto fornitori diretti di assistenza domiciliare e di supporto o come riferimento specialistico per le strutture assistenziali extraospedaliere. Questi servizi hanno però *in primis* un ruolo specifico all’interno delle strutture ospedaliere dove operano, perché rispondono alla richiesta di consulenza interna dell’ospedale stesso<sup>(3-6)</sup>.

Il ruolo di questo intervento si può comprendere se si pensa che, anche dove l’offerta di cure specialistiche palliative in regime di ricovero (letti dedicati o hospice) è sviluppata, una percentuale importante (dal 40 al 60%) di malati oncologici e non continua a morire negli ospedali per acuti. In Australia i pazienti che decedono per tumore in ospedale ricevono un’assistenza da parte di servizi specialistici di cure palliative in percentuale variabile dal 56 al 63% dei casi<sup>(7)</sup>. Il bisogno di cure palliative nell’ospedale generale e in particolare oncologico risulta quindi evidente. Le esperienze più recenti mostrano che l’intervento specialistico di cure palliative viene richiesto per i pazienti ospedalizzati principalmente per il controllo dei sintomi e per pianificare l’assistenza secondo diverse modalità (dimissioni protette)<sup>(8,9)</sup>. Una componente estremamente significativa di questo impegno professionale riguarda la relazione con il paziente e i suoi familiari nella gestione di problemi di *end-of-life care* e delle decisioni implicate<sup>(10,11)</sup>. È dimostrato che le équipe di cure palliative ospedaliere hanno un impatto positivo sul controllo dei sintomi, sulla comunicazione della diagnosi e della prognosi e, quindi, che non solo rispondono a un bisogno clinico ma che sono anche efficaci<sup>(2, 12-14)</sup>.

## La collocazione della consulenza specialistica di cure palliative nella normativa italiana

Le linee guida nazionali sulle cure palliative ne identificano il livello specialistico presso le Unità operative di Cure Palliative che fanno parte di strutture ospedaliere<sup>(15,16)</sup>. Il documento finale del Comitato Cure Palliative presso il Ministero della Salute recepisce anche la Proposta di requisiti minimi tecnologici strutturali e organizzativi per l’accreditamento delle unità di cure palliative e delle organizzazioni non profit della Società Italiana di Cure Palliative e della Federazione Cure Palliative<sup>(17)</sup>. In questo documento si legge che le UOCP devono “assicurare l’attività di consulenza specialistica sia a livello domiciliare che intraospedaliero”.

Quindi l’attività di consulenza intraospedaliera di cure palliative è l’occasione privilegiata di integrazione tra cure palliative e le altre specializzazioni, l’oncologia in particolare<sup>(18,19)</sup> come l’assistenza domiciliare lo è per l’integrazione delle CP con la medicina generale, perché permette di coordinare l’intervento di diverse risorse cliniche e assistenziali intorno al problema del singolo paziente, esperienze clinico-scientifiche traducendo nei fatti il principio della centralità del malato rispetto all’organizzazione dei servizi sanitari.

Scopo di questo lavoro è stato di identificare gli elementi organizzativi principali di un servizio di consulenza ospedaliero di cure palliative delineandone gli aspetti strutturali e i meccanismi operativi.

## RISULTATI

### Struttura organizzativa e attività svolta nel periodo 1999-2002 dal servizio di consulenza di cure palliative presso l’Istituto Nazionale Tumori di Milano (INT)

L’organizzazione del servizio di consulenza di cure palliative all’Istituto Tumori di Milano prevede l’impegno di due medici specialisti in oncologia dipendenti dalla UOCP con la collaborazione di un’infermiera che è stata variabile negli anni, per motivi di assegnazione delle risorse. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì con fascia oraria 9.00-17.00 e al sabato dalle 9.00 alle 12.00.

L’istituto è un centro di riferimento oncologico nazionale dotato di 420 letti di degenza ordinaria 55 letti di day-hospital ed effettua 13.000 ricoveri ordinari per anno e

12.000 ricoveri in regime di day-hospital.

Le attività caratterizzanti il lavoro sono motivate soprattutto dalla richiesta di controllo del dolore (90% dei casi), ma anche per una minoranza non insignificante di malati (circa il 10%) di presa in carico delle fasi terminali sino all'exitus (Tabella 1). Abbiamo quindi scomposto sulla base dell'esperienza di 4 anni le diverse attività cliniche prestate nel lavoro di consulenza, identificando 6 aree principali di intervento:

### 1. Consulenza iniziale prima valutazione complessiva

- Valutazione iniziale del paziente: diagnosi del dolore nell'ambito della storia clinica della malattia oncologica, valutazione dell'intensità con utilizzo routinario della scala numerica da 0 a 10, impostazione terapeutica immediata, eventuale approfondimento diagnostico sul dolore o altro sintomo in collaborazione con i medici del reparto. Valutazione di altri bisogni fisici, psicosociali e spirituali (che eventualmente motivano l'accesso ad altri operatori) in relazione alle necessità cliniche e assistenziali.

### 2. Intervento terapeutico

- Trattamento farmacologico antalgico con terapie di primo livello (terapia orale, con dosi occasionali im o sc o infusione e.v occasionale);
- Valutazione interventi oncologici specifici con significato palliativo in collaborazione con gli altri specialisti coinvolti;
- Infusione continua di farmaci a scopo antalgico;
  - a. Infusioni ev semplici
  - b. Infusioni sc semplici
  - c. Infusioni ev o sc con pompe PCA (*patient controlled analgesia* = infusione di analgesici oppioidi con pompe programmabili e in parte autogestibili dal paziente);
- Indicazione a interventi invasivi (eseguibili dalla UOCP: alcolizzazione del plesso celiaco, cateterizzazione spinale, blocco neurologico della cauda equina, cordotomia percutanea, rizotomia del ganglio trigemino).

### 3. Monitoraggio

Valutazione quotidiana del dolore mediante diario

- a. Valutazione giornaliera con scale numeriche da 0 a 10 del dolore medio e del dolore peggiore, mediante diario autocompilato dal paziente;
- b. Monitoraggio infermieristico della compilazione del diario del dolore.

### 4. Presa in carico di pazienti con prognosi intermedia o breve ("end-of-life care")

Questa attività si caratterizza per una progressiva maggiore integrazione rispetto all'assistenza fornita dall'unità di degenza per il supporto fornito alle necessità del malato e della famiglia alle decisioni cliniche e assistenziali che si rendono necessarie e spesso richiede anche l'intervento dello psicologo e dell'assistente sociale come consulenti (al momento non sono componenti fissi dell'unità di consulenza) e dell'assistente spirituale dove se ne ravvisi la necessità.

**Tabella 1.** Volume di attività cliniche del servizio di consulenza di cure palliative dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano negli anni 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
Pazienti seguiti	390	414	407	377
Pazienti seguiti sino al decesso in ospedale	31	37	31	23
Visite mediche	2423	2791	2459	2258
Valutazioni infermieristiche del dolore	Nessuna figura infermieristica a disposizione	3919	3445	3385
Durata del periodo di consulenza (mediana per paziente)	11 giorni	10 giorni	10 giorni	9 giorni
Numero infusioni parenterali di oppioidi per dolore:				
PCA	107	145	103	108
	37	50	53	58
Interventi neurolesivi	3	3	2	2
Impianti spinali	1	-		

patient controlled analgesia (vedi avanti)

A seconda della tipologia dei problemi e della prognosi queste attività si possono distinguere in:

- dimissioni in carico ad ambulatori di oncologia e/o cure palliative;
- dimissioni in carico a servizi territoriali domiciliari di cure palliative;
- dimissioni in carico a servizi residenziali di cure palliative (hospice);
- completamento dell'assistenza in istituto fino al decesso;
- trasferimento ai letti dell'hospice della UOCP (10 letti).

### 5. Colloquio parenti e supporto alle decisioni del paziente

Nell'ambito di questa attività il servizio:

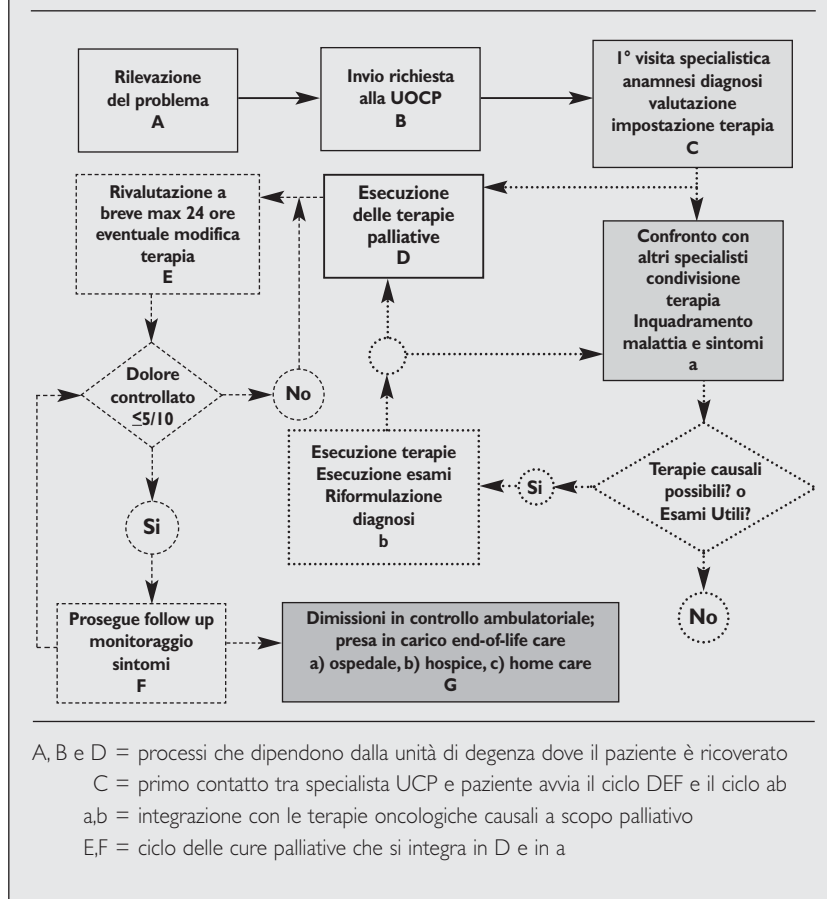
- interviene sul paziente e sulla famiglia secondo un modello di cura globale;
- facilita i rapporti tra i reparti di degenza e le strutture territoriali (medico di medicina generale e assistenza domiciliare) e residenziali (hospice) su tutto il territorio nazionale, per le dimissioni protette;
- identifica i centri qualificati e prende contatti personali per le dimissioni;
- fornisce le indicazioni necessarie per la presa in carico per le specifiche caratteristiche cliniche e socio-assistenziali in collaborazione con l'assistente sociale della direzione sanitaria;
- garantisce la continuità di cura dove possibile rispetto alla località abitativa del malato.

### 6. Fornitura di farmaci o materiali alle altre unità operative

- Alcuni tipi di pompe infusionali per la terapia antalgica e materiali d'uso per le infusioni (pompe monouso e pompe programmabili per PCA) sono forniti direttamente dalla UOCP ai reparti di degenza.

Analisi per processi delle attività svolte nel percorso diagnostico terapeutico dalla richiesta di consulenza alla chiusura del caso

**Figura 1.** Diagramma di flusso dei processi di diagnosi e cura caratteristici della consulenza di cure palliative in oncologia



La figura 1 mostra il flusso delle attività che qualificano la consulenza di cure palliative. Viene proposto il modello del controllo del dolore, per la rilevanza di questo sintomo, ma lo schema si applica egualmente ad altri sintomi della malattia oncologica avanzata.

Le 6 attività descritte sono riconducibili al percorso descritto nella figura 1 secondo una distribuzione a volte prevalente a volte in sovrapposizione tra diverse figure di riferimento come esemplificato dalla tabella 2.

Il diagramma e la tabella identificano aree a maggiore impegno diretto da parte del reparto di degenza soprattutto del personale infermieristico (a destra nel diagramma), aree di stretta integrazione tra cure palliative e altri specialisti, primo fra tutti l'oncologo di riferimento, (in blu nel diagramma) e l'area a maggiore impegno dell'equipe di cure palliative in basso nel diagramma.

**Tabella 2.** Ruolo delle diverse figure di riferimento nella integrazione della consulenza di cure palliative a seconda delle diverse attività (A-F, a, b) identificate nella figura 1; l'impegno relativo di ogni figura professionale è reso con: - (non coinvolta), ++ coinvolta, + parzialmente coinvolta

Figura di riferimento	A	B	C	D	E	F	G	a	b
Infermiere Unità di degenza	++	++	-	++	-	-	-	-	-
Medico oncologo della Unità di degenza	++	++	-	+	-	-	+	++	++
Infermiere UOCP	-	-	+	- ++	++	++	++	-	-
Medico UOCP	-	-	++	- ++	++	+	++	++	+
Radioterapista	-	-	-	-	-	-	-	++	++
Radiologo/diagnostica	-	-	-	-	-	-	-	-	++
Chirurgo-endoscopista ec.	-	-	-	-	-	-	-	+	++
Assistente sociale	-	-	-	-	-	-	++	-	-
Psicologo	-	-	-	-	-	-	-	+	+

La distribuzione dell'impegno professionale è solo indicativa di un ruolo più specifico. Anche se si sottolinea l'integrazione nel momento (a) del diagramma, è in realtà l'intero processo che è integrato dalla comunicazione costante e biunivoca, e con più interlocutori (medico di reparto, infermiere di reparto, radiologo ecc.) che è possibile e necessaria tra i professionisti di CP e delle altre specialità soprattutto nelle attività D, E e G, che rappresentano il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del malato dalla segnalazione del caso alla dimissione o all'exitus.

#### Valutazione quantitativa delle risorse impiegate per la consulenza di cure palliative su un campione di attività

##### *Attività clinica specialistica medico-infermieristica dell'UOCP*

Si è quantificato, mediante registrazione cronometrica individualizzata per ogni operatore, l'impegno lavorativo delle risorse medico infermieristiche assorbite dal servizio di consulenza (Tabella 3). Le risorse utilizzate si riferiscono alla gestione durante 10 giornate lavorative consecutive.

Complessivamente nel periodo considerato sono state destinate all'attività clinica 70,1 ore di attività medica (in media 7h 10' al giorno DS = 121 minuti) pari al 93% dell'orario di lavoro di un medico a tempo pieno e 45,9 ore

di attività infermieristica (in media 4h e 36' al giorno, DS = 50 minuti) pari a più del 50% delle ore lavorative giornaliere di un infermiere a tempo pieno.

Le risorse impiegate devono anche coprire le giornate festive per ora limitate solo al sabato, i periodi di ferie e malattia, l'attività di aggiornamento e di ricerca. Non essendo disponibile una sostituzione infermieristica, inoltre nei periodi di assenza della figura infermieristica almeno parte del lavoro dell'infermiera deve essere svolto dal medico.

## DISCUSSIONE

### Tipologia dell'intervento

Sono state rappresentate le 6 tipologie di attività che spiegano l'impegno di risorse specialistiche e strumentali nell'esecuzione della consulenza di CP in oncologia a fronte di alcuni dati riassuntivi di prestazioni effettuate (Tabella 1). Si è chiarito quindi, (Figura 1, Tabella 2) come queste attività si svolgono in rapporto al percorso di un paziente con bisogni di tipo palliativo.

In base a queste osservazioni si può concludere che tre sono le fonti principali che spingono l'assorbimento di risorse specifiche per le CP, consistenti soprattutto in tempo dedicato dalle figure professionali:

- le richieste di una approfondita capacità specialistica con elevata integrazione multidisciplinare rivolta al controllo dei sintomi fisici, primo fra tutti il dolore (tempo clinico tecnico);
- i requisiti di intensa comunicazione con il paziente e con la famiglia del paziente (tempo clinico di relazione);
- la capacità di facilitare dimissioni protette a strutture adeguate alle condizioni sociosanitarie e individuali del singolo malato (tempo organizzativo).

Questa separazione artificiosa di tempi è fatta solo per evidenziare che il risultato è quindi la giustificazione delle risorse impiegate si esprime in termini prevalentemente

**Tabella 3.** Minuti/medico/infermiere dedicati alle diverse attività prestate nella consulenza di CP all'INT in un periodo di due settimane e 10 giornate lavorative

Giorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N pazienti	12	13	14	15	8	9	14	10	6	14
ATTIVITÀ DEL MEDICO										
N visite mediche	10	11	10	15	8	8	13	6	7	18
Minuti/pazienti visita, colloquio	260'	405'	265'	425'	150'	180'	520''	420'	390'	470'
Riunione	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'
Telefono, contatti pazienti e dimissioni	15'	15'	20'	30'	20'	30'	15'	5'	20'	-
Totale	335'	480'	345'	515'	230'	270'	595'	485'	470'	530'
ATTIVITÀ INFERMIERE										
Valutazioni 1° visita	55'	69'	55'	72'	-	65'	33'	86'	38'	95'
Valutazioni controllo	202'	176'	206'	190'	150'	155'	205'	117'	82'	184'
Gestione pompe infusione PCA	20'	20'	-	40'	-	-	60'	20'	60'	-
Riunione	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'	60'
Totale	337'	325'	321'	362'	210'	280'	358'	283'	240'	339'

qualitativi, che derivano dalla preparazione specifica degli operatori e dal tempo messo a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie.

Nel caso specifico dei pazienti che vengono seguiti sino al decesso, che abbiamo visto riguardare circa il 10% dei casi seguiti per anno, l'impegno del team di consulenza è particolarmente impegnativo, può comportare tempi assistenziali molto variabili, in genere più lunghi e, soprattutto, secondo la nostra esperienza, una disponibilità oraria maggiore, che dovrebbe poter prevedere una reperibilità sulle 24 ore che non è attualmente garantita dal servizio di consulenza.

### Organizzazione e risultati

L'adeguatezza dell'intervento di consulenza di CP si dovrebbe misurare rispetto alla soddisfazione del bisogno dei pazienti e dei reparti che la richiedono. In una valutazione di prevalenza del dolore nel nostro istituto effettuata su tutti i pazienti degenti in una giornata abbiamo osservato che su 288 pazienti ricoverati e intervistati 40 avevano dolore dovuto alla neoplasia<sup>(20)</sup>. Il nostro servizio di consulenza ha una prevalenza giornaliera media di pazienti in carico di 12 casi.

Andrebbero quindi valutati nel processo di miglio-

mento obiettivo e le opinioni e la soddisfazione soggettiva dei pazienti con il trattamento del dolore e dei sintomi ricevuto. Questo tipo di indici, avvicinati al concetto di *customer satisfaction*, non sono di facile rilevazione e soprattutto presentano problemi metodologici rilevanti quando si cerchi di ricavare da queste valutazioni elementi pratici utili al cambiamento<sup>(21)</sup>.

Si può poi considerare l'aderenza del percorso e della struttura organizzativa delineati (Figura 1) a linee guida nazionali e internazionali di miglioramento della qualità, costruite per rispondere in modo ottimale al problema dolore e alle necessità dei malati terminali<sup>(22-24)</sup>.

In modo ancor più specifico recentemente sono stati identificati alcuni elementi per rendere obiettiva la qualità assicurata dagli interventi di consulenza ospedaliera di cure palliative che andrebbero attentamente valutati soprattutto per quanto riguarda l'effettiva capacità di inserire nell'attività dell'équipe di cure palliative la consulenza, l'esperienza e l'aiuto di operatori psicologi, fisioterapisti, assistenti spirituali e assistenti sociali, che è ancora carente<sup>(25)</sup>. Le osservazioni fatte sulla modalità organizzativa dell'intervento prestatato portano inoltre a concludere che le risorse organizzative dedicate consistono soprattutto nella capacità di integrare diverse figure professionali intorno ai bisogni del malato<sup>(19)</sup>.

### Conclusioni per lo sviluppo futuro per la consulenza intraospedaliera di cure palliative

Nella realtà del Regno Unito dove sono presenti *hospital based palliative care team* nel 55% degli ospedali<sup>(26)</sup>, la operatività del team ospedaliero di cure palliative si realizza nel ruolo di consulenza e formazione per lo staff curante e di terapia e assistenza diretta per i casi più complessi, che richiedono capacità più esperte in cure palliative<sup>(25)</sup>. Questi servizi sono costituiti, come nucleo essenziale, da un infermiere e un consulente (le risorse in realtà

andrebbero commisurate al carico di lavoro e al modello di assistenza programmato) con professionalità dedicata e documentabile in cure palliative (questo in Inghilterra è facilmente definibile vista la presenza di qualificazioni professionali specialistiche per le CP sia per il medico che per l'infermiere, attualmente non esistenti in Italia) con la capacità di coinvolgere ("estensione del servizio") psicologo, assistente spirituale, assistente sociale, fisioterapista, terapeuta occupazionale. In realtà col crescere della domanda di CP e della disponibilità di servizi specialistici, la multidisciplinarietà del team è passata in molti casi da essere affidata al concetto di nucleo e servizio esteso a quello di risorse multidisciplinari dedicate al team. Questi servizi per qualificarsi come tali devono almeno<sup>(25)</sup>:

- a) svolgere regolari incontri per discutere i casi clinici e le problematiche organizzative;
- b) fornire una modalità di copertura delle necessità che si presentano al di fuori della fascia oraria di servizio;
- c) fornire una documentazione scritta del servizio e dell'attività clinica svolta.

Il nostro modello operativo pur rispondendo in buona parte a questi requisiti necessita di alcune precisazioni critiche:

1. Il nostro esempio nasce dall'esperienza di un centro oncologico e per il bisogno prevalente di controllare il dolore mentre le modalità di intervento nell'ospedale generale che si occupa anche di malati non oncologici terminali, già sviluppate e verificate all'estero<sup>(27,28)</sup>, attendono in Italia verifiche empiriche.
2. Il modello di intervento dovrebbe essere standardizzato secondo le indicazioni di approccio multidisciplinare delle cure palliative e comunque presenta ancora differenze organizzative evidenti anche nei paesi dove questo tipo di supporto all'attività di cura in regime ospedaliero è più

sviluppato<sup>(8,25,28)</sup>, ad esempio quante risorse destinare al supporto e alla formazione dello staff ospedaliero piuttosto che alle cure dirette sul malato e la famiglia<sup>(2)</sup>?

3. L'impatto dell'intervento su variabili della qualità della vita e sul controllo dei sintomi andrebbe documentato anche in Italia per dimostrarne l'utilità clinica a confronto con altri modelli di assistenza o con la pratica corrente, come suggerito dall'esperienza britannica<sup>(2)</sup>.

4. L'impatto dell'intervento sul processo di cura e assistenza andrebbe anche quantificato, ad esempio nella potenziale riduzione dei giorni di degenza ospedaliera e nella maggiore appropriatezza delle scelte assistenziali e del supporto diretto fornito alle attività clinico-assistenziali dei reparti di degenza.

5. Le risorse destinate a questi interventi andrebbero meglio quantificate a fronte dei bisogni soddisfatti e dei risultati ottenibili per meglio pianificare gli investimenti e l'organizzazione delle strutture di cure palliative, di diversa complessità già esistenti e di quelle che potrebbero avere un ruolo specifico presso gli ospedali dove ci si proponga di attivare servizi di supporto o di consulenza secondo il modello dell'"hospital based palliative care team".

Anche se in Italia lo sviluppo coerente dei servizi di cure palliative è ancora molto diseguale e non ha ancora definito molti nodi importanti come la qualificazione professionale del personale dedicato e gli standard di tutti gli interventi considerati necessari, ci sembra importante guardare al futuro considerando i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie e l'esperienza di altri paesi non molto diversi dal nostro per meglio programmare le caratteristiche professionali e le modalità operative dei servizi di cure palliative del domani.

## Bibliografia

1. Addington HJ, Mac Donald L, Anderson HR, et al. Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *BMJ* 1992; 305: 1317-22.
2. Higginson I, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do Hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Sympt Manage* 2002; 23: 96-106.
3. Grypdonck MHF, Vanderwee K, Drieghe B, et al. Palliative care in the hospital: are support team necessary and sufficient? Abstract of the 8th Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). *The Hague, European Journal of Palliative Care, Hayward Medical Communications*, 2003, pp 68.
4. McGee H, Phillips C, Guilde J. Can hospital support teams expect to see patients jointly with a member of the patient's medical team? Abstract of the 8th Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). *The Hague, European Journal of Palliative Care, Hayward Medical Communication*, 2003, pp 66.
5. Cammaerts N, Menten J, Van Beek K, et al. Do palliative support team interventions allow terminal patients to be discharged home? Abstract of the 8th Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). *The Hague, European Journal of Palliative Care, Hayward Medical Communications*, 2003, pp 67.
6. Santa-Emma PH, Roach R, Gill MA, et al. Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J Pall Med* 2002; 5: 93-100.
7. Hunt RW, Fazekas BS, Luke CG, et al. The coverage of cancer patients by designated palliative services: a population-based study, South Australia, 1999. *Pall Med* 2002; 16: 403-09.
8. Dunlop RJ, Hockley JM. *Hospital based palliative care teams: the hospital-hospice interface*, 2nd ed. Oxford/New York/Melbourne: Oxford University Press, 1998.
9. Homs J, Walsb D, Nelson KA, et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Supp Care Cancer* 2002; 10: 337-42.
10. Manfredi P, Chandler S, Pigazzi A, et al. Outcome of cancer pain consultations. *Cancer* 2000; 89: 920-24.
11. Weissman DE. Consultation in palliative medicine. *Arch Intern Med* 1997; 157: 733-37.
12. Higginson I, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their care givers? *J Pain Sympt Manage* 2003; 25: 150-68.
13. Jack B, Hillier V, Williams A, et al. Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. *Pall Med* 2003; 17: 498-502.
14. Jack B, Hillier V, Williams A, et al. Hospital based palliative care teams improve the insight of cancer patients into their disease. *Pall Med* 2004; 18: 46-52.
15. Zucco F. LA rete di cure palliative in Lombardia. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2001; 3: 240-45.
16. Trizzino G. Ecco il piano del ministero. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2003; 5: 54-7.
17. Trizzino G, Zucco F. Ecco i requisiti per i centri Italiani. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2002; 4: 243-47.
18. Maltoni M, Amadori D. Palliative medicine and medical oncology. *Ann Oncol* 2001; 12: 443-50.
19. Glare PA, Auret K, Aggarwal G, et al. The interface between palliative medicine and specialists in acute-care hospitals: boundaries, bridges and challenges. *Aust J Med* 2003; 179: S29-S31.
20. Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C, et al. Pain experienced by patients hospitalized at the national cancer institute of Milan: research project "towards a pain-free hospital. *Tumori* 2000; 86: 412-18.
21. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Manage Nurs* 2002; 3: 116-30.
22. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995; 274: 1874-80.
23. Ellershaw J, Wilkinson S. *Care for the dying. A pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
24. Ventafridda V. Il progetto "Ospedale senza dolore". *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2001; 3: 111-13.
25. Hunt J, Keeley V, Cobb M, et al. A new quality assurance package for hospital palliative care teams: the Trent Hospice Audit Group model. *Br J Cancer* 2004; 92: 248-53.
26. NICE: *Supportive and palliative care. Improving supportive and palliative care for adults with cancer*, 2004.
27. Mirando S, Davies P, Lipp A. Introducing and integrated care pathway for the last days of life. *Pall Med* 2005; 19: 33-9.
28. Kutner JS, Metcalfe T, Vu K, Fink R, et al. Implementation of an ad hoc hospital-based palliative care consult service. *J Pain Sympt Manage* 2004; 28: 526-28.