

Le cure di fine vita e la medicina ospedaliera. Una esperienza sul campo

LUIGI LUSIANI¹

¹ex Direttore UOC Medicina Generale I, Ospedale S.Giacomo Apostolo, Castelfranco Veneto (TV), AULLSS2 Marca Trevigiana.

Pervenuto su invito il 13 luglio 2020.

Riassunto. Un gran numero di pazienti anziani conclude la propria esistenza nei reparti di medicina generale, dove difficilmente trovano cure adeguate alle loro specifiche esigenze. I medici e gli infermieri, indipendentemente dalla loro specializzazione, dovrebbero essere in grado di fornire ai pazienti morenti cure di fine vita (EOL-care) per soddisfare il loro diritto a morire bene. Devono essere costruiti e diffusi percorsi clinici appositamente studiati, ispirati alla cura del comfort. Si riporta una specifica esperienza portata avanti per dieci anni in un reparto di medicina interna. Dopo un periodo di due anni dedicato alla formazione di un nutrito gruppo di medici e infermieri e a progettare il proprio percorso, il gruppo di lavoro ha registrato miglioramenti sostanziali per i pazienti e per il personale stesso, in termini di un migliore controllo del dolore e di tutti gli altri sintomi, evitamento di procedure inutili, migliore qualità di comunicazione e comprensione, armonizzazione delle decisioni cliniche prese dai medici e dagli infermieri. Sulla base di questa esperienza, vengono discusse le seguenti raccomandazioni: dopo aver preparato il personale, implementare regolarmente l'assistenza di fine vita come parte della pratica di routine in un reparto di medicina generale, quando appropriato; dopo aver iniziato, essere consapevoli che gli infermieri sono gli attori principali nella conduzione dell'assistenza EOL; dopo aver iniziato, essere consapevoli che gli infermieri sono gli attori principali nella conduzione dell'assistenza EOL; essere consapevoli del fatto che l'assistenza EOL non è in alcun modo un'assistenza di basso profilo in quanto è un compito impegnativo.

Parole chiave. Cure palliative, fine vita.

End-of-life care and hospital medicine. A field experience.

Summary. A large number of elderly patients end their life in general wards, where they hardly find appropriate for their specific needs. Physicians and nurses, irrespective of their specialization, should be able to provide the dying patients with end-of-life care (EOL-care) to meet their right to die well. Purposely tailored clinical paths, inspired to the comfort care, should be constructed and disseminated. A specific experience carried on for ten years in an Internal Medicine department is reported. After a two-years period of time spent educating a large group of physicians and nurses and to project its own path, the working group experienced substantial improvements for the patients and the staff itself, in terms of a better control of pain and other main disturbing symptoms, avoidance of futile procedures, a better quality of communication and comprehension, harmonization of the clinical decisions brought about by the physicians and the nurses. Based on this experience, the following recommendations are discussed: after preparing the personnel, routinely implement end-of-life care as part of routine practice in a general ward, whenever appropriate; after starting, be aware that nurses are the main actors in the conduction of EOL-care; be aware that EOL-care in no way is a low profile care in as much as it is challenging and demanding task.

Key words. End-of-life, palliative care.

«Alla fine non ci verrà chiesto se siamo stati credenti, ma se siamo stati credibili».

(Giudice R. Livatino, ucciso dalla mafia nel 1999)

Il diritto di morire bene in ospedale

Alla domanda rivolta ai malati cronici su quale sia il luogo dove è preferibile concludere la propria esistenza al termine del percorso di malattia, se a casa propria o istituzionalizzati in ospedale o in altre strutture sanitarie, le persone, interpellate in anticipo, in maggioranza rispondono in maniera ovvia: a casa propria, circondati dagli affetti familiari. I dati della letteratura riguardano specificamente i malati oncologici^{1,2}, ma non è azzardato proiettare queste conclusioni su tut-

ti gli altri. Tuttavia, quello che avviene nella realtà è diverso, per diversi motivi. In primo luogo, di fronte all'evolvere delle situazioni e al deterioramento finale delle condizioni di salute, quando le cure domiciliari diventano impraticabili, il ricorso all'ospedale può diventare una necessità; in secondo luogo, spesso i familiari (decisori di ultima istanza) si sentono impreparati, spaventati o semplicemente confusi all'idea di gestire il fine vita dei loro anziani a casa; inoltre, non sono infrequenti le situazioni di reale abbandono o di insufficiente supporto dei malati cronici anziani in contesto domiciliare. In ogni caso bisogna ammette-

re che l'ospedale garantisce per tutti un importante sostegno logistico nella gestione di un trapasso. In mancanza di offerte alternative, l'ospedale continuerà a costituire un luogo dove si va anche a morire.

I dati di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità riferiti all'Italia e relativi al 2014 (anno campione) mostrano un totale complessivo di 595.293 decessi³; di questi, 198.156 sono avvenuti in ospedale e per il 51,7% nei reparti di medicina interna o di geriatria (dati confidenziali forniti da Giovanni Mathieu, sulle SDO depositate al Ministero della Salute). In linea tendenziale, questi numeri non sono destinati a cambiare rapidamente, perché quand'anche proliferassero le strutture alternative all'ospedale (hospice, servizi domiciliari, ecc.), l'aumento della popolazione anziana contribuirebbe a controbilanciare l'effetto favorevole.

Questo è più che sufficiente per asserire che è necessario che i medici e gli infermieri ospedalieri dei reparti non specialistici coltivino e migliorino la loro professionalità nelle cure di fine vita.

È largamente documentato che i malati non ricevono cure ottimali in ospedale nel fine vita^{4,5}, perché vengono mantenuti a oltranza standard assistenziali non appropriati, che altro non sono che il prolungamento di quelli riservati ai malati acuti, e che, disagiati per i pazienti e anzi forieri di sofferenze aggiuntive, a conti fatti non apportano benefici neppure in termini di sopravvivenza. Tutti i malati alla fine della loro vita dovrebbero ricevere cure ispirate a paradigmi diversi: non più la ricerca etiologica e la guarigione, bensì il controllo dei sintomi in quanto tali e l'accompagnamento psicologico e spirituale⁶. Ma bisogna ammettere che tutto ciò rappresenta a tutt'oggi un'esigenza non completamente soddisfatta, per la mancanza di formazione orientata in questo senso, ma anche per la scarsa flessibilità organizzativa dei reparti ospedalieri, che poco o punto si adattano spontaneamente alla specificità e alla complessità dei bisogni dei pazienti alla fine della loro vita. Con questo viene tradito il diritto delle persone di morire bene, che può essere considerato un diritto naturale (ciò che ciascuno di noi vorrebbe garantito per sé e per gli altri) come la salute, il benessere la felicità; e di questo i sanitari, chiamati a presidiare questo passaggio esistenziale, devono sentirsi responsabili⁷. Anche se quando si parla di questo tipo di diritti nessuno può rivendicare la garanzia di un risultato, va affermato che a tutti i malati alla fine della vita devono essere fornite cure adeguate al loro stato.

La medicina che proponiamo in questo ambito è insufficiente, e deve essere ripensata per incorporare le cure di fine vita (end-of-life care), secondo i paradigmi della comfort care.

Comfort care e la creazione di un protocollo di cure di fine vita

La comfort care definisce l'insieme degli atti medici rivolti a fornire l'immediato sollievo dai sintomi nei

pazienti vicini alla loro morte, comprensivi dell'estinzione del dolore, del controllo dell'agitazione e del delirio, e di tutti gli altri sintomi disturbanti, a prescindere dalla diagnosi⁸. Si parla di capacità professionali che dovrebbero far parte del repertorio di ogni medico, a prescindere dalla specializzazione.

Le cure di fine vita, secondo i paradigmi della comfort care, rappresentano la parte finale delle cure palliative, ed è bene chiarire questo per non alimentare confusioni: le cure palliative vere e proprie sono destinate ad abbracciare un arco di tempo maggiore e, se sono istituite in maniera tempestiva (come è raccomandato nei malati neoplastici avanzati), devono essere simultanee o embricate rispetto ai trattamenti curativi⁸; per questo richiedono personale aggiuntivo con specifiche competenze e strutture dedicate. Le cure di fine vita attuate in ospedale devono saldarsi con le cure palliative già istituite, ma medici e infermieri devono rendersi capaci di intervenire anche nelle situazioni carenti, attraverso la costruzione di specifici protocolli per le cure di fine vita. Le cure di fine vita non possono essere delegate ad altri, ma devono essere fatte proprie da chi è chiamato a presidiare la morte delle persone.

Un'esperienza concreta in questo senso è stata portata avanti nella Divisione di Medicina Interna dell'Ospedale di Castelfranco Veneto (presidio di rete della AULLS2 Veneto) a partire dal 2008, attraverso varie fasi: una fase formativa e una progettuale durate 2 anni sotto la guida e il tutoraggio della Fondazione Sue Ryder Onlus, e una fase di implementazione protratta fino al 2017⁹.

La fase formativa ha riguardato tutto il personale medico e infermieristico del reparto, ed è stata centrata sui principi della comfort care, la identificazione dei criteri di eleggibilità alle cure di fine vita (la diagnosi di morte imminente), la terapie del dolore, le tecniche di sedazione terminale, i principi della nutrizione parenterale e della idratazione in fase terminale, il controllo dei sintomi disturbanti, le tecniche comunicative delle cattive notizie per i pazienti e i loro familiari. I contenuti sono stati tutti rigorosamente ispirati ai criteri della evidence-based medicine. La fase progettuale è consistita nell'adattamento ospedaliero della Liverpool Care Pathway¹⁰ attraverso il metodo del focus group, ed è sfociata nella creazione di una cartella clinica e di una "grafica" *ad hoc* per i malati terminali, sostitutive di quelle tradizionali e di identico valore documentale legale, finalizzate a recepire i contenuti assistenziali tipici delle cure di fine vita.

Il protocollo di cure di fine vita elaborato ha compreso la definizione precisa dei criteri di eleggibilità dei pazienti, la pianificazione condivisa degli obiettivi individuali (consapevolezza della situazione di morte imminente per i familiari e il paziente se cosciente, revisione dei trattamenti in atto e sospensione di quelli non essenziali, sospensione concordata delle procedure non orientate al comfort comprese quelle rianimatorie), la istituzione di terapia anticipatoria per 5 sintomi disturbanti (dolore, dispnea, agitazio-

ne, secrezioni respiratorie, nausea/vomito) con sorveglianza pro-attiva ogni 4 ore (non su chiamata), revisione dei bisogni nutrizionali e di idratazione (con orientamento all'abolizione della nutrizione parenterale e al mantenimento della sola idratazione per via sottocutanea), mantenimento di un livello di comunicazione continuo (anche rivolto alla revisione o deroga dalle decisioni già condivise). Si è trattato di un protocollo qualificante per le cose che si è deciso di omettere (esami, monitoraggi di parametri vitali, terapie e farmaci non necessari al comfort), e per le cose che si è contemplato di non trascurare (sorveglianza pro-attiva e non solo su chiamata per i sintomi chiave, livello di comunicazione intenso). Uno sforzo di ri-orientamento delle cure rivolte non più alla malattia, bensì al comfort del paziente, e solo a quello, come decisione consapevole e condivisa, e non irreversibile.

Il lavoro è stato impostato fin dall'inizio alla valutazione di risultato. Per questo motivo, in fase preliminare il tutto è stato preceduto da uno studio dei dati relativi alle modalità di morte di tutti i pazienti deceduti nel nostro stesso reparto nell'anno precedente; in particolare sono stati analizzati le diagnosi finali e, relativamente alle ultime 48 ore di vita dei pazienti, le procedure diagnostiche (strumentali e di laboratorio) e terapeutiche (comprese le vie di somministrazione dei farmaci), le pratiche assistenziali infermieristiche, le pratiche rianimatorie messo in campo nei morenti, nonché la registrazione dei sintomi disturbanti (*in primis* il dolore) e la loro frequenza di rilevamento. Questi stessi dati sono stati analizzati negli anni successivi, relativamente ai pazienti introdotti alle cure di fine vita secondo il protocollo sopra descritto, per confronto.

I risultati di una esperienza

I risultati dell'esperienza sono stati oggetto di pubblicazione scientifica e presentazione formale in sedi congressuali^{6,11}, e sono qui riportati in una sintesi discorsiva.

Ciò a cui abbiamo assistito è stato un sensibile miglioramento del livello assistenziale dei pazienti morenti (ciò che era intrinseco alla pianificazione di una fitta presenza al loro letto, senza aspettare solo le chiamate), ma anche una radicale semplificazione nella gestione dei malati e della situazione, e un sensibile rasserenamento del clima generale di fronte alla morte. Tale serenità è stata percepita come tale da tutto lo staff sanitario e dai familiari, e non è illegittimo assumere che sia stata trasferita anche agli interessati con loro giovamento (anche se di questa asserzione finale non può sussistere controprova). La gestione di un malato terminale in ospedale non manca mai di essere connotata da naturali tensioni, legate alla drammaticità dell'evento (la morte resta drammatica in sé, ma tende a essere vissuta da tutti come fallimento delle cure), alla impreparazione psicologica dei malati e dei familiari (i quali di morte possibile

difficilmente hanno sentito parlare esplicitamente prima), alle incertezze sul da farsi dei sanitari (i quali non sanno se insistere su certe cose o desistere), al fatto che certe decisioni sono lasciate alla sensibilità dei singoli e del momento, alla mancanza di coerenza nelle scelte. Ebbene, molte di queste componenti sono venute meno dopo la attuazione del protocollo, in virtù della condivisione e della esplicitazione dei diversi passaggi decisionali.

Il protocollo ha favorito al massimo la capacità di evitare la medicina futile e di passare da un modo di lavorare paradossale e inefficiente a uno semplicemente più umano ed efficace. In assenza di esso, i nostri morenti finivano la loro esistenza perfettamente controllati quanto per esempio a glicemia, potassiemia, frequenza cardiaca, in forza del fatto di essere sottoposti a punture sulla punta delle dita o su una vena fino all'ultimo o a un inutile ECG poco prima di morire, ma non altrettanto ben controllati quanto a stato di agitazione/delirio, nausea/vomito o dolore fisico. Un prelievo capillare glicemico, un prelievo venoso o un ECG sono certamente procedure innocue, e rappresentano inezie sul piano decisionale, ma nella loro plateale inutilità esaltano il paradosso. Il paradosso diventa imbarazzante se si parla di cateterismi vescicali, stomie gastriche, intubazioni tracheali, incannulazioni venose centrali e altre procedure decisamente invasive o aggressive, come le pratiche rianimatorie non risparmiate ai nostri morenti in nome di non si sa veramente quale criterio. Il fatto è che le routine mediche e infermieristiche calibrate per i malati acuti, quando diventano futili per i morenti, anche se indolori non sono mai veramente innocue, perché distolgono i sanitari dai reali bisogni, lasciando loro l'illusoria impressione che si è fatto quel che si doveva. Con l'applicazione del protocollo le inutilità sono state abbandonate, in maniera esplicita e condivisa, per rivolgere l'attenzione alle cose che contano per i pazienti e non solo per i medici e/o gli infermieri.

Un risultato molto concreto e misurabile ottenuto con il protocollo di cure di fine vita ha riguardato il controllo del dolore. Siamo passati da un controllo che lasciava che il 40,3% dei pazienti in morisse con sintomi dolorosi di varia entità, perché non accanitamente controllati nelle ultime 48 ore di vita (numero vergognoso, ma non dissimile da quello di molte altre casistiche controllate), al fatto che nei morenti immessi nel nostro protocollo solo nel 4% delle sorveglianze degli ultimi 7 giorni si è verificata la persistenza di dolore refrattario⁹. E questo non in virtù di particolari migliori farmacologiche, ma dell'atteggiamento pro-attivo sul disturbo. Questo unico dato (benché misurato in maniera imperfetta, perché imperfette sono le scale del dolore, soprattutto per i pazienti che non sanno esprimersi verbalmente) basterebbe a sancire la bontà di tutti gli sforzi profusi.

Non deve sfuggire che la costituzione di una cartella clinica e di una "grafica" *ad hoc*, nelle quali comparivano tracciati i passaggi decisionali iniziali e le impostazioni terapeutiche documentatamente condivise, lasciava poco spazio alla iniziativa estem-

poranea di un medico chiamato sulla scena per una necessità emergente, tipicamente il turnista di guardia diurna o notturna, per forza di cose generalmente piuttosto ignaro del contesto e quindi propenso a esagerare nei suoi interventi, per solerzia e per quella forma di prudenza che spinge l'istinto medico a non lasciare nulla di intentato. E anche questo ha contribuito ad armonizzare le decisioni.

Il protocollo ha costretto a intensificare e migliorare la comunicazione. Non si può sottovalutare l'importanza che riveste la comunicazione interpersonale nelle cure di fine vita: una comunicazione esplicitata e tracciata circa le decisioni terapeutiche finali oltre che essere un atto dovuto alla coscienza etica (ma oggi dobbiamo anche dire dovuto ai sensi della legge 219/17 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"), costituisce un sostanziale depotenziamento delle confutazioni postume e la reale prevenzione dei contenziosi. Il clima sereno giova in primo luogo ai morenti: se non fossimo convinti di ciò tutto questo significherebbe solamente opportunismo.

La messa in atto di un protocollo di cure di fine vita ha significato introdurre un concetto piuttosto estraneo nelle corsie di un ospedale (e ancor più nella cultura generale): la morte come fatto clinico, cioè come evento che, per quanto drammatico e indesiderabile, deve essere visto come parte di un percorso di malattia cronica e che, in quanto preconizzato, può e deve essere assunto e con ciò enunciato sulla base di semplici e chiari criteri, annunciato come si deve agli interessati e ai loro familiari, e non sistematicamente scongiurato a oltranza a prescindere da ogni altra valutazione. Il motivo che induce i medici a non lasciare intentato il possibile (ma spesso l'impossibile!) è la implicita minaccia di poter essere confutati, dai propri colleghi (in maniera esplicita oppure, più spesso, implicita), o dagli interessati (spesso i parenti in maniera postuma). E questo, più in generale, sta alla base della medicina difensiva.

Considerazioni finali

L'esperienza, portata avanti per quasi un decennio, autorizza a una serie di considerazioni, che sono state recepite in un decalogo FADOI-ANIMO per le cure di fine vita in medicina interna¹² e che dovrebbero auspicabilmente servire per promuovere iniziative similari in larga scala negli ospedali italiani. Non nascono dall'alto di risultati ottenuti, ma dalla percezione che molto deve ancora succedere per soddisfare i bisogni inevasi delle persone che ancora muoiono malamente nei nostri ospedali, vittime dell'inerzia organizzativa di un sistema che tende a muoversi sotto la spinta di imperativi tecnologici mal intesi, interpretata da medici e infermieri fin troppo presi dal fare, e distratti e disattenti quanto ai risultati di salute del loro fare.

1. Le cure di fine vita informate sui principi della comfort care dovrebbero diventare prassi comune negli ospedali, soprattutto nei reparti non specialisti

stici dove più spesso si ritrovano le persone giunte al termine del loro percorso di malattia. Proprio perché si sta affermando la medicina palliativa come branca specialistica a sé stante, il bisogno di cultura e competenze diffuse sulle cure di fine vita deve trovare risposte fattive negli ospedali e fuori dagli ospedali, dove tutti i sanitari, e non solo pochi dedicati, devono sentirsi coinvolti. Sarebbe drammatico che i medici e gli infermieri in generale, anziché occuparsene, si sentissero autorizzati a delegarle ad altri, perché, anche nella migliore delle situazioni, ci saranno sempre più malati che necessitano di cure di fine vita che specialisti disponibili.

2. La cultura e la pratica delle cure di fine vita non si improvvisano. Queste non sono il sottoprodotto della buona propensione di qualcuno particolarmente sensibile agli aspetti umanistici della pratica medica e infermieristica, né il frutto di iniziative individuali da parte di pochi bene intenzionati. Comportano cammini formativi e abilità che devono essere volute, imparate, validate, coltivate e mantenute, ma anche aspetti organizzativi che non dipendono solo dai singoli e dalla loro spontanea buona volontà. All'interno di un reparto ospedaliero è tutto un gruppo di medici e infermieri (più realisticamente, una massa critica di persone) che deve mobilitarsi in sincrono per imprimere un orientamento diverso e cambiamenti efficaci: non basta un primario illuminato e non bastano poche persone motivate. I cambiamenti ottenuti, poi, vanno presidiati per il loro mantenimento, perché esiste una inerzia in ordine contrario che agisce. Questo vale per molte migliorie in medicina, ma soprattutto per quelle che non sono assecondate da interessi tecnologici.

3. L'aspetto cruciale delle cure di fine vita sta nel livello comunicativo che si riesce a instaurare. La comunicazione è imprescindibile e va esercitata a vari livelli: in primo luogo tra i medici decisori (perché a loro spetta l'onere dell'inesco), in secondo luogo tra medici e infermieri (naturalmente portatori di punti di vista diversi ma complementari, e non gerarchicamente subordinati), in terzo luogo con i pazienti (la componente più ovvia e più difficoltosa), in quarto luogo con i familiari (la componente più articolata e problematica). Nessuno di questi livelli può essere trascurato, né sottovalutato, pena il fallimento del tutto.

4. Le cure di fine vita, una volta istituite, camminano sulle gambe degli infermieri: sono gli infermieri depositari dei contenuti professionali che le rendono veramente efficaci. Questo significa che i medici, certo in prima linea nel momento decisionale iniziale, devono essere pronti a cedere il passo e rinunciare alla loro primazia di ruolo sempre affermata in altri ambiti. Anche in questo le cure di fine vita comportano un cambio di paradigma rispetto ai percorsi di cura tradizionali.

5. Va sfatata in partenza l'idea che le cure di fine vita siano una medicina di ripiego, basata sul rinunciare e sull'abbassare il profilo assistenziale, e con

ciò destituita di interesse professionale e di ogni fascino. A prescindere dalle diverse propensioni personali dei singoli medici, che fanno preferire agli uni una medicina aggressiva e interventista, agli altri una medicina speculativa e più pacata, quando si tratta di decidere che cosa è meglio che succeda a un paziente nel fine vita restano in campo tutte le competenze di cui uno è portatore, ed è vero che tutte le capacità mediche restano cimentate. E comunque, da medici, resta doveroso occuparsi dei pazienti prima che delle proprie ambizioni.

Conclusioni

L'annunciata prossima istituzione di una scuola di specializzazione in medicina palliativa in Italia è veramente una buona notizia, anche perché tende ad allineare il nostro ai paesi più avanzati in questo campo. Ma la cultura delle cure di fine vita deve crescere parallelamente e nel campo aperto, senza aspettare tempi migliori. Il ritardo, la dilazione, la delega rappresentano insidiose e tacite minacce per i malati terminali, i quali già pagano il prezzo di indebiti pazienti a causa delle inerzie altrui.

E tutto questo deve avvenire in nome della dignità delle persone, la sola cosa che può riscattarne le sofferenze finali, e che va custodita perché è ciò che sopravvive alla loro morte.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, et al. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 412-6.
2. Higginson JI, Sen Gupta GJ. Place of care in advanced cancer; a qualitatively systematic literature review of patients preferences. *J palliat Med* 2000; 3: 287-300.
3. Istituto Superiore di Sanità. <http://old.iss.it>
4. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, et al. How people die in hospital general wards: a descriptive study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 33-40.
5. Wennberg JE, Fischer ES, Stuckel TA, et al. Use of hospitals, physician visits and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States. *BMJ* 2004; 328: 607-15.
6. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in hospital. *N Engl J Med* 2015; 373: 2549-61.
7. Lusiani L, Santini C. Le cure di fine vita negli anziani: il diritto di morire bene. *Quaderni Ital J Med* 2019; 7: 69-74.
8. Cure palliative precoci e simultanee - Documento AIOM SICP 2015/10. Disponibile su: <https://bit.ly/3hyGSFa> [ultimo accesso 17 settembre 2020].
9. Lusiani L, Bordin G, Mantineo G, et al. Cure di fine vita nei pazienti oncologici terminali. *Ital J Med* 2012; 6: 110-5.
10. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003; 326: 30-4.
11. Bullo C, Bordin G, Lusiani L. Comunicare la scelta di desistere in medicina: una esperienza sul campo. *Quaderni Ital J Med* 2017; 5: 97-100.
12. Lusiani L, Ballardini G, Nardi R, et al. A decalogue for end-of-life care in Internal Medicine. *Ital J Med* 2018; 12: 230-4.