

Identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative da parte del medico di medicina generale: utilizzo dello SPICT™-IT quale strumento valutativo nell'ambulatorio del medico di famiglia

Edoardo Di Maggio¹, Ilaria Gagliano²

¹ Medico di Medicina Generale, Presidente SIMG Provincia di Enna, Coordinatore Regionale SICP Sicilia; ² Medico di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale, ASP 4 Enna

Riassunto

Il medico di medicina generale è sempre più frequentemente coinvolto nella gestione territoriale di pazienti fragili, con patologie cronicodegenerative e/o oncologiche, che spesso necessitano di cure palliative. Un "approccio palliativo" verso i bisogni di questi pazienti, attraverso una loro identificazione precoce, è una sfida per i medici di medicina generale. Ma da opportunità occorre che diventi prerogativa, al fine di poter attuare una pianificazione condivisa delle cure che ponga al centro i bisogni della persona e della sua famiglia e permetta un'assistenza finalizzata al mantenimento della qualità di vita desiderata dal paziente. Il medico deve avere a disposizione uno strumentario adeguato alla pratica clinica ambulatoriale e domiciliare che gli consenta di identificare con relativa facilità questi pazienti, per avviarli a un percorso di cure palliative. A tale scopo, abbiamo provato a utilizzare lo SPICT™ (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool* - UK 2014) per identificare, fra i pazienti assistiti in uno studio di Medicina Generale della provincia di Enna, coloro che necessitavano di cure palliative e per valutare la possibilità di una reale applicazione di tale strumento nella pratica quotidiana delle cure primarie.

Premessa

Dal 2017 le cure palliative in Italia fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ma sono erogate per diverse ragioni in maniera molto disomogenea sul territorio nazionale. In Sicilia è confermato il dato nazionale: in diverse province questo tipo di assistenza stenta a decollare e la Provincia di Enna, in particolare, è una di quelle in cui le cure palliative raggiungono ancora poche persone. Le difficoltà derivano innanzitutto dalla mancata conoscenza delle cure palliative da parte della popolazione e anche di molti operatori sanitari;

inoltre, anche quando venga attivata sul territorio l'assistenza palliativa, bisogna fare i conti con la carenza di medici palliativisti, che spesso sono chiamati in consulenza da province limitrofe e spesso devono percorrere molti chilometri per assistere i pazienti presi in carico. Altra criticità importante è rappresentata dalla mancata formazione dei medici di medicina generale (MMG), che per primi entrano in contatto con questi pazienti e li seguono nel tempo di malattia. Un'adeguata formazione dei MMG ma anche dei medici di continuità assistenziale, che prestano assistenza a questi stessi pazienti durante le ore notturne e nei

prefestivi e festivi, permetterebbe di fornire un'assistenza migliore in termini sia di qualità che di quantità e consentirebbe, inoltre, di alleviare il problema della carenza di specialisti esperti in cure palliative, i quali, anche in consulenza a distanza, potrebbero restare comunque un valido riferimento per i medici di assistenza primaria, per i pazienti stessi e le famiglie, facilitando la gestione delle situazioni di maggiore complessità assistenziale. Anche una presenza strutturata sul territorio dei medici di medicina generale con particolare interesse (MMGPI) in cure palliative, che in numero consistente sono stati formati in Italia

Conflitto di interessi

Edoardo Di Maggio e Ilaria Gagliano dichiarano nessuno conflitto di interessi.

How to cite this article: Di Maggio E, Gagliano I. Identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative da parte del medico di medicina generale: utilizzo dello SPICT™-IT quale strumento valutativo nell'ambulatorio del medico di famiglia. Rivista SIMG 2020;27(4):18-22.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

negli ultimi anni, potrebbe risultare un ulteriore valido apporto all'organizzazione della rete territoriale di cure palliative.

Tutti i MMG dovrebbero essere formati sulle competenze di base delle cure palliative (*core curriculum* del MMG in cure palliative) ¹ ed essere in grado di identificare precocemente fra i propri pazienti quelli che ne hanno bisogno. Questo è un momento fondamentale non tanto per la valutazione prognostica del malato, intesa come quantificazione del tempo che gli resta da vivere, quanto piuttosto per la pianificazione dell'assistenza adeguata ai reali bisogni della persona e della sua famiglia, come peraltro recitato dal testo della legge 38/2010: "le cure palliative rappresentano l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici" ².

Una delle difficoltà che può incontrare un MMG è l'identificazione di quel cambiamento di passo che porta il paziente dall'essere un malato cronico all'essere un malato fragile, e dall'essere un malato fragile all'essere un malato con bisogni di cure palliative; ma riconoscere i pazienti con bisogni palliativi permetterebbe di programmare e di erogare un'assistenza sicuramente migliore, rimodulando ove necessario le terapie effettuate e pianificando ogni scelta sui reali bisogni fisici, psicologici, socio-assistenziali e spirituali del paziente stesso e della sua famiglia. Tutto ciò risulta efficace non solo nel migliorare la qualità di vita dei malati e dei loro familiari, ma anche nel ridurre i costi a fronte di una migliore appropriatezza degli interventi e per di più nel prolungare la sopravvivenza ^{3,4}.

Per identificare precocemente i pazienti che hanno patologie croniche in fase avanzata e necessitano di cure palliative, nell'ambito delle cure primarie vengono utilizzati sostanzialmente quattro strumenti ⁵:

- *RADboud Indicators for Palliative Care Needs* (RADPAC-UK 2012) ⁶;
- *Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance* (PIG-UK 2014) ⁷;
- *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT™ -UK 2014) ⁸;

- *Necesidades Paliativas* (NECPAL - Spagna - Catalogna 2015) ⁹.

Un obiettivo importante sarebbe quello di utilizzare sistematicamente lo stesso strumento valutativo a livello nazionale, uno strumento rapido e semplice da utilizzare anche per quei medici di famiglia che non hanno uno specifico interesse in cure palliative ma che si prendono cura giornalmente di persone con bisogni palliativi.

SPICT™ (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*)

Lo SPICT™ ⁸ è uno strumento di valutazione sviluppato nel 2010 dal *Primary Care Research Group* dell'Università di Edimburgo. Aiuta i medici di assistenza primaria e gli specialisti ospedalieri nell'identificazione dei pazienti affetti da una o più patologie croniche in fase avanzata, a rischio di deterioramento clinico e di morte. Permette di identificare tali pazienti e di impostare dunque dei percorsi di cure palliative precoci. Consente inoltre di valutare l'assistenza palliativa già in atto in modo da evidenziare se esistono dei bisogni non soddisfatti del paziente o se lo stesso paziente presenta dei segni clinici di aggravamento. È uno strumento formato da pochi indicatori, non ha finalità prognostica e non necessita dell'effettuazione di indagini cliniche specifiche, ma per la sua semplicità si presta bene all'utilizzo nel setting delle cure primarie e quindi dell'ambulatorio del medico di famiglia.

Lo SPICT™ è disponibile nella sua versione originale in lingua inglese al sito www.spict.org.uk; successivamente è stato tradotto in lingua giapponese, tedesca, olandese, spagnola, francese e portoghese. La traduzione italiana, **SPICT™-IT**, è disponibile al link <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-it> ¹⁰ (Fig. 1).

Lo SPICT™-IT è formato da **4 sezioni**:

1. La **prima sezione** spiega gli obiettivi principali dello strumento, ovvero l'identificazione dei pazienti a rischio di peggioramento e di morte, l'identificazione dei bisogni di cure palliative e delle terapie di supporto non soddisfatte e la pianificazione del percorso di assistenza e di cura;
2. La **seconda sezione** riporta gli indicatori generali di deterioramento delle condizioni cliniche;

3. La **terza sezione** riporta gli indicatori specifici per patologia (cancro, patologia cardiaca/vascolare, patologia renale, epatica, demenza/fragilità, patologia respiratoria, neurologica, altre patologie);
4. La **quarta sezione** riporta cinque raccomandazioni da seguire per rivalutare il piano terapeutico/assistenziale in atto e per effettuare la pianificazione condivisa del percorso di assistenza e cura.

Non esiste un numero minimo di indicatori per stabilire la necessità di cure palliative di base o specialistiche, ma si può ritenere che la presenza di 2 indicatori generali di deterioramento clinico e 1 indicatore specifico di patologia siano significativamente correlati alla necessità di instaurare un approccio palliativo al paziente. Il riconoscimento dei bisogni come il controllo dei sintomi, la comunicazione adeguata e la pianificazione delle cure sono fondamentali per migliorare la qualità di vita dei pazienti cronici in fase avanzata di malattia ¹¹. In Giappone è stato condotto uno studio a campionamento trasversale per indagare la prevalenza e le caratteristiche dei pazienti della medicina generale che hanno bisogno di un approccio palliativo, nel quale per l'identificazione dei pazienti è stata utilizzata la versione giapponese dello SPICT™ (**SPICT™-J**) ¹².

Materiali e metodi

A febbraio 2019 abbiamo utilizzato lo SPICT™-IT per identificare i pazienti con bisogni di cure palliative nell'ambulatorio di un medico di famiglia della Provincia di Enna (Nicosia) con un totale di 1.135 assistiti. Analizzando i dati su MilleGPG (software che permette di valutare e di controllare i processi di cura nel loro complesso), abbiamo considerato le percentuali di prevalenza fra gli assistiti di alcune patologie cronico-degenerative (Fig. 2). Sul totale degli assistiti in carico al MMG, ovvero 1.135 persone, abbiamo considerato i pazienti con età ≥ 65 anni, ovvero 331 assistiti (29,16%). Fra essi abbiamo poi estrapolato dal database i pazienti con alcune patologie croniche, selezionate tramite specifiche codifiche ICD9 in cartella (Tab. I).

FIGURA 1.

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™).

<p>Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.</p>		
<p>Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i) ▪ Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata). ▪ Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento. ▪ La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto. ▪ Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta. ▪ Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base. ▪ La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita. 		
<p>Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.</p>		
<p>Cancro</p> <p>Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.</p> <p>Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.</p>	<p>Patologia cardiaca/vascolare</p> <p>Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.</p> <p>Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.</p>	<p>Patologia renale</p> <p>Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR <30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.</p> <p>Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti.</p> <p>La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.</p>
<p>Demenza/Fragilità</p> <p>Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.</p> <p>La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.</p> <p>Incontinenza urinaria e fecale.</p> <p>Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.</p> <p>Cadute frequenti; frattura del femore.</p> <p>Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.</p>	<p>Patologia respiratoria</p> <p>Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.</p> <p>Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.</p> <p>Pregressa ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.</p>	<p>Patologia epatica</p> <p>Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ascite resistente ai diuretici • encefalopatia epatica • sindrome epatorenale • peritonite batterica • sanguinamento ricorrente da varici. <p>Il trapianto di fegato non è possibile.</p>
<p>Patologia neurologica</p> <p>Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale.</p> <p>Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.</p> <p>Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.</p> <p>Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.</p>	<p>Altre patologie</p> <p>Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.</p>	
<p>Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia. ▪ Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire. ▪ Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente. ▪ Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale. ▪ Registrare in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura. 		

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.

SPICT™, Maggio 2019

FIGURA 2.

% di prevalenza di alcune patologie croniche fra i 1.135 assistiti in carico al MMG confrontati con i dati Health Search.

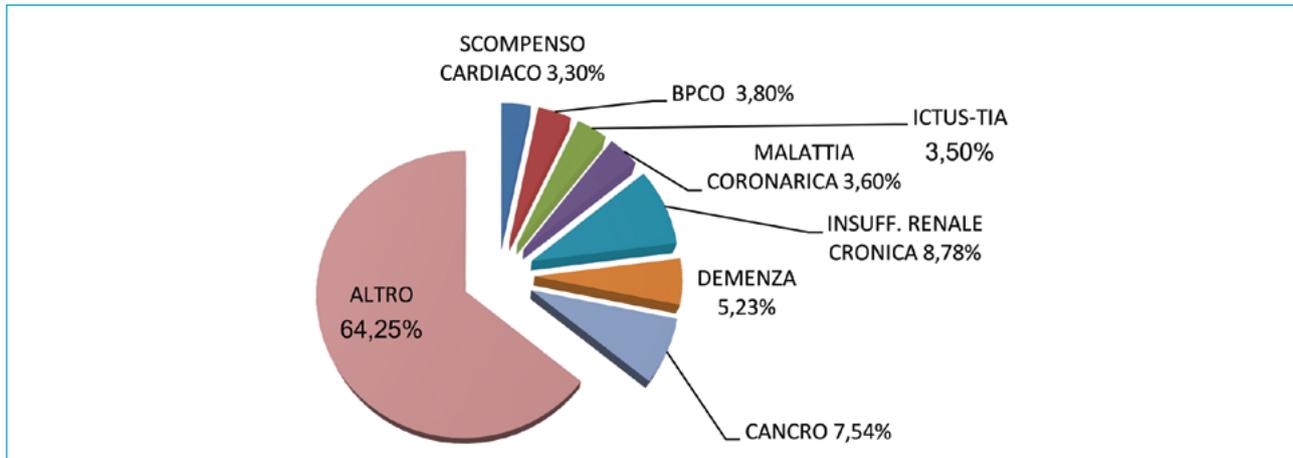


TABELLA I.

Patologie cronico-degenerative (cod. ICD-IX) presenti nei pazienti over 65 oggetto dello studio.

Cardiache	Neurologiche	Nefrologiche	Respiratorie	Epatiche	Cancro
<ul style="list-style-type: none"> • Scompeso cardiaco (428.9) • Insufficienza cardiaca (428.8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demenza senile (290.0) • M. Alzheimer (331.0) • M. Parkinson (332.0) • Degenerazione senile dell'encefalo (331.2) • Ictus cerebrale (436) • Deficit cognitivo (310.1) • Disturbi psichici (290) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficienza renale cronica (585.0) • Dialisi (V56.0) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficienza respiratoria (786.09) • Insufficienza respiratoria cronica (518.83) • BPCO (496) 	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatia epatica (572.2) • Varici esofagee con sanguinamento (456.0) • Sindrome epatorenale (572.4) 	<ul style="list-style-type: none"> • K ovaio (183.0) • K pancreas (157.9) • K polmone (162.9) • K colon (153.9)

Risultati

Estraendo con le ricerche suddette i pazienti ultrasessantacinquenni con patologie cronico-degenerative e/o oncologiche dalla cartella clinica del MMG, abbiamo selezionato 70 pazienti (21%) cui sottoporre lo SPICITTM-IT. Alla luce della presenza degli indicatori generali e clinici specifici per ciascuna patologia considerata, abbiamo identificato un totale di 26 pazienti (15 femmine e 11 maschi, con età media di 84,7 anni) per i quali era opportuno avviare le cure palliative. Le patologie a maggior impatto sulla qualità di vita e sui bisogni palliativi nella popolazione campione sono risultate le patologie neurologiche e le demenze in particolare, in cui abbiamo individuato il gruppo più numeroso, costituito da 12 pazienti (46%) che rispondevano ai criteri SPICIT. Sono stati individuati 4 pazienti (15%) con

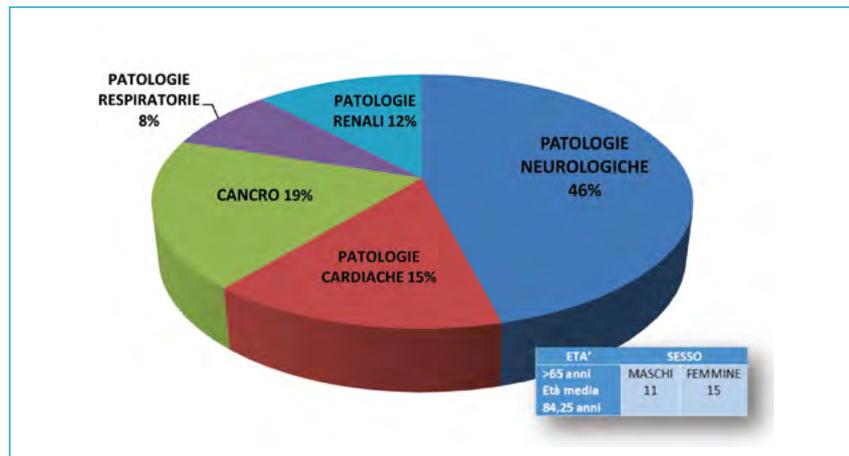
scompeso cardiaco che manifestavano bisogni di cure palliative e nei vari gruppi spesso concomitavano comorbidità importanti, quali l'insufficienza renale cronica V stadio o patologie oncologiche che complicavano il decorso della malattia determinando instabilità clinica. Nello studio di un MMG con 1.135 assistiti, fra i pazienti di età ≥ 65 anni, abbiamo individuato il 21% di pazienti con patologie cronico-degenerative rilevanti e fra loro, utilizzando lo SPICITTM-IT, abbiamo individuato il 37% di pazienti con bisogni di cure palliative (Fig. 3).

Una volta individuati con lo SPICITTM-IT i pazienti con condizioni cliniche in fase di peggioramento, abbiamo proceduto durante il mese di marzo 2019 a valutarne i bisogni e la necessità di supporto. Sfruttando il momento del contatto diretto con il paziente al domicilio o più spesso con i familiari in ambulatorio, abbiamo in tutti i casi avvia-

to conversazioni inerenti il tema delle cure palliative, spiegando in cosa consistono, a chi sono rivolte e come vengono erogate, prospettando la possibilità di modificare l'attuale percorso di assistenza verso una presa in carico da parte dei servizi di cure palliative domiciliari, erogate localmente da organizzazioni cooperative accreditate con il Sistema Sanitario Regionale siciliano. Al momento della nostra osservazione per nessuno dei pazienti era stato avviato un percorso di cure palliative, mentre 4 di essi si trovavano in assistenza domiciliare integrata o programmata. Dopo il colloquio in 6 casi è stata presa in considerazione dal paziente o dai familiari l'opportunità di avviare le cure palliative domiciliari. In nessun caso, pur essendoci i requisiti, il paziente è stato ricoverato in *Hospice* perché considerato distante dal domicilio. L'utilizzo dello SPICITTM-IT si è rivelato di

FIGURA 3.

Pazienti bisognosi di approccio palliativo identificati con SPICT™-IT.



facile applicabilità nel setting della Medicina Generale, non richiedendo molto tempo per identificare i pazienti la cui storia clinica e il cui contesto socio-sanitario-familiare erano peraltro ben noti. La difficoltà maggiore è stata riscontrata nell'estrapolazione dal database dei pazienti potenzialmente arruolabili, in quanto i criteri generali e specifici considerati nella valutazione tramite SPICT™-IT non sempre rispecchiano dati facilmente oggettivabili o codificati nelle cartelle cliniche informatizzate attualmente in uso in Italia. Molto più agevole e di immediato impatto si è rivelata invece la valutazione del paziente al momento del contatto in ambulatorio/domicilio: una rapida analisi della cartella clinica nella sua totalità ha permesso di rivalutare con facilità i bisogni della persona, con attenzione particolare alla rimodulazione della polifarmacoterapia. Uno degli obiettivi perseguibili è quindi quello di sfruttare il contatto in ambulatorio per divulgare la cultura delle cure palliative, ancora da troppe persone ritenuta confinata ai morenti e destinata a non lasciare speranza a chi le riceve. Altro obiettivo fondamentale è l'individuazione del *caregiver*, col quale bisogna instaurare un rapporto di piena fiducia e rispetto, considerato che la maggior parte delle persone con patologie cronico-degenerative e/o oncologiche viene molto frequentemente assistita al proprio domicilio dai familiari ed è spesso inserita in programmi di Assistenza Domiciliare Programmata o Integrata (ADP-ADI).

L'identificazione precoce dei pazienti che necessitano di cure palliative dovrebbe inoltre essere una prerogativa anche dei medici della continuità assistenziale: il medico di guardia medica dovrebbe conoscere e sapere utilizzare strumenti di identificazione come lo SPICT™-IT, che si presta bene a un utilizzo anche nell'ambito degli interventi domiciliari con la collaborazione dei familiari. Questo permetterebbe di avviare un primo colloquio con la famiglia, seguito dalla segnalazione e discussione del caso con il MMG, al quale spetterebbe l'eventuale attivazione dell'assistenza palliativa domiciliare o residenziale (*Hospice*). Diffondere sempre meglio la conoscenza delle cure palliative tra i medici di assistenza primaria consentirebbe una maggiore consapevolezza del proprio ruolo assistenziale, una migliore capacità di gestione di situazioni critiche e una minore difficoltà nell'affrontare conversazioni su tematiche delicate, spesso evitate, come il fine vita in generale ma anche le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione anticipata delle cure¹³.

Conclusioni

La conoscenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione dei bisogni di cure palliative di semplice uso e d'impatto immediato come lo SPICT™-IT permetterebbero ai medici di famiglia, anche a coloro che non hanno specifico interesse a sviluppare competenze in ambito di cure palliative, di guardare i propri pazienti con occhi adeguati alle diverse

condizioni cliniche, assistenziali e ai bisogni spirituali. Tutto ciò rispecchia pienamente la necessità in questo ambito assistenziale di una condivisione delle scelte terapeutiche e della pianificazione delle cure; solo in questo modo la presa in carico dei pazienti con necessità di cure palliative sarebbe effettivamente precoce, continua e globale.

Bibliografia

- 1 Il core curriculum del medico di medicina generale per le cure palliative di base. <https://www.sicp.it/aggiornamento/core-curriculum/2013/04/il-core-curriculum-del-medico-di-medicina-generale-per-le-cure-palliative-di-base>
- 2 Legge 38 del 15 marzo 2010: "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore".
- 3 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
- 4 Lora Aprile P. Governo delle cure palliative e del fine vita. In: Governare l'assistenza primaria. Manuale per operatori di sanità pubblica. Mondadori 2016, cap. 19.
- 5 Walsh RI, Mitchell G, Francis L, et al. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. *J Palliat Care* 2015;31:118-23.
- 6 Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud Indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract* 2012;62:e625-31.
- 7 www.goldstandardframework.org.uk
- 8 www.spict.org.uk
- 9 Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Recommendations for the comprehensive and integrated care of persons with advanced chronic conditions and life-limited prognosis in health and social services: s: NECPAL-CCOMSS-ICO® 3.0. (2016). http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal
- 10 SPICT-IT™-<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-it>
- 11 www.antea.net
- 12 Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Identified palliative care approach needs with SPICT in family practice: a preliminary observational study. *J Palliat Med* 2018;21:992-8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0491>
- 13 Legge 219 del 22 dicembre 2017: "Norme in materia di Consenso Informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento".