



Per un diritto gentile
alla fine della vita

25 ottobre 2013
Palazzo Moroni, Sala Paladin
Padova

Decidere per/con il malato nel dipartimento d'emergenza

Franco Aprà
Ospedale San Giovanni Bosco - Torino



A.S.L. TO2
Azienda Sanitaria Locale
Torino



società italiana medicina
d'emergenza-urgenza

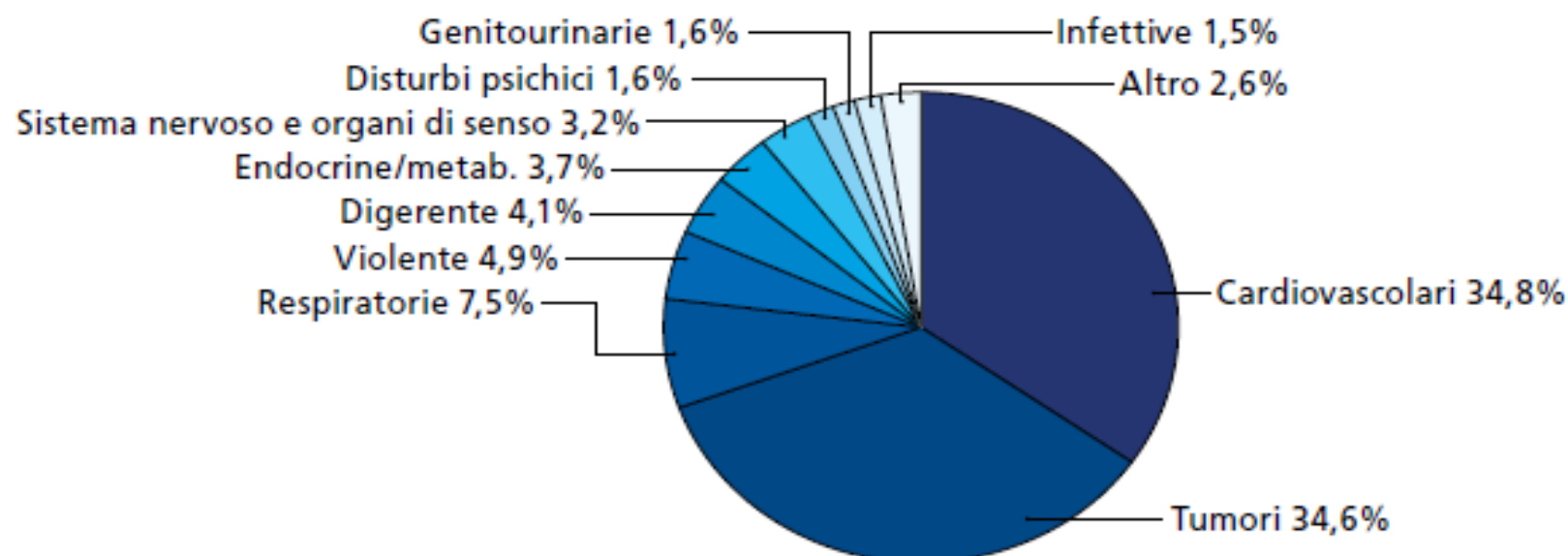
Contesto

- Il modello con cui furono ideati i dipartimenti di emergenza sono stati pensati per un mondo che non esiste più
- I dipartimenti d'emergenza hanno tuttavia avuto un *successo* senza precedenti negli ultimi 30 anni
- Il giovane medico d'urgenza aspira a lavorare in un dipartimento d'emergenza che non esiste più

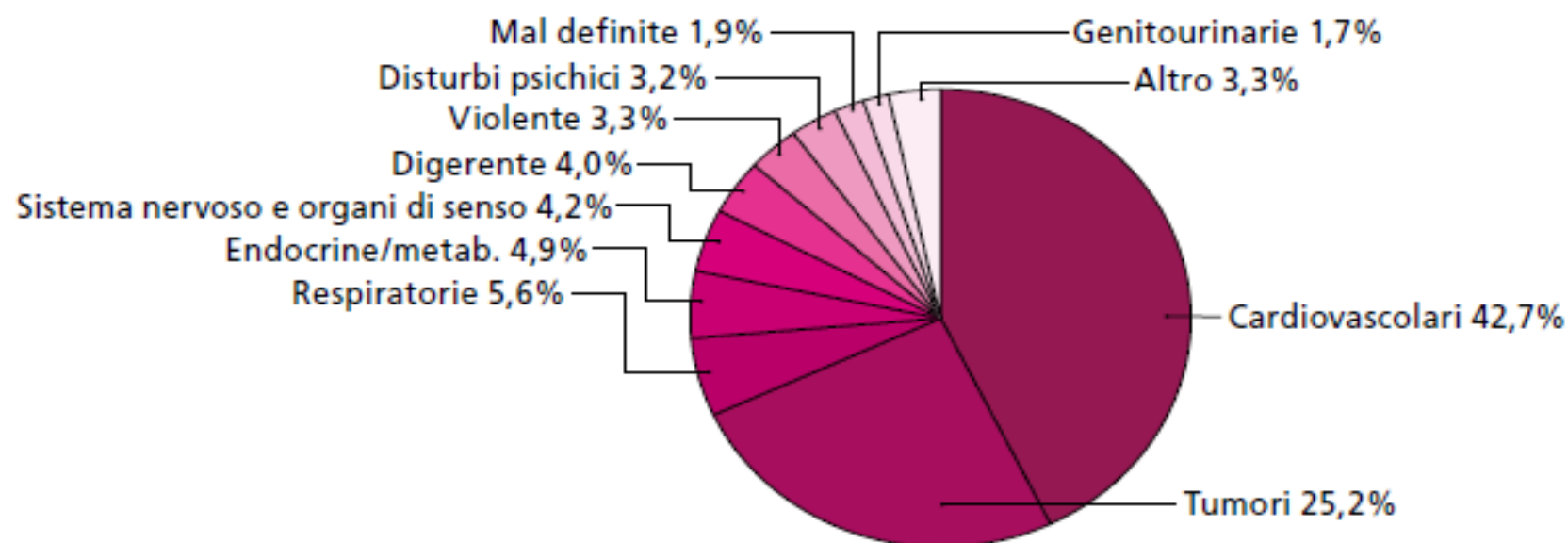
Furthermore, the patterns of life, disease, dying, and death have changed dramatically in recent years across the world [1, 21, 47, 74], and research is essential to develop evidence-based public health policy.

Figura 1.7. Classifica delle prime dieci cause di morte (Anno 2008).

Maschi



Femmine



In Italia

- 60.000 morti per arresto cardiocircolatorio
- 166.705 morti per tumori
- 612.883 morti totali (2012)

Solo il 15% delle morti è dovuta ad una
malattia acuta

Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM.
Patterns of functional decline at the end of life.
JAMA. 2003; 289:2387-92.

FIGURA 8.

Proporzione tra morti improvvise e non (da van der Heide et al., 2003, mod.) ¹¹.

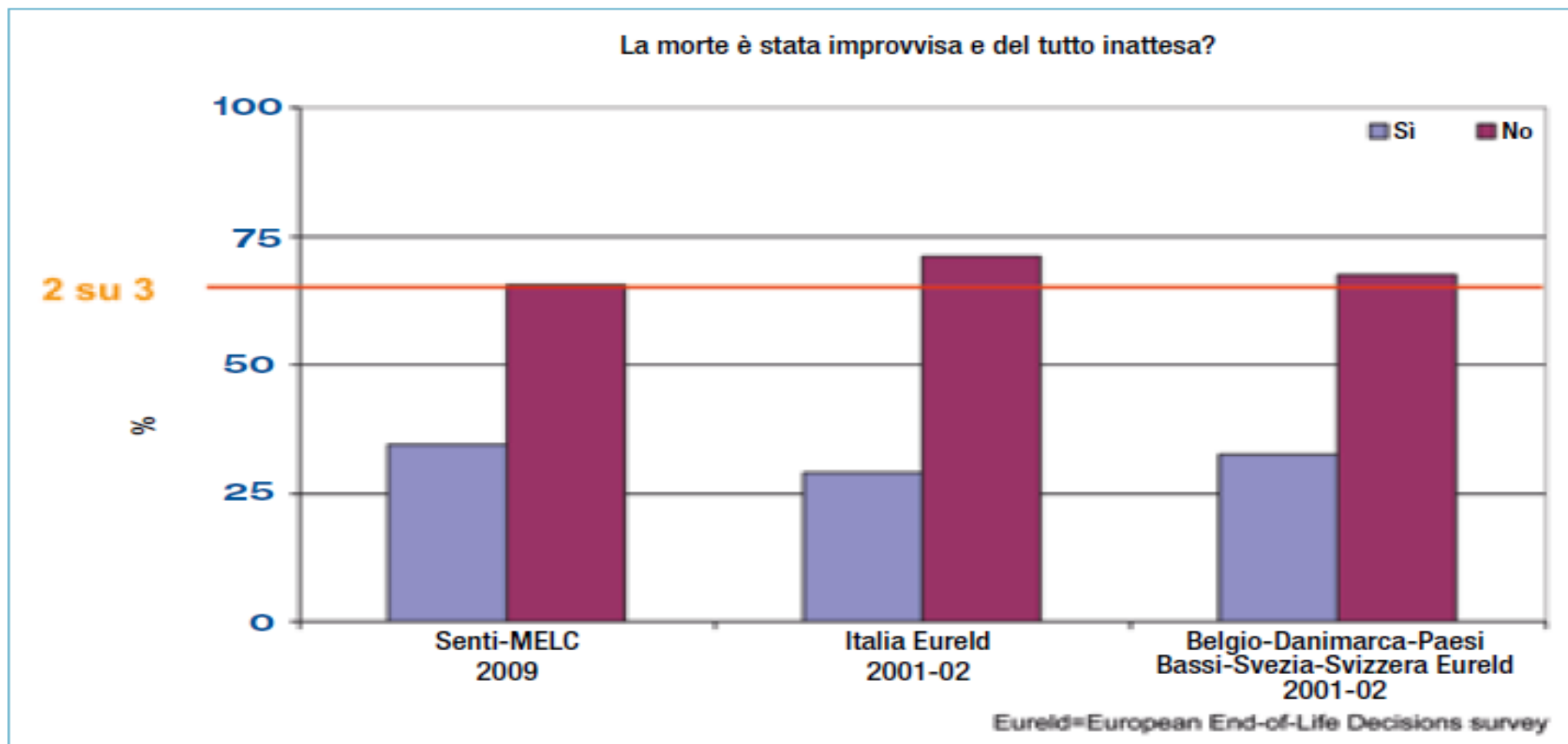
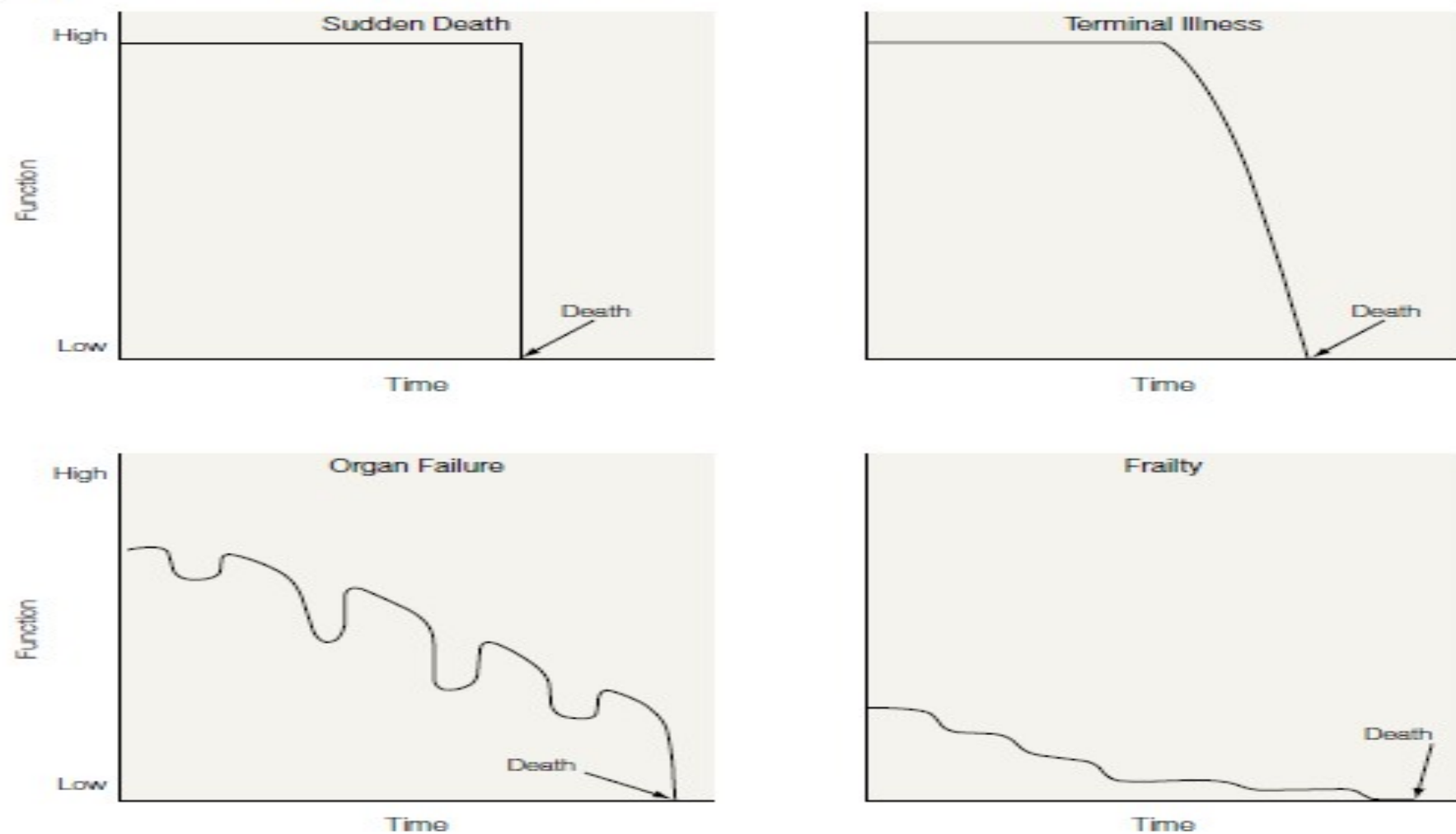


Figure 1. Theoretical Trajectories of Dying



Reproduced with permission.²

Profiles of Older Medicare Decedents

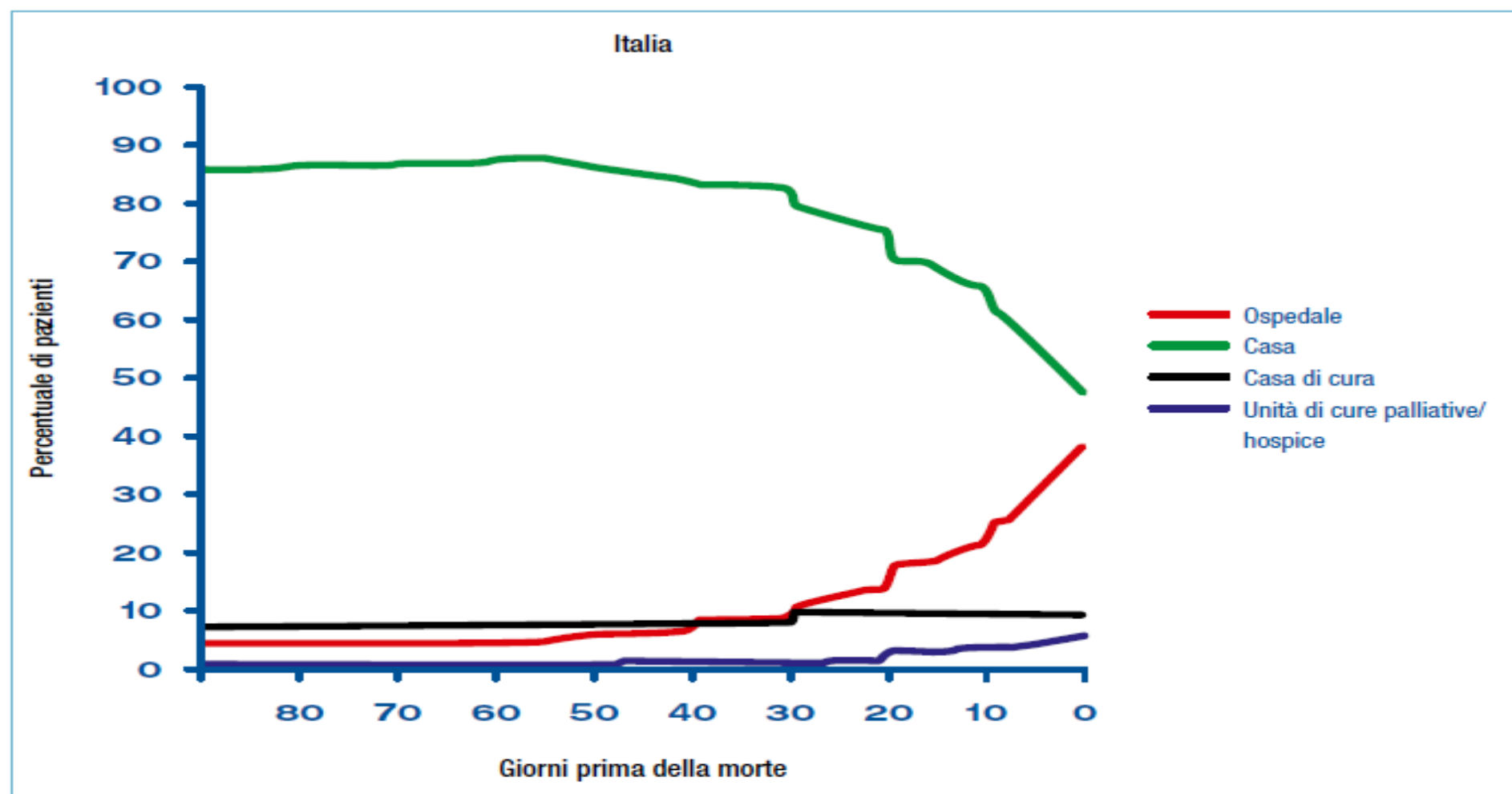
June R. Lunney, PhD, RN, Joanne Lynn, MD, MA, MS,* and Christopher Hogan, PhD†*

JAGS 50:1108-1112, 2002

© 2002 by the American Geriatrics Society

FIGURA 13.

Spostamenti del luogo di cura negli ultimi tre mesi.



Il successo dei dipartimenti d'emergenza

Accessi Pronto Soccorso

- 2011: 14.479.595
- Codici rossi 2%
- Codici gialli 18%
- Aumento degli accessi diretti

Francia

- $\frac{3}{4}$ delle morti sono ospedaliere
- Le morti in Pronto Soccorso
 - ▮ sono 0,15-0,5% degli accessi in Pronto Soccorso
 - ▮ sono il 3-10% dei decessi ospedalieri totali
 - ▮ colpiscono a un'età media di 75,2 anni
 - ▮ sono inattesi nel 20% dei casi
 - ▮ non sono inattesi nell'80% dei casi

Francia

80% delle morti in Pronto Soccorso **non sono** inattese

- ▣ sono dovute ad astensione o equivalente in pazienti cronici evolutivi
- ▣ 63% dei casi la decisione è presa dal solo medico d'urgenza
- ▣ Solo nel 12,5% dei casi dichiara il suo comportamento nella documentazione clinica

Francia

Motivi per cui insorgono problemi etici in Pronto Soccorso:

- Pazienti che giungono cadaveri
- Pazienti inviati perchè terminali ma non gestibili a domicilio
- Pazienti in cui insorge l'accanimento medico

Francia

Motivi per cui insorge l'accanimento medico

- Evento acuto in malato cronico (insufficienza respiratoria acuta su cronica)
- Evento acuto che nel corso delle ore appare non recuperabile (emorragia cerebrale massiva)

Francia

Particolarità in Pronto Soccorso:

- Spesso i pazienti non sono in grado di esprimere volontà (65% dei morti in ospedale)
- I parenti possono avvicinarsi rapidamente
- Mancata pianificazione precedente
 - *Pietose bugie*
 - *Attese magiche*
 - Morte vista come evento futuro e non attuale
- Rifiuto di ricovero in terapia intensiva (peggio se contattato telefonico)
 - Gravità (troppo o poco)
 - Età
 - Mancanza di letti (*Età e mancanza letti rappresentano il 69% dei rifiuti*)
- Tutto è molto più difficile nel 118

Francia

Di fatto, il confrontarsi del personale del Pronto Soccorso con la morte è più frequente che in qualunque altro reparto dell'ospedale, anche se l'incidenza di decessi in questi servizi è nettamente superiore a quella di un SU.

Le cause di eccessivo ricorso del cittadino al PS sono dovute:

- al crescente bisogno di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- alla convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi;
- al ruolo di rete di sicurezza rappresentato dal PS;
- alla non conoscenza del compito affidato ai servizi di emergenza-urgenza;
- al modello organizzativo della medicina territoriale non sempre adeguato alle esigenze del cittadino.

Sistema di emergenza-urgenza:
appropriatezza nell'utilizzo dei servizi
di primo contatto

di Angela Panuccio
Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della salute

Nel Dipartimento d'emergenza il paziente cronico
si aspetta di trovare ciò che cerca ma

- o non sa che va nel posto sbagliato
- o non trova altre risposte ai suoi problemi

Uno degli indicatori del cattivo funzionamento delle Cure primarie è l'affollamento del Pronto soccorso.

Riflessioni sul futuro dell'assistenza sanitaria di base

di Gavino Maciocco

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Agenas, 11° supplemento al numero 2013 di monitor

Accessi Pronto Soccorso

- 2012: 13.433.427
- 1.000.000 di accessi in meno
- Regioni con più netto calo sono per il nord Lombardia, Veneto e Liguria e per il sud Puglia, Sicilia, Basilicata e Campania.

CORRIERE DELLA SERA

RM 1

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 688281

In calo la pressione sui Pronto soccorso



Sei in: [la Città di Salerno](#) / [Cronaca](#) / [Affollamento e lunghe file al Pronto soccorso](#)

Affollamento e lunghe file al Pronto soccorso

Le attese al Pronto soccorso sono da tempo estenuanti per i pazienti che ovviamente non presentano condizioni di estrema criticità (i cosiddetti "codici rossi"). Il problema è lo stesso che ingrassa...

[sanità](#) [ruggi](#) [pronto soccorso](#)



0



0



1



Email



Il medico d'urgenza si aspettava di
fare un altro lavoro

Il medico d'urgenza si aspetta di trattare malati acuti e si trova a trattare pazienti cronici in evoluzioni spesso neppure riacutizzati

RESIDENT PORTFOLIO

A Picture's Worth

Robert Bassett, DO

(bassettr@iupui.edu, dionysus@fastmail.fm)

Department of Emergency Medicine

Indiana University School of Medicine

Methodist Emergency Medicine and Trauma Center

Indianapolis, IN

In particolare, l'ipotesi di limitare o interrompere in P.S. le cure da erogare, è resa complessa dalla una serie di specifiche circostanze:

- interpretazione culturale prevalente del P.S. come spazio con funzione di sopravvivenza alla malattia e non di 'resa'
- contatto troppo breve con il malato e con i suoi familiari per creare la confidenza e la fiducia necessarie ad affrontare il tema della sopravvivenza e della morte
- assenza di spazi protetti e dedicati
- avvicendamento rapido di personale turnista e perciò sempre diverso
- assenza di un medico esperto di riferimento costantemente presente, con funzioni di supporto specifico e di raccordo
- assenza di personale di supporto qualificato alla gestione del lutto
- inesperienza del personale medico e infermieristico legata alla bassa età media degli operatori
- mancanza di approccio in équipe ai malati e quindi impossibilità di condividere la decisione di limitare le cure, proponendola in forma collegiale ed ufficiale
- prevalenza di valutazioni soggettive e spesso contraddittorie in merito alla definizione di futilità dei trattamenti

AZIENDA OSPEDALIERA S.CAMILLO – FORLANINI
ROMA

RACCOMANDAZIONI PER UN PERCORSO CLINICO -
ASSISTENZIALE DEDICATO AL PAZIENTE AL
TERMINE DELLA VITA IN AREA CRITICA
(TERAPIA INTENSIVA, PRONTO SOCCORSO,
MEDICINA D'URGENZA) E IN
DEGENZA ORDINARIA (MEDICA O CHIRURGICA)

Documento approvato dal Comitato Etico in data 12.09.2006
protocollo N° 1096

Dr. Giuseppe Renato Gristina

Unità Operativa Shock e Trauma

Am I Doing the Right Thing? Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department

Alexander K. Smith, MD, MS,
MPH

Jonathan Fisher, MD

Mara A. Schonberg, MD, MPH

Daniel J. Pallin, MD, MPH

Susan D. Block, MD

Lachlan Forrow, MD

Russell S. Phillips, MD

Ellen P. McCarthy, PhD, MPH

From the Division of General Medicine and Primary Care, Department of Medicine (Smith, Schonberg, Forrow, Phillips, McCarthy), and Department of Emergency Medicine (Fisher), Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA; the Division of Psychosocial Oncology and Palliative Care, Dana-Farber Cancer Institute and Brigham and Women's Hospital, Boston, MA (Smith, Block); and the Department of Emergency Medicine, Brigham and Women's Hospital, and Division of Emergency Medicine, Children's Hospital Boston, Boston, MA (Pallin).

Dr. Smith is now with Division of Geriatrics, University of California, San Francisco, San Francisco, CA.

Conclusion: Providers ranked improved communication and documentation from outpatient providers as their highest priority for improvement. Attitudinal and structural barriers may need to be overcome to improve palliative care in the ED. Despite targeted recruitment, attending physician participation was low. [Ann Emerg Med. 2009;54:86-93.]

Am I Doing the Right Thing? Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department

Risultati

- I medici pensano che cure palliative vuol dire fine vita
- Non sono d'accordo che sia fattibile e auspicabile fare cure palliative in ED
- Pensano che i pazienti che hanno avuto un approccio pallitivist, si recano in ED perchè i parenti non sono in grado di affrontare il fine vita
- Pensano che la mancanza di comunicazione con I servizi extraospedalieri provoca esiti non desiderabili
- Sono comuni conflitti sulla decisione di sospendere le cure
- La formazione sulla gestione del dolore è insufficiente

Cosa si fa o di dovrebbe fare

Principi della scelta etica

- del meglio possibile per il paziente;
- del meglio possibile nel rispetto di questi principi;
- del meglio possibile in una maggiore umanità.

Criteri per individuare l'accanimento terapeutico

- si tratta dell'evoluzione prevista e normale di una malattia incurabile;
- la morte è ineluttabile a breve termine (ore, giorni, settimane);
- l'intervento terapeutico non fa che prolungare l'agonia;
- il paziente non otterrà alcun beneficio dalla terapia;
- la qualità della vita successiva del paziente è gravemente compromessa e la terapia non desiderata da paziente, parenti e persona di fiducia;
- il rischio di dipendenza definitiva dalle tecniche di compenso delle funzioni vitali è maggiore, non desiderato da paziente, parenti e persona di fiducia, con un ricovero prolungato in rianimazione e definitivo in un servizio specialistico;
- le funzioni cognitive alterate del paziente non permettono l'adesione a una gestione terapeutica pesante.

Principi dell'iter etico in urgenza

- Dare tempo al tempo
- Dare tempo alla morte
- Dare senso al tempo

Principi dell'iter etico in urgenza

- Dare tempo al tempo: *rianimazione d'attesa*
- Dare tempo alla morte: *rianimazione compassionevole*
- Dare senso al tempo: *comunicazione*

Principi dell'iter etico in urgenza

Dare senso al tempo: *comunicazione*

- *Di persona*
- *Setting adatto*
- *Non da soli*
- *Essere comprensibili*

L'annuncio della cattiva notizia

L'annuncio della cattiva notizia è un compito provante; nessun medico desidera essere il messaggero di fatalità. [30, 31] In un Pronto Soccorso questo annuncio prende due forme:

- l'annuncio del decesso riguarda pazienti arrivati morti o morti in fase preospedaliera (sulla strada, per esempio);
- l'annuncio di una diagnosi di fine della vita riguarda i pazienti per cui è stato posto un giudizio di ostinazione irragionevole.

Attuazione della decisione sospensione delle cure

- Messa in atto della decisione medica
 - Corretta terapia palliativa
 - Non delegare mai la sospensione delle terapie
- Luogo
 - Luoghi dedicati
 - Presenza dei familiari
 - Ambiente confortevole
- Accompagnamento
 - Informazione a tutto il personale
 - Evitare l'interruzione della continuità dell'assistenza

Attuazione della decisione sospensione delle cure

- Spesso I parenti non hanno visto morire nessuno: è necessario spiegare cosa sta succedendo
- Utilizzare strumenti di gestione dell'èquipe:
 - Pianificazione
 - Setting
 - Debriefing
 - Formazione
- Evitare il lavoro solitario (così comune in Pronto Soccorso)

Cosa stiamo facendo



cerca nel blog...

curiosità novità e aggiornamenti in medicina d'urgenza

HOME

ABOUT

ECG

ECOGRAFIA

PROCEDURE

RISORSE

TOSSICOLOGIA

LINK UTILI

20 OTTOBRE 2013

I farmaci del fine vita in pronto soccorso

11 FEBBRAIO 2013 BY CARLO D'APUZZO

4 COMMENTS



Alcuni giorni fa su twitter ho assistito ad un veloce scambio di opinioni tra due esperti della terapia del dolore: un medico palliativista e un medico d'urgenza: l'argomento, i farmaci del fine



BLOGROLL

 [Academic Life in EM](#)

Patwari Academy Videos: Evidence Based Medicine (part 4)

 [The Poison Review](#)

REVIEW



Towards a basic drug kit for the dying patient

Carl Johan Fürst^{a,b}, Olav Lindqvist^{a,c}, and Carol Tishelman^{a,c}



BoringEM

[Knowledge Translation](#)[Medical](#)[Mentorship](#)[Tiny Tips](#)

An Approach to Palliative Care in the ED

Posted by [Brent Thoma](#) on 2013, 01, 27 in [Medical](#) | [11 comments](#)



Last weekend my residency program had a winter retreat. It was a smashing weekend. In addition to enjoying the excellent company, tobogganing, cross-country skiing, and Baileys-infused Tassimo coffee, we also learned a lot. Our guest speaker was Dr. Leneela Sharma, an emergency physician practicing in Edmonton, Alberta that has additional training in palliative care.

In retrospect, I recognize that my education on palliative care is extremely lacking. I never rotated through a palliative rotation in medical school and this was the first lecture on the subject that I had in residency. I thought the FOAM literature (FOAMiture?) was similarly scant, with an [EMgoogle](#) search of "palliative care" identifying a "short snippet" [summary of an article in February of 2012 on LITFL](#), several reflective pieces like these ones by [torontoemerg blog](#) and [storytellerdoc](#), and a reasonable amount of traditionally published literature. However, following the posting of this blog I was directed to several other palliative care resources and a big one that I



[LITFL](#) | [Education](#) | [Conference](#) | [A good death...](#)

A Good Death...

 May 11, 2013 by [Gerard Fennessy](#)  [2 Comments](#)

The [4th International Advanced Care Planning and End of Life Care Conference](#) has just been held in Melbourne, run by the [ACPEL Society](#).



-  [Clinical Cases](#)
-  [ECG Library](#)
-  [Investigations](#)
-  [Blog Roll](#)

Recent Posts

- [TechTool Thursday 039](#)
- [Emergency Musical Interlude XLV](#)
- [EMA Journal August 2013](#)
- [JellyBean 012](#)
- [The LITFL Review 112](#)
- [Why we should be very wary of using clothbusting drugs to treat acute strokes](#)

Palliative Emergency Medicine: Resuscitating Comfort Care?

Afzal Beemath, MD

Robert J. Zalenski, MD, MA

From the Department of Emergency Medicine, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI (Beemath, Zalenski); and the Maggie Allesee Center for Quality of Life, Hospice of Michigan, Detroit, MI (Zalenski).

0196-0644/\$-see front matter

Copyright © 2009 by the American College of Emergency Physicians.

doi:10.1016/j.annemergmed.2009.02.011



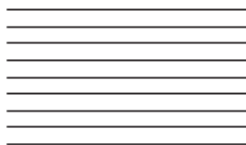
The Journal of Emergency Medicine, Vol. 43, No. 5, pp. 849–853, 2012

Copyright © 2012 Elsevier Inc.

Printed in the USA. All rights reserved

0736-4679/\$—see front matter

doi:10.1016/j.jemermed.2010.04.010



Education

HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE: A NOVEL SUBSPECIALTY OF EMERGENCY MEDICINE

Sangeeta Lamba, MD, and Anne C. Mosenthal, MD

University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Newark, New Jersey

Reprint Address: Sangeeta Lamba, MD, Department of Emergency Medicine, The University Hospital, University of Medicine and
Dentistry of New Jersey, 150 Bergen Street, Newark, NJ 07103

COMMENTARY

Hospice and Palliative Medicine Ultrasound: a New Horizon for Emergency Medicine?

© 2010 by the Society for Academic Emergency Medicine
doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00688.x

- ABEM (American Board of Emergency Medicine) è stato uno dei promotori della subspecialità in cure palliative
- AEBM considera le cure palliative una delle subspecialità della Medicina d'Urgenza
- AEBM ritiene fondamentale:
 - Anticipare le cure palliative
 - Collaborare con hospice e palliativisti

ETHICS SEMINAR

A Model for Emergency Department End-of-life Communications After Acute Devastating Events—Part I: Decision-making Capacity, Surrogates, and Advance Directives*

A Model for Emergency Department End-of-life Communications After Acute Devastating Events—Part II: Moving From Resuscitative to End-of-life or Palliative Treatment

Walter E. Limehouse, MD, MA, V. Ramana Feeser, MD, Kelly J. Bookman, MD, and Arthur Derse, MD, JD



Emergency Medicine Australasia (2011) 23, 640–643

doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01435.x

PERSPECTIVE



Emergency medicine and futile care: Taking the road less travelled

Alan E O'Connor,^{1,3} Sarah Winch,² William Lukin^{1,2} and Malcolm Parker²

¹Department of Emergency Medicine, The Royal Brisbane and Women's Hospital, ²School of Medicine, The University of Queensland, Brisbane and ³School of Medicine, Griffith University, Gold Coast, Queensland, Australia

Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.

Groupe de travail : Jean-Marie Haegy (1), Marc Andronikof (2), Marie-Jo Thiel (3), Josette Simon (4), Micheline Bichet-Beunaiche (5) , Anne-Marie Bouvier (6), Gilbert Leclercq (7).

(1) Jean-Marie HAEGY, Praticien Hospitalier, Service d'Accueil et d'Urgence, CHG Louis. Pasteur, 36, avenue de la Liberté, 68024 Colmar (COORDINATEUR)

(2) Marc ANDRONIKOF, Praticien Hospitalier, Hôpital Européen Georges Pompidou 75015 Paris

(3) Marie-Jo THIEL, médecin, professeur d'éthique. Université Marc Bloch, 67084 Strasbourg

(4) Josette SIMON, Cadre infirmier, Spécialiste Clinique en Soins d'Urgence. Division des Urgences Médico-Chirurgicales Hôpitaux Universitaires de Genève CH-1211 Genève. Suisse

(5) Micheline BICHET-BEUNAICHE, Infirmière, SAU/CHG 72000 Le Mans.

(6) Anne-Marie BOUVIER, Praticien Hospitalier, Unité Post-Urgence, Hôpital Lariboisière 75010 Paris

(7) Gilbert LECLERCQ, Praticien Hospitalier, SAMU 93 93009 Bobigny

Tirés à part et Correspondance : Denis Baron, Pôle Urgence, CHU, 44093 Nantes Cedex, France.

Texte approuvé, après révisions, par le Conseil d'Administration de la SFMU le 17 janvier 2003.



The College of Emergency Medicine

Patron: HRH The Princess Royal

7-9 Breams Buildings
London
EC4A 1DT

Tel: +44 (0)20 7404 1999
Fax: +44 (0)20 7067 1267
www.collemergencymed.ac.uk

CLINICAL EFFECTIVENESS COMMITTEE

End of life care for adults in the Emergency Department

Best Practice Guidance (February 2012)

Summary of recommendations (Level 4 & 5 Evidence with Strong Recommendation)

1. Patients and their families should be involved, wherever possible, in making decisions about end of life care.
2. Discussions about what treatment the patient wants should be communicated to GPs and inpatient teams that can continue end of life care planning.
3. If a patient is at the end of life, it may be appropriate to set a ceiling of treatment in the Emergency Department.
4. Instituting a 'Do not attempt cardiopulmonary resuscitation order (DNA CPR)' may limit other care given. A statement of planned active care should also be documented where appropriate.
5. Patients nearing the end of life should have a resuscitation decision made before leaving the Emergency Department and appropriately documented.
6. Clinicians should be able to commence a Liverpool care pathway or similar.
7. Opportunities for organ and tissue donation should be considered as a usual part of end of life care in the Emergency Department.
8. All Emergency departments should have procedures in dealing with sudden death.
9. All Emergency departments should have adequate facilities for caring for bereaved relatives.



Review Article

Medical and nursing care for patients expected to die in the Emergency Department

M. L. Iglesias Lepine^{1,3}, J. L. Echarte Pazos²

¹EMERGENCY DEPARTMENT. HOSPITAL DE SABADELL (CORPORACIÓN PARC TAULÍ). ²EMERGENCY DEPARTMENT. HOSPITAL MAR. BARCELONA. ³UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA.

Sappiamo tutto ?

A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department

**Roberto Forero,¹ Geoff McDonnell,² Blanca Gallego,² Sally McCarthy,^{3,4}
Mohammed Mohsin,^{5,6} Chris Shanley,⁷ Frank Formby,^{8,9} and Ken Hillman^{1, 10}**

Sono necessari:

- Migliori modelli prognostici
- Formazione specialistica
- Approccio strutturato al *decision making* (medicina delle decisioni condivise)
- Infrastrutture, informazione, pianificazione anticipata
- Ricerca *evidence based* sul fine vita in ED
 - ▣ Pochi articoli
 - ▣ Poco letti
 - ▣ Poco citati

Grandi sforzi per quali risultati

Changing Patterns in Place of Cancer Death in England: A Population-Based Study

Wei Gao^{1*}, Yuen K. Ho¹, Julia Verne², Myer Glickman³, Irene J. Higginson¹, on behalf of the GUIDE_Care project[†]

1 King's College London, School of Medicine, Cicely Saunders Institute, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, London, United Kingdom, **2** South West Public Health Observatory, Bristol, United Kingdom, **3** Life Events & Population Sources Division, Office for National Statistics, Newport, Wales, United Kingdom

Table 2. Demographic characteristics of all deaths with cancer as the underlying cause of death in England, 1993–2010.

Characteristic	Subgroup	Year of Death				All
		1993–1995	1996–2000	2001–2005	2006–2010	
PoD	Hospital	49.0	48.5	49.9	44.9	48.0
	Home	26.2	24.0	22.4	25.8	24.5
	Hospice	13.6	16.6	16.8	17.4	16.4
	Other communal establishments	9.6	9.4	9.6	10.6	9.8
	Elsewhere	1.6	1.6	1.3	1.2	1.4

Citation: Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higginson IJ, et al. (2013) Changing Patterns in Place of Cancer Death in England: A Population-Based Study. *PLoS Med* 10(3): e1001410. doi:10.1371/journal.pmed.1001410

Tutto chiaro ?

HEAD TO HEAD

Do patients need to know they are terminally ill? No

Emily Collis and **Katherine Sleeman** (doi:10.1136/bmj.f2589) say that decision making can be ethically sound only with a fully informed patient, but **Leslie Blackhall** thinks the concept of “terminal illness” is not clearly defined and that prognoses can never be certain

Leslie J Blackhall *section head*

Do patients need to know they are terminally ill? Yes

Emily Collis and **Katherine Sleeman** say that decision making can be ethically sound only with a fully informed patient, but **Leslie Blackhall** (doi:10.1136/bmj.f2560) thinks the concept of “terminal illness” is not clearly defined and that prognoses can never be certain

Emily Collis *consultant in palliative medicine*¹, Katherine E Sleeman *clinical lecturer in palliative medicine*²

¹Pembridge Palliative Care Centre, Central London Community Healthcare Trust, St Charles' Hospital, London W10 6DZ, UK; ²Cicely Saunders Institute, King's College London, London, UK

Grazie



ph© danilorigoni 2011