

Analisi e criticità di un nucleo di cure palliative

Attraverso il racconto della storia di malattia, dalla diagnosi all'esito infausto, di un paziente assistito negli ultimi giorni di vita dal Nucleo di Cure Palliative istituito nel 2010 dall'Azienda Ulss 21 di Legnago (VR), si cerca di condurre un'attenta analisi delle attuali criticità organizzative del Servizio. In particolare emergono difficoltà nella diffusione della cultura e dell'esercizio del lavoro d'équipe, a discapito di una presa in carico globale e specializzata del paziente e della sua famiglia. L'obiettivo di questo studio è individuare quali sviluppi si possono intraprendere al fine di realizzare appieno le potenzialità della rete di cure palliative per il paziente in stato di inguaribilità e/o a fine vita.

Luisa Andreetta*, Alessia Busatto**, Giuditta Motta*, Angelo Guarino***

■ Caso clinico

“Quattro anni”. È la prima cosa che Maria dice, con sguardo ancora incredulo e confuso. “Sono solo quattro anni... forse troppi per soffrire”. È un tempo preciso, quattro anni, ma indefinibile, né pochi né troppi, come a dire che quando una vita è spezzata da una malattia è la malattia stessa, con la sua storia e i suoi cicli, a diventare la vita di un uomo e della sua famiglia. Perché, ora, di Luigi si fatica a ricordare com'era, non si è ancora capaci di lasciare andare quei quattro anni e riprendersi gli altri: “Abbiamo tante foto insieme, è bello vederlo sorridere. Ma l'immagine che ho io nei miei occhi è diversa”.

In fondo le foto tratteggiano il racconto della nostra vita, cogliendo i momenti felici e tagliando quelli tristi. Quando è la morte a entrare nel nostro album essa produce uno scollamento, le immagini più care cadono e lasciano il posto al ritratto del dolore. Luigi ha 57 anni quando una mattina qualsiasi vede del colore rosso sulla carta igienica, ma non ci fa troppo caso “sono ancora assennato, ho visto male”.

La seconda volta il sanguinamento rettale è così copioso che Luigi non può più raccontarsi la stessa scusa. Va dalla moglie per raccontarle l'accaduto, con una smorfia tradisce la sua

preoccupazione: da quel momento comincia la sua vita da paziente.

Il suo medico, Giovanni, prescrive con urgenza i primi accertamenti e la diagnosi non tarda a venire a galla.

Il risultato della rettosigmoidoscopia non lascia spazio all'incertezza, che a volte è speranza, “abbiamo trovato una massa, è questa la causa del sanguinamento. Nel suo caso, Luigi, bisogna intervenire con un'operazione per asportare la malattia”.

Al suo fianco la moglie comincia a piangere, e il primo pensiero va ai figli, a come riuscire a dir loro la verità senza farli preoccupare “perché hanno la loro vita, i loro problemi da affrontare, i loro progetti”.

Perché Elena, la maggiore, da quando si è sposata abita in un'altra città e finalmente ora, a 38 anni, è al quarto mese di gravidanza; perché Marco, a 29 anni, fa un doppio lavoro per riuscire ad affrontare le spese della casa, ha sempre voluto ristrutturare il casolare dei nonni e vivere vicino ai genitori.

C'è il sole la domenica del 7 settembre, un tempo ottimo per la grigliata che Luigi ha organizzato con tutta la famiglia per festeggiare come ogni anno il suo anniversario di matrimonio. Con Maria ha scelto questa occasione di festa per parlare ai figli: “Mi ricoverano tra un paio di giorni, devono farmi un piccolo intervento. Mi hanno trovato una massa, ma non è brutta, con l'operazione mi tolgono tutto e poi farò la chemioterapia così si è più sicuri”.

Il silenzio, lungo, poi l'esplosione con i suoi mille perché. Ma quali risposte dare se non c'è stato alcun segno e

nemmeno dolore, né stress, né ritardi diagnostici, se non ci sono colpe? Allora, per garantire un po' di tranquillità Luigi fa un patto con i figli: da oggi si sarebbe fatto tutto insieme, nessuna bugia!

Esami, visita, chemioterapia. Esami, visita, chemioterapia.

È così la vita di Luigi dopo il primo intervento, solo una piccola pausa per riprendere fiato, dato che “in questi casi si consiglia di iniziare appena le condizioni fisiche lo permettono con la chemioterapia. Abbiamo programmato 6 infusioni, all'incirca una al mese, poi facciamo la TAC e vediamo cosa dice”.

Luigi e la sua famiglia aspettano con ansia il risultato: “l'operazione ha permesso di togliere tutto e la chemioterapia ha dato buoni risultati, la situazione si è stabilizzata; faremo un nuovo controllo tra tre mesi”.

Di quale situazione si sta parlando? C'è ancora qualcosa? Sono domande, queste, che ti tengono sveglio la notte e ti tolgono l'appetito, quel poco che è rimasto. E si aspetta, ancora, perché c'è un altro controllo tra 9 mesi, questa volta il tempo è più lungo e ci si può permettere di vivere meglio.

“L'ultima TAC evidenzia una ripresa, il polmone è stato intaccato”. Di nuovo la corsa ai ripari: esami, visita, chemioterapia, per sei mesi. TAC. Poi silenzio, tutto viene sospeso.

Sono trascorsi così i primi tre anni da paziente di Luigi, tra porte scorrevoli, corridoi, lettini, canule, aghi, fogli scritti, numeri e con fatica, nausea, vomito, insonnia, demoralizzazione.

* Medici del Nucleo per le cure palliative

** Psicologa del Nucleo per le cure palliative

*** Medico di medicina generale
Azienda Ulss 21, Legnago (VR)

► **Il tempo del vuoto**

Quando le terapie oncologiche hanno esaurito tutte le loro potenzialità, Luigi, fino a poco prima impegnato nelle cure attive, si trova ad essere privato del suo obiettivo, la guarigione.

Avviene in questo momento, in cui le sue condizioni di salute si aggravano progressivamente, il paradossale passaggio da un ambiente specialistico al semplice ambulatorio del proprio medico di famiglia. È il tempo del vuoto, dell'interruzione della presa in carico assistenziale del paziente oncologico in fase avanzata, che si staglia tra la chiusura della cartella ospedaliera e l'apertura di quella territoriale, tra l'oncologia medica e il nucleo di cure palliative distrettuale.

Un vuoto che si riempie di senso di smarrimento e di abbandono, sperimentati sia dal paziente che dal Mmg, lasciato ad essere l'unico garante della continuità assistenziale.

Quando Luigi bussa alla porta del suo medico, dopo tre anni dalla diagnosi è un uomo diverso, da riconoscere e ri-collocare nel presente.

Per un Mmg è un lavoro ancora più difficile perché parte da una comunicazione difficile: Luigi infatti tiene stretta nella mano sinistra quella della moglie e nella mano destra una lettera. In questa fase spesso diviene compito del Mmg tradurre l'ultima lettera dello specialista al proprio assistito e alla sua famiglia, con tutto il gap di competenze e la difficoltà emotiva che la comunicazione di questa cattiva notizia comporta.

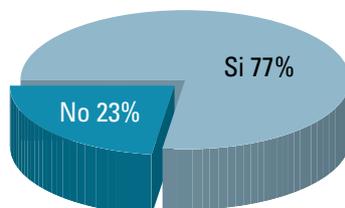
Inoltre, mentre la diagnosi e la prognosi sono abbastanza chiare per Giovanni (figura 1), magari non sono chiare le possibili evoluzioni dei sintomi legati alla malattia. Come rispondere quindi alle domande successive del "che cosa c'è da fare ora? Cosa ci dobbiamo aspettare?". Ci si appiglia all'esperienza lavorativa e alla formazione di base per dare risposte tecniche sufficientemente esaurienti, perché la prima reazione è quella di difendersi dalla morte dell'altro, di fuggire dal compito di chi detiene una verità che scotta.

Usciti dall'ambulatorio i coniugi si incamminano, non sanno la direzione, ma capiscono di cosa hanno bisogno: aria, luce, calma e silenzio.

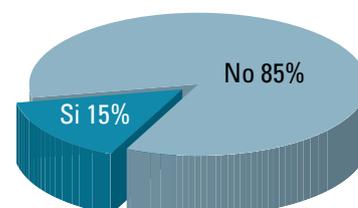
Figura 1

Consapevolezza dei pazienti

Consapevolezza della diagnosi



Consapevolezza della prognosi



Dati riferiti ai pazienti presi in carico dal NCP Azienda ULSS21 (2011)

Solo il rumore dei passi li accompagna, non una parola, ne hanno sentite già troppe. Si tengono a braccetto, stretti, c'è paura e appartiene ad entrambi: "Nella vita abbiamo sempre condiviso tutto, questa è stata la nostra forza. Io e lui. Perché di fronte agli altri posso portare una maschera, di fronte a lui ero come davanti allo specchio". La loro calma infastidisce i figli. A portare la rabbia tra i due è Elena. La felicità della nascita del figlio e del vederlo crescere, il clima di fiducia per un nuovo futuro e la famiglia che si allarga con

il matrimonio del fratello, sono stati adombrati dal fallimento della terapia, questo è la sua definizione: fallimento. Ha un carattere tosto e deciso, tipico dell'avvocato, "Adesso dovete lasciarmi fare, non si può star fermi a guardare mentre tutti hanno deciso di lavarsene le mani". In breve tempo racimola ogni dato e informazione utili sulla condizione clinica del padre e comincia la sua ricerca. Non è difficile per una come lei, giovane e istruita, mettersi in moto. Per ottenere quello che vuole sapere consulta il web (tabelle 1 e 2),

Tabella 1

Caratteristiche degli italiani che utilizzano il web per informazioni sanitarie

51.7%	Percentuale della popolazione che ha normalmente accesso ad Internet
81%	Internauti che ricorrono al web per reperire informazioni sanitarie, di cui il 19% con assiduità
46%	Soggetti che dichiarano di ricercare informazioni sanitarie online a scopo diagnostico
25%	Internauti che dichiarano di controllare l'affidabilità delle fonti d'informazione

Dati tratti da Bupa Health Pulse (ricerca internazionale della London School of Economics sui servizi sanitari) 2010

Tabella 2

Visitatori di siti medici e sulla salute

PROFILO UTENTE	
Età utenti	35 - 44 anni
Sesso prevalente	Femminile
Luogo di accesso ad Internet	Casa
TIPOLOGIA DELL'INFORMAZIONE*	
Malattie specifiche	63% degli accessi
Diete	56% degli accessi
Terapie	50% degli accessi

*Ciascun utente spesso accede a più tipologie di informazione.

Greenspan R 2004, Di Giacomo P 2001

dove l'informazione sanitaria è a disposizione di tutti, in tempo reale, senza le code burocratiche istituzionali e con un linguaggio più comprensibile, o così crede...

Avere più informazioni possibili su ciò che c'è nel mercato sanitario risponde infatti al suo bisogno di speranza per la sopravvivenza del padre, trovare un farmaco, una terapia, un nuovo macchinario che gli permetta di guarire o almeno di allungargli il più possibile la vita. Ha fretta e fame di conoscere, soprattutto ora che ha chiaro il decorso della malattia e non la può accettare. La delusione per com'è stato trattato il padre cresce e contemporaneamente si alimenta il senso di sfiducia per i curanti che l'hanno assistito fino a quel momento.

Lo stesso Mmg si sente attaccato dalla presenza di Elena che invade il suo ambulatorio e la sua vita privata con telefonate continue. Ancora una volta il compito della medicina di famiglia si aggrava di richieste d'intervento e dinamiche interpersonali che ostacolano l'assistenza al paziente, il prendersene cura.

Elena ha visitato altri ospedali, contattato altri oncologi e seguito le nuove ricerche farmacologiche. Dopo tanti tentativi, ha finalmente trovato un nuovo farmaco. È così forte l'onda emotiva che la spinge da non trovare alcuna resistenza, nemmeno nel padre che la guarda con un sorriso dolce e comprensivo mentre agitata gli dice: "Il comitato etico ha approvato un nuovo farmaco sperimentale, visto che ci sono ancora delle possibilità?".

E Luigi accetta, in macchina c'è tutta la famiglia, è per loro che ha deciso, non vuole lasciarli con il peso di non avere fatto tutto il possibile, con un'eredità fatta di rimpianti. Si sottopone ancora a tre mesi di cure. TAC: a livello polmonare la malattia sembra ferma, a livello epatico la riproduzione è veloce, la stanchezza di Luigi non ha fine, il suo corpo rifiuta la medicina. Altra lettera, altra sofferenza, altro silenzio.

► *Il ritorno a casa. La domiciliarità*

Dopo la sospensione della terapia sperimentale, Luigi era andato nell'ambulatorio del medico di famiglia con la lettera di dimissione. Il Mmg, una volta letta la lettera, chiede a Luigi se deve tornare per visite di controllo. Non ci saranno altre visite, l'oncologo durante l'ultimo incontro presso il centro sperimentale, ha invitato Luigi a rivolgersi d'ora in avanti al suo medico di fiducia. Il Mmg rilegge i consigli terapeutici dello specialista e prescrive immediatamente un oppioide debole spiegando a Luigi che è "da prendersi al bisogno quando sente che il dolore la disturba". Gli dice infine di fargli sapere come va...

Luigi torna a casa e cerca di tornare alla quotidianità: il nipotino da accudire, il giardino da risistemare dopo la lunga assenza da casa, il circolo della pesca, ma sente che le forze gli vengono meno. Ha bisogno di riposare sempre di più, gli manca il fiato sempre più spesso e non ha nemmeno tanta voglia di occuparsi in prima persona delle faccende domestiche. Preferisce stare in poltrona e guardare la vita che gli scorre intorno. Maria cerca di farsi e fargli forza, distraendolo con il nipote e raccontandogli i progetti lavorativi di Marco, tuttavia non riesce sempre a nascondere la sua paura per le possibili sofferenze che verranno. Elena invece non sa rassegnarsi e chiede continuamente "qualcosa" al medico di famiglia per sostenere fisicamente il papà.

Passano le settimane e arriva l'anniversario della diagnosi. Luigi oggi non sta bene, respira male, ieri singhiozzava e da un paio di giorni si alza dal letto solo per andare al bagno e sedersi a tavola. Maria decide di chiamare per la prima volta a casa il medico di famiglia.

Il medico arriva nel pomeriggio e trova Luigi decisamente peggiorato rispetto all'ultima volta che l'aveva incontrato in ambulatorio: è dimagrito e disidratato, ha respiro corto, ha dolore all'addome. Il medico sospetta un'infezione polmonare; decide quindi di prescrivere delle flebo

per idratarlo e delle punture di antibiotico. A questo punto deve attivare e organizzare molte cose: cominciare a pensare e a prospettare alla famiglia la necessità di alcuni ausili come la comoda, il letto e il materasso antidecubito, e dell'assistenza infermieristica domiciliare.

Giovanni sa dentro di sé cosa dovrà fare: attivare i servizi domiciliari, partecipare alle riunioni d'équipe con il team di cure palliative, pianificare l'assistenza. D'ora in poi la sua presenza sarà una costante a casa di Luigi e Maria, che si affidano a lui per le terapie, per il controllo dei sintomi, per una previsione del futuro che verrà e per un conforto.

► *Il tempo nelle cure palliative*

Il tempo ha un aspetto soggettivo e uno oggettivo. Il primo si lega principalmente al vissuto personale del paziente e il secondo all'organizzazione delle cure. Si può solo immaginare quanto si dilunghi per un paziente il tempo trascorso col dolore o con la nausea o con la dispnea.

Il paziente però chiede il tempo della relazione. E noi, come operatori sanitari, siamo in grado di mostrarci *generosi* nella relazione? O fermarsi con il malato e la sua famiglia suscita inquietezza, indifferenza o vissuti non facilmente nominabili? Il tempo del morire dell'altro è un limite per il tempo del nostro vivere?

Questo è il nocciolo del passaggio dalla mentalità del "curare" al "prendersi cura", dal guarire all'assistere, dall'onnipotenza al senso del limite. E nella pratica come si realizza questo passaggio? A disposizione del medico di assistenza primaria non mancano linee guida, protocolli terapeutici, conoscenze scientifiche per il trattamento dei sintomi o tecniche di counselling per stabilire una buona relazione con il paziente. Probabilmente quello che rimane ancora in fase embrionale è il passaggio dal lavoro individuale al lavoro in équipe. In tutti i documenti legislativi riguardanti le cure palliative le parole che ricorrono più frequentemente sono "rete", "équi-

pe”, “interventi multiprofessionali”, “modello integrato di assistenza”. Questo perché è necessario un lavoro in team per non perdere di vista la componente più importante del team stesso, ovvero il nostro paziente con la sua consapevolezza, i suoi desideri e la sua autodeterminazione. Le prospettive possono cambiare qualora si riescano a vivere gli scambi e i confronti professionali, i contributi, i suggerimenti e i pareri degli altri operatori sanitari, ognuno con le proprie competenze e caratteristiche, non come una invasione di campo, bensì come una valida opportunità di accompagnare al meglio il paziente e la famiglia nel complesso percorso del morire. Inoltre, il team permette di affrontare ed elaborare le difficoltà personali che emergono dal contatto continuo con esperienze di sofferenza. Rimane da chiedersi se, nonostante l’attuale formazione e sensibilizzazione rispetto alle tematiche del fine vita, siamo abbastanza maturi da superare la logica dell’efficientismo (del fare qualcosa anche se non ha un peso per il malato) per adottare la logica della definizione trasversale dei problemi (in accordo e d’accordo con l’équipe) con conseguente coerenza delle cure rispetto ai desideri del paziente.

La filosofia del nucleo è la strutturazione dei servizi al malato e alla famiglia, compito fondamentale che presuppone la disponibilità al lavoro di équipe. È attraverso il gruppo di lavoro che, con un approccio multidisciplinare, si individuano i bisogni assistenziali e psicologici del paziente e della famiglia, si pianificano gli obiettivi condivisi miranti al benessere dell’unità di cura e il processo di cura, si facilita l’espressione delle esigenze e problematiche dei singoli membri dell’équipe. Stiamo parlando del tempo della tecnica e delle competenze professionali, dell’oggettivo. Si tratta di un tempo utile e fruttuoso che con lo sviluppo di una cultura d’équipe e la volontà dei singoli può condurre alla realizzazione di un’assistenza globale e personalizzata per i pazienti, per i Luigi che conosceremo.

► **Discussione**

Il ruolo del “Nucleo delle cure palliative” non è solo quello di offrire cure adeguate al paziente terminale a domicilio. I Nuclei di cure palliative hanno tutto il potenziale per potere sviluppare un nuovo sistema di cure integrate.

Il team di cure palliative attraverso il controllo dei sintomi, il supporto psicologico e le cure di transizione, può svolgere un ruolo integrativo per il paziente e la sua famiglia lungo il continuum delle cure oncologiche.

A livello internazionale molte organizzazioni supportano l’inserimento delle cure palliative precocemente al fine di sviluppare un modello di cura oncologica globale.

Il modello di cura oncologica globale prevede la valutazione dei rischi e benefici della terapia anticancro, la valutazione dei sintomi fisici, delle problematiche sociali e spirituali, degli obiettivi e delle aspettative personali, dei bisogni formativi ed educativi e dei criteri per una consultazione precoce del team di cure palliative. Secondo questa visione le cure palliative inserite già al momento delle diagnosi e come cure di supporto, attraverso la disposizione di ambulatori o spazi dedicati, sono fondamentali anche per aumentare la compliance del paziente alle cure specifiche.

Il nostro attuale criterio di valutazione per l’inserimento delle cure

palliative, basato essenzialmente sull’indice di Karnofsky e sull’aspettativa di vita, è insufficiente e superato.

Nell’organizzazione aziendale il Nucleo per le cure palliative, presente attivamente dall’agosto 2010, è composto da uno psicologo clinico e due medici esperti in cure palliative e dagli infermieri dell’assistenza domiciliare. Il Team verrà integrato con alcune figure di operatori socio-sanitari che potranno recarsi a domicilio dei pazienti per aiutare le famiglie nella gestione del paziente senza l’attivazione del SAD comunale. Il team viene attivato dal Mmg, in seguito a una prima riunione d’équipe; il Mmg rimane il responsabile clinico di ogni caso.

Sulla base delle esperienze storiche maturate nell’assistenza a domicilio dei pazienti oncologici terminali, e sulla base delle indicazioni procedurali contenute nella normativa contrattuale, l’attivazione delle cure palliative viene riservata al paziente negli ultimi 60-90 giorni di vita.

Questo porta ad una assistenza “limitata e limitativa”. Infatti, per i casi presi in carico durante i primi sei mesi di attività, il tempo medio di assistenza risulta di 40 giorni.

Tale periodo è limitante se pensiamo che alla presa in carico lo stato d’animo del paziente valutato con la Scala SDS risulta quello in figura 2.

Figura 2

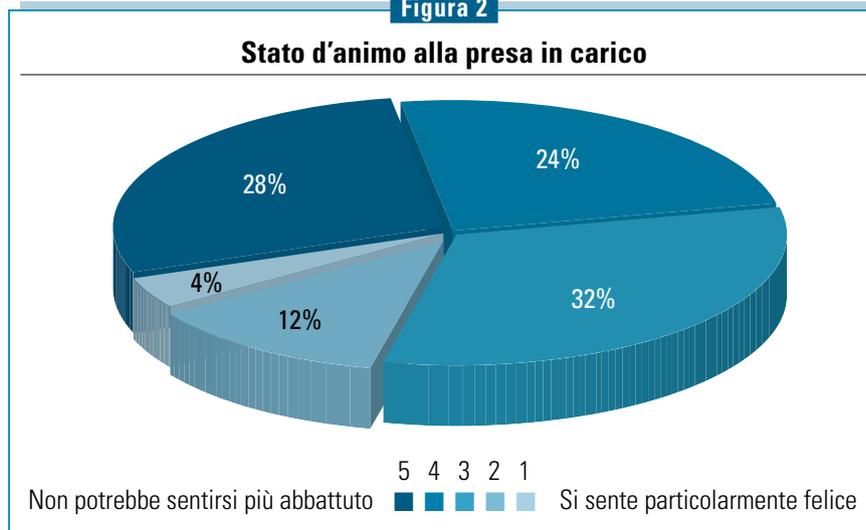
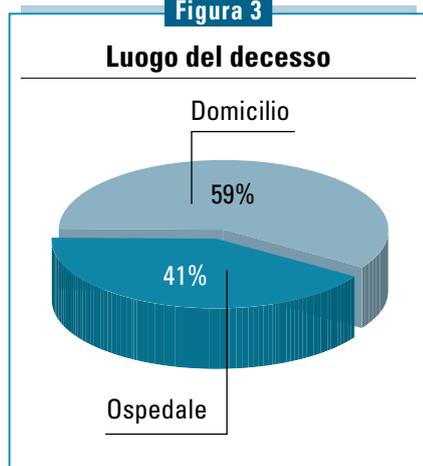


Figura 3



Forse questo si potrebbe correlare anche all'elevata percentuale di decessi che nei nostri pazienti si sono verificati in ambito ospedaliero (figura 3).

Conclusioni

Il team di cure palliative ha un enorme potenziale da sviluppare: ampliare l'accesso a figure specialistiche e realizzare un accesso precoce alle cure integrate.

Il team può divenire il "ponte" comunicativo e gestionale competente e ideale tra medicina specialistica e medici di assistenza primaria.

Ponte comunicativo in quanto, attraverso il collegamento con i medici dell'oncologia, può condividere la storia terapeutico-assistenziale del paziente.

Ponte gestionale in quanto il nucleo per le cure palliative potrebbe garantire la presa in carico del paziente nelle fasi di passaggio dalle cure ospedaliere al domicilio. È questo un ruolo assolutamente cruciale per coprire quei passaggi difficilissimi, sia per il paziente sia per il medico di medicina generale, dalle cure specifiche alle cure di supporto.

È ormai ampiamente documentato che quando le persone vengono inviate al team di cure palliative, c'è ancora un periodo in cui le cure possono migliorare la funzionalità generale.

Quindi, a partire dalle competen-

ze già disponibili, al fine di evolvere il ruolo del team di cure palliative è auspicabile:

- sostenere la presenza del team all'interno dell'oncologia aziendale attraverso un protocollo operativo che preveda il passaggio dei pazienti che non rispondono più alle cure specifiche. Tale passaggio sarebbe auspicabile avvenisse all'interno della struttura ospedaliera stessa, al fine di ridurre il senso di abbandono del paziente e della sua famiglia.

- Formalizzare gruppi di lavoro e di discussione/supervisione clinica composti dagli infermieri dell'assistenza domiciliare, i medici di medicina generale e i membri del nucleo di cure palliative. Struturare uno spazio e un tempo dedicato al lavoro in team favorisce infatti lo sviluppo di una "cultura della cura" centrata sulla qualità dell'assistenza al malato e alla famiglia; garantisce la possibilità di un confronto attivo e integrato sugli obiettivi di cura e sullo sviluppo del piano dei trattamenti; fornisce al medico di medicina generale un supporto concreto per la gestione delle criticità e delle fragilità che caratterizzano la storia e l'evoluzione della malattia

oncologica. Inoltre, il continuo aggiornamento sulla condizione clinica del paziente permette di stabilire di volta in volta una logica assistenziale coerente e trasparente, in grado di fornire informazioni e consigli univoci all'assistito rispetto ai vari aspetti della malattia. Queste informazioni sono vitali per il supporto al paziente. Fin dall'esordio della malattia, infatti, l'equilibrio psicologico del paziente è disturbato passando da momenti di panico, disperazione, paura e depressione. Sapere che vi è un intero gruppo di professionisti che sta lavorando con e per il paziente e il suo benessere globale, è fonte di sicurezza, fiducia e sostegno.

- Sviluppare una struttura intermedia di tipo residenziale a basso contenuto sanitario e tecnologico e ad alto supporto umano orientato al sostegno psicologico e ad una visione globale della sofferenza del paziente. All'interno di tale struttura l'assistenza sanitaria potrebbe essere garantita ancora dal Mmg e dai componenti del Team con la collaborazione in consulenza di figure specialistiche quali oncologi, radioterapisti e analgisti.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998; 279: 1709-1714.
- Andreetta L, Busatto A. Nucleo per le cure Palliative dell'Azienda ULSS 21: dati di attività da agosto 2010 al 15 gennaio 2011. Il trattamento palliativo e la gestione in equipe del paziente terminale. Legnago 9 febbraio 2011.
- Currow D, Dabis C. How quick are palliative care doctors to adopt new evidence? *Eur J Palliative Care* 2010; 17: 213.
- Di Giacomo P. L'informazione sanitaria su Internet: aspetti etico-sociali, formativi, normativi e regolamentari. Centro interdipartimentale di ricerca per l'analisi di modelli dell'informazione nei sistemi biomedici. Università "La Sapienza" di Roma, 2001.
- Greenspan R. Net Attracts Health-Seeking Surfers. *Search Engine Strategies*, 2004.
- Hui D, Elsayem A, De la Cruz M et al. Availability and integration of Palliative Care at US Cancer Center. *JAMA* 2010; 303: 1054-61.
- Kripalani S, Le Fevre F, Phillips CO et al. Deficit in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007; 297: 831-41.
- McDauid D, Park A. Online Health: Untangling the Web. Evidence from the Bupa Health Pulse 2010. International Healthcare Survey. www.bupa.com/healthpulse, 4 January 2011.
- NCCN Guidelines Version 1.2011 Palliative Care: <http://oralcancerfoundation.org>
- Setola MR, Shulz P. Internet and health information: web sites content analysis about chronic low back pain. *J Med & Person* 2005; 4: 171-175.