

*Evoluzione storica
delle cure palliative:
accompagnare nella sofferenza
paziente e famiglia*

Elena Bandieri
USL Modena



La nascita del *Hospice Movement (Dying care)*

Cicely Saunders (1918- 2005) Infermiera, assistente sociale e medico, **pioniera del Hospice Movement**, **fondatrice del primo Hospice**, è anche colei che ha gettato le basi della **moderna terapia del dolore oncologico**.

S'impegnò a promuovere **ricerche in particolare sul dolore da cancro**, incoraggiando costantemente la formazione di medici e infermieri.

Questa combinazione di **ricerca, assistenza e formazione** avrebbe fatto del St. Christopher una struttura di eccellenza unica.



Una doverosa premessa: la morte nel XX secolo

Se nella gran parte della storia dell'uomo, la morte è stata considerata la componente di un processo naturale della vita, nel XX secolo:

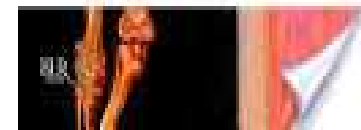
“Ormai tutto avviene come se né io, né tu, né quelli che mi sono cari, fossimo più mortali. La morte è divenuta **tabù**, una cosa **innominabile** [...] Una volta si raccontava ai bambini che nascevano sotto un cavolo, però essi assistevano alla grande scena degli addii, al capezzale del morente [...] oggi ai bambini in Francia si risponde loro che il nonno morto è “partito per un paese molto lontano”, e in Inghilterra che “riposa in un bel giardino”. **“Non sono più i bambini a nascere sotto un cavolo, ma i morti a scomparire tra i fiori”.**

“Una volta si «**sapeva**» morire perché si «**imparava**» guardando gli altri, così come si apprendeva qualsiasi altro comportamento. La morte di un tempo era una morte partecipata.”

“La morte nell'era moderna è diventata in solitudine, censurata e occultata.” ...



PHILIPPE ARIÈS
STORIA DELLA MORTE
IN OCCIDENTE



***Storia della morte in
Occidente dal Medioevo
ai giorni nostri.
Philippe Ariès***

L'Hospice care (dying care): gli obiettivi

***“Ho cercato di trasformare la “care”
amorevole e premurosa rivolta ai pazienti
morenti, in “care” amorevole ed efficace”***

- 1. promuovendo Studi sul controllo del dolore oncologico** per consentire l'assenza di dolore fisico come condizione necessaria, ma non sufficiente...
- 2. dando senso e dignità alla vita accompagnando i pazienti nella morte**



St Christopher's Hospice

La prima paziente entra nel **1967**. Il nome St. Christopher è un'idea della signora Galton. Cristoforo era un gigante che faceva il traghettatore, una notte si presentò un bambino chiedendo di essere portato al di là del fiume. Più camminava più quel bambino pesava. Quando prostrato lo posò sull'altra riva, il bambino rivelò di essere Gesù e ringraziò di averlo aiutato a portare il peso del mondo.

Cicely in questo nome legge la sua idea dell'Hospice:

“un luogo dove si viene accompagnati nel proprio personale e ultimo viaggio”



Il dolore oncologico

A 39 anni si laurea in medicina e diventa ricercatrice in farmacologia per studiare un approccio più scientifico ed efficace al dolore.

Al St Christopher diversamente dalla norma, gli analgesici sono somministrati a orari fissi, non solo al bisogno.

Negli anni '60 si usava raramente morfina per os quasi mai endovena. Cicely prova una soluzione diversa: morfina per via orale con piccole dosi frequenti, gettando le basi della moderna terapia del dolore.

I risultati si vedono. Le foto dei pazienti prima e dopo sono esemplari.



La nascita del Dying care/ Hospice Movement....

Usò per prima nuovi medicinali che iniziavano a diffondersi negli anni'50, i tranquillanti, gli steroidi sintetici e li inserì nel contesto di quello che definiva il “***dolore totale***”, che non è mai solo fisico, ma anche emotivo, sociale, spirituale.

Curando la persona nel suo complesso invece che il **solo** dolore fisico, Cicely si accorse che le sofferenze si attenuavano e quando il paziente si sentiva **ascoltato**, **accolto e capito** spesso si calmava anche l'ansia.



Linea Guida “Cancer pain relief” OMS

I “tre gradini” consentono di controllare il dolore oncologico cronico. Tale approccio, sviluppato nel **1986** da un gruppo di esperti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fornisce specifiche indicazioni per la scelta della **terapia antidolorifica che non va somministrata al bisogno ma a orari fissi.**

Cancer pain relief

SECOND EDITION

With a guide to
opioid availability



World Health Organization
Geneva
1996

Hospice Movement....

“Il nostro compito qui è lenire le sofferenze fisiche (farmaci) ma anche morali, psicologiche e spirituali (dolore totale)”.

L'obiettivo di Cicely era costruire ***un rapporto*** con i suoi pazienti, basato su fiducia e comunicazione per rendere la qualità della vita rimasta al paziente il più possibile confortevole, mantenendo controllati i dolori fisici e rimanendo lucido quasi fino alla fine.



Hospice Moviment....

I criteri per escludere un operatore erano due:

1. che abbia tutte le risposte
2. che eviti tutte le domande.

Gli operatori cosa devono sapere?

Offrire il loro tempo: *“E’ la cosa più importante da donare, è una dimensione dell’anima”*. Citava spesso la frase *“Vegliate con loro”* la richiesta di Cristo sofferente nell’orto degli ulivi. *“La risposta al mistero della morte e della sofferenza non è una spiegazione, ma una presenza”*. *“Tutto quello che si dice e si fa deve essere dentro questo **“stare”** con il paziente. Condividendo la nostra comune vulnerabile umanità”*.



Elisabeth Kubler-Ross

Al suo lavoro pionieristico si deve una più ampia e profonda comprensione della morte.

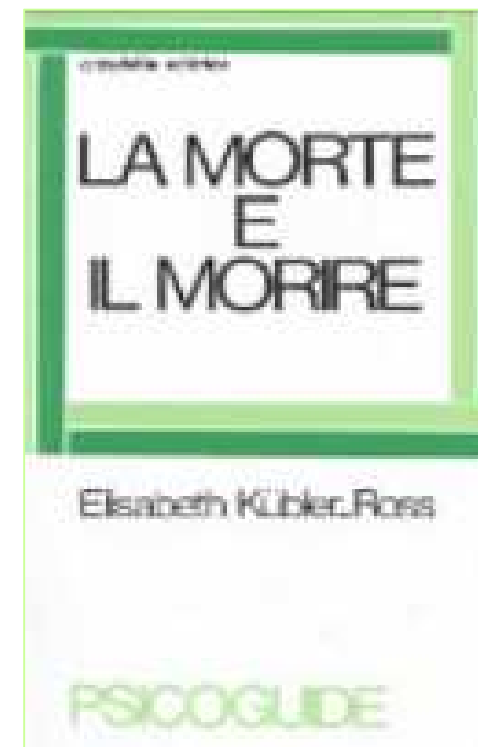
Psichiatra e docente di medicina comportamentale. La sua esperienza nasce sul campo, negli anni '60-70, negli ospedali di New York e di Chicago, a fianco di malati terminali.



Elisabeth Kubler-Ross: la morte e il morire

L'idea nuova e rivoluzionaria è quella di intervistare e soprattutto *ascoltare* i malati terminali.

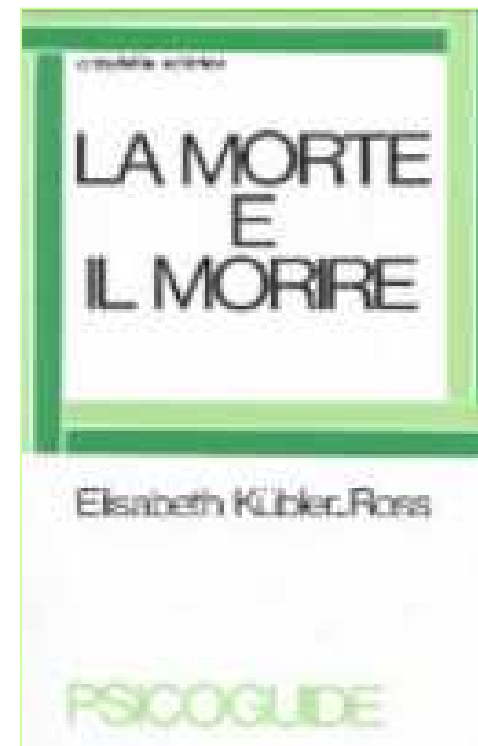
Il laboratorio consiste in una serie di colloqui con i malati esplorando le sensazioni e le angosce che un malato si trova a vivere, arrivando a scoprire quanto sia importante la comunicazione e lo scambio di emozioni.



Elisabeth Kubler-Ross: la morte e il morire

”
La preparazione alla morte avviene in maniera diversa fino a come era stata in quel momento, finalmente i malati scoprono che si può parlare liberamente della morte.

“Ci meravigliamo sempre nel constatare quanto una seduta possa sollevare un malato da un peso tremendo e ci domandiamo perché sia così difficile per il personale e per la famiglia intuire i bisogni dei malati, dato che spesso non occorre altro che una domanda aperta.”



Elisabeth Kubler-Ross: la morte e il morire

• Sono soprattutto **i medici** ad ostacolare lo svolgimento dei colloqui trincerandosi dietro un **“Il paziente non è pronto per parlarne”** quando in realtà **“quelli non pronti a parlarne erano loro”**.

- “**La paura della morte** è radicata più che mai e **la morte** stessa è il **tabù** per eccellenza che spesso allontana dal morente o dai suoi familiari. Il tempo a disposizione viene riempito con tanto fare e con poco stare vicino, ma la conoscenza di quello che succede e succederà fa diminuire le paure e le resistenze. **Consentendo solo così una buona morte.**”



Elisabeth Kubler-Ross: la morte e il morire

Vi è un momento in cui occorre solo “**stare**” vicini, senza le parole, accogliendo il dolore che viene dato:

”*“Essere terapisti di un malato in fin di vita ci dà coscienza dell’unicità di ogni individuo in questo vasto mare dell’umanità. Ci dà coscienza della nostra finitezza, della breve durata della nostra vita. Pochi di noi vivono più di settant’anni, eppure in quel breve tempo la maggior parte di noi crea e vive una biografia unica e tesse il suo pezzo di storia umana.”*



Marie de Hennezel: la morte amica

Psicoterapeuta incaricata dal Ministero della Sanità francese per la diffusione delle cure palliative. Nel suo libro, "*La morte amica*" raccoglie l'esperienza di accompagnatrice dei morenti dagli anni 70-90, nell'Unità di Cure Palliative di Parigi.



Marie de Hennezel: la morte amica

La rivoluzione consiste nella pratica dell'*aptonomia*, dal greco *hapto* “toccare” e *nomos* “regola”, cioè l’approccio tattile affettivo. Il fondatore di questa scuola di pensiero è Franz Veldman, un medico olandese che nel 1945 studiò l’affettività espressa attraverso il contatto tattile.

“In un reparto di cure palliative il contatto è una medicina vera e propria”



Marie de Hennezel: la morte amica

La maggior parte dei malati accompagnati esprime il bisogno di:

1. “**dire**” che sta per morire, di esplicitarlo, di gridarlo, di renderlo reale per potere sfogare il dolore e la paura;
2. di sapere di non essere lasciati **soli** nel momento finale

Ed è così che lei stessa ha improntato il suo lavoro, nell'accompagnamento del malato, nella presenza (**stare**) costante del personale ospedaliero che con le sue premure, anche affettuose, può scortare il malato fino al traguardo finale.



Cicely Saunders, Elisabeth Kubler-Ross, Marie de Hennezel

Care
Maternage
Relazione
Spiritualità



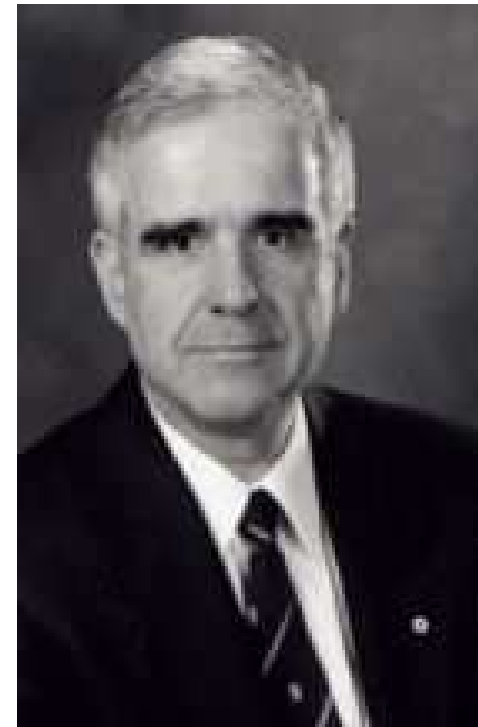
Dr Balfourt Mount: il padre delle cure palliative

Coniò Il termine “**Palliative care**” nel 1975, CANADA.

His training in end-of-life care was at St. Christopher’s Hospice, London.

Emeritus Professor of Palliative Medicine.

Istituì Palliative Care Unit.



Dr Balfourt Mount: il padre delle cure palliative

Dolore oncologico e cure palliative

Le cure palliative identificano come loro obiettivo il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi, nelle componenti fisiche, sociali e spirituali. La presa in carico globale (care) attiva, dovrebbe essere applicata già nelle fasi precoci della storia oncologica anche durante le terapie oncologiche attive.²



WHO 1990

Vittorio Ventafridda: il pioniere delle cure palliative In Italia

Fondatore della SICP, Direttore Scientifico della Fondazione Floriani dal 1978, INT Milano. Presidente onorario della EACP.

Lascia un'eredità culturale, umana, scientifica unica:

«Le cure palliative guardano alla qualità della vita residua, non alla sua soppressione. Il malato che chiede di essere aiutato a porre fine alla propria esistenza, nella maggior parte dei casi, è in preda al dolore fisici inaccettabili, non ha supporto psicologico e spirituale, si sente solo.»



(1927-2008),

Vittorio Ventafridda: il pioniere delle cure palliative In Italia

*Il lavoro di questi anni ci ha insegnato che quando si elimina la sofferenza fisica utilizzando in modo appropriato la morfina, si garantisce un'assistenza adeguata, si riempie il vuoto di comunicazione che si crea intorno a questi malati **(la morte oggi è l'unico, reale tabù)**, la richiesta eutanasica scompare o si attenua. Le cure palliative nascono come alternativa al ritardare la morte con inutili accanimenti terapeutici, così come all'eutanasia».*



(Intervista 2006),

Dr Balfourt Mount: CURE PALLIATIVE

Nei 2012-2013 PRESE PUBBLICHE POSIZIONI IN CANADA
CONTRO L'EUTANASIA E L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO,
PROPONENDO COME ALTERNATIVA **LA CURA PALLIATIVA.**

Alla domanda circa la discrepanza fra forte richiesta di eutanasia a fronte di una storica disponibilità di cure palliative rispose:

“Lo spirito originario con cui è nato il movimento delle cure palliative, basato sul principio di accompagnare la morte per dare senso alla vita, cioè su valori e forte istanze spirituali rimane più che mai attuale dopo 50 aa. Occorre constatare che la “cultura” della civiltà occidentale non solo non è cresciuta nella stessa direzione, ma ha costruito un baratro che occorrerebbe colmare con un dialogo aperto”.



La medicalizzazione della salute: XXI secolo

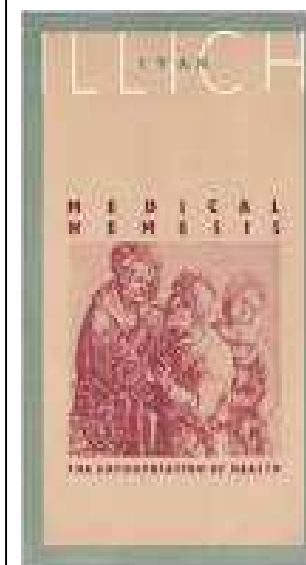
Ivan Illich anticipava la possibilità che la medicalizzazione della salute (l'assunzione totale della vita sotto l'egida della medicina) producesse un danno di portata epocale: il potere immenso della scienza medica contribuiva a creare a livello collettivo un'aspettativa d'immortalità priva di fondamento.

Contribuendo ad annullare la capacità umana di confrontarsi con la vita in ciò che essa ha di casuale e incontrollabile; prima di tutto la morte.

Il progresso tecnologico, l'allungamento della vita media, l'aumentato benessere, ha trasformato la morte non più nell'evento conclusivo di una vita, ma l'evento terminale di una lunga “infinita” malattia.

La morte non è più un evento personale e spirituale, connaturato nella condizione umana.

La morte - Baudrillard- è un'esclusione più forte di tutte le altre, «più radicale di quella dei poveri, dei pazzi, degli anziani, delle razze straniere, un'esclusione che le precede tutte e serve loro da modello»



Nemesi Medica.
L'espropriazione
della salute.
Ivan Illich

Supportive Versus Palliative Care: What's in a Name?

Cancer 2009 1 ; 115 89):2013-21

A Survey of Medical Oncologists and Midlevel Providers at a Comprehensive Cancer Center

Does it matter what you call it? A Randomized trial of language used to describe palliative care service.

Support Care Cancer 2013

Il termine **palliative care** viene percepito negativamente da medici/pazienti/famigliari, in quanto associato al fine vita (**riduzione speranza**).

Il termine **supportive care**: ha riportato una impressione significativamente più favorevole, incremento d'invio dei pazienti in terapia attiva per presa in carico più precoce (79% vs 25%).

Cure supporto/Cure palliative: contenuto

ESMO definisce **Supportive care** la cura che ha come obiettivo di ottimizzare “comfort, function, and social support” a pazienti e familiari in tutti gli stadi di malattia, inclusa **la malattia in cura attiva**

ESMO definisce **Palliative Care** la stessa cura rivolta ad una **malattia non più passibile di cure attive**

I termini descrivono **programmi clinici comuni** con l'obiettivo primario di **controllare i sintomi fisici** **(in primis il dolore)** **psicosociali e spirituali di** **pazienti con patologia oncologica e loro familiari.**

L'evoluzione delle cure palliative.

L'intervento **precoce** di cure supporto/palliative:

Quali evidenze?

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

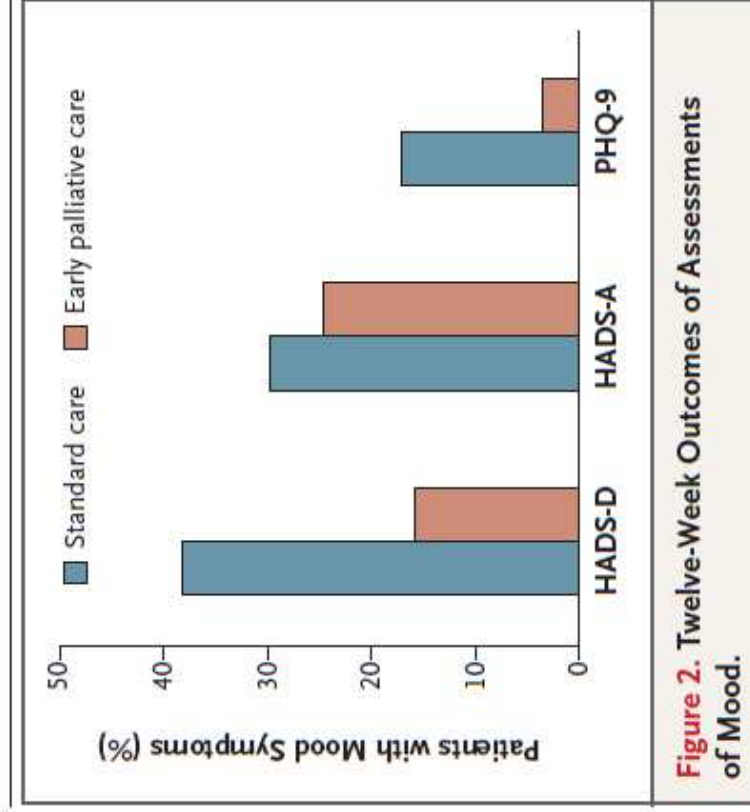


Figure 2. Twelve-Week Outcomes of Assessments of Mood.

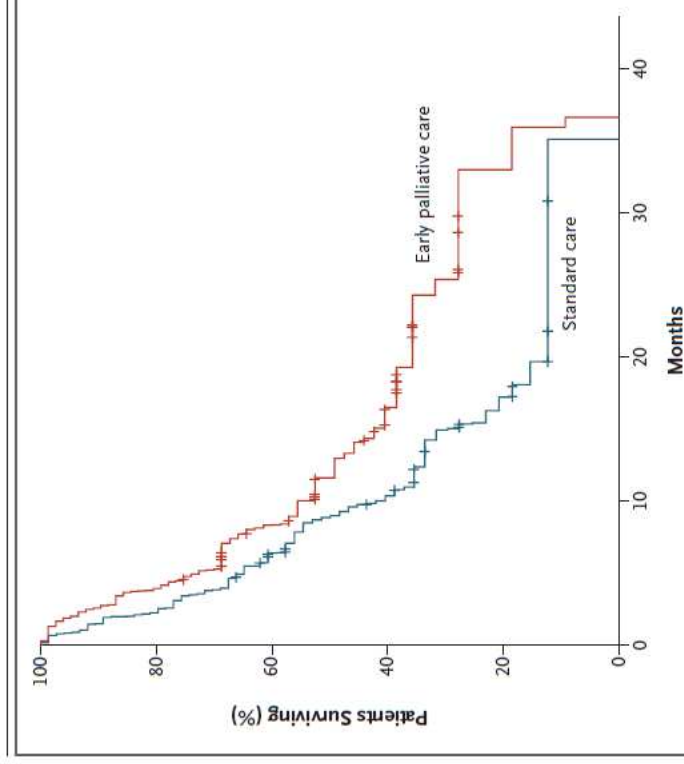


Figure 3. Kaplan-Meier Estimates of Survival According to Study Group.

Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death, if it occurred during the study period, or to the time of censoring of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.8 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 11.7) in the entire sample (151 patients), 11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9) in the group assigned to early palliative care (77 patients), and 8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4) in the standard care group (74 patients) ($P=0.02$ with the use of the log-rank test). After

Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial

Marie A. Bakitas, Tor D. Tosteson, Zhigang Li, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Zhongze Li, J. Nicholas Dionne-Odom, Jennifer Frost, Konstantin H. Dragnev, Mark T. Hegel, Andres Azuero, and Tim A. Ahles

Table 1. Baseline Demographic and Clinical Characteristics of Patient Participants

Characteristic	Early Group (n = 104)		Delayed Group (n = 103)		P*
	No.	%	No.	%	
Age, years					.68
Mean		64.03		64.6	
SD		10.28		9.59	
Male sex	56	53.85	53	51.46	.78
Diagnosis					.97
Lung	46	44.23	42	40.78	
GI tract	26	25	24	23.3	
Breast	10	9.62	13	12.62	
Other solid tumor	10	9.62	10	9.71	
Genitourinary tract	7	6.73	9	8.74	
Hematologic malignancy	5	4.81	5	4.85	
Disease status at enrollment					.24
New diagnosis	48	46.15	46	44.66	
Recurrence	29	27.88	20	19.42	
Progression	27	25.96	36	34.95	
Do not know	0	0.0	1	0.97	
Brain metastasis at enrollment	17	16.35	18	17.48	.71
Charlson score	6.3	1.62	6.21	1.86	.71
Karnofsky performance status	80.58	10.87	81.46	9.74	.54
Anticancer treatment at enrollment					
Chemotherapy	76	73.08	80	77.67	.52
Radiotherapy	20	19.23	20	19.42	1.00

Within 30-60 days



Early Group
(n = 104)

Delayed Group
(n = 103)



3-month delay

The finding of a 15% improvement in 1-year survival in patients with advanced cancer of mixed diagnoses

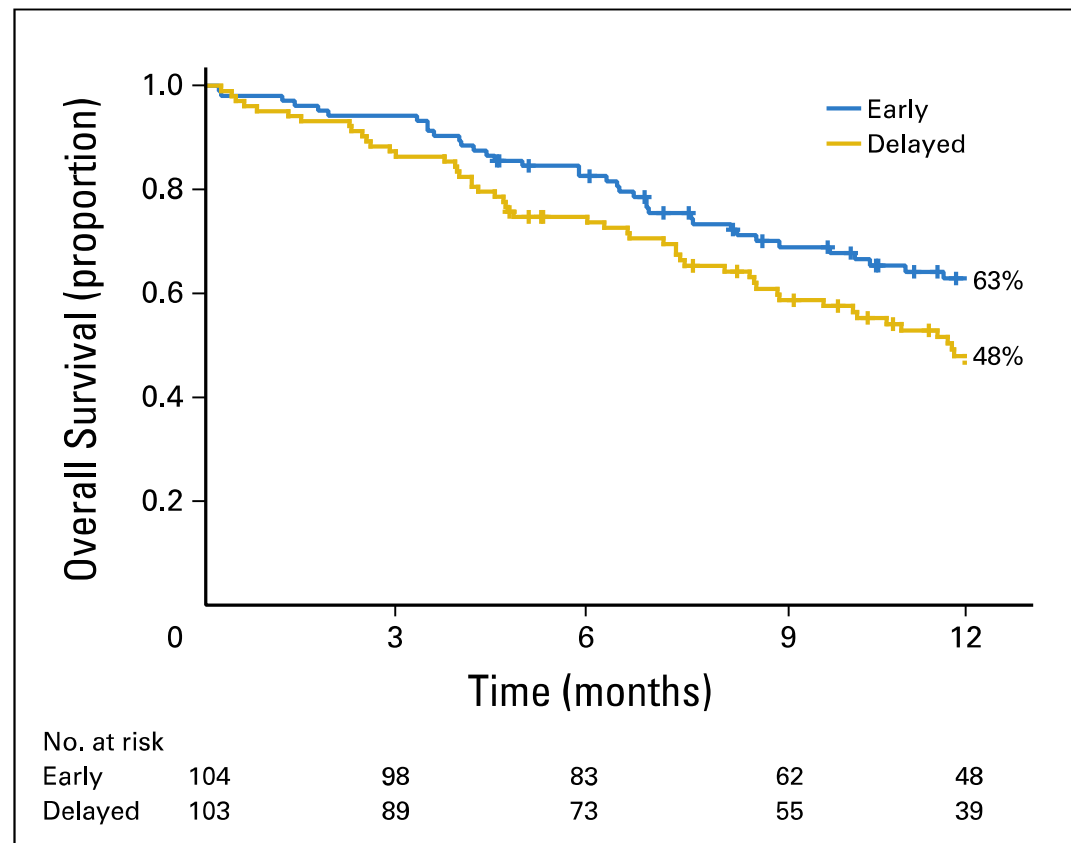


Fig 2. Kaplan-Meier estimates of 1-year survival by treatment group.

Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial

J. Nicholas Dionne-Odom, Andres Azuero, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Tor Tosteson, Zhigang Li,

Early-group: **Riduzione significativa della depressione (6% decrease) e stress**

Il massimo beneficio si ottiene in relazione alla precocità dell'intervento.

N ENGL J MED 363;8 NEJM.ORG AUGUST 19, 2010

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,

Le cure palliative precoci riducono l'accanimento terapeutico riducendo in modo significativo la somministrazione di Ct negli ultimi 14 gg di vita.

VOLUME 33 · NUMBER 13 · MAY 1 2015

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial

Marie A. Bakitas, Tor D. Tosteson, Zhigang Li, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Zhongze Li, J. Nicholas Dionne-Odom, Jennifer Frost, Konstantin H. Dragnev, Mark T. Hegel, Andres Azuero, and Tim A. Ahles

Risultato confermato.

Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer

E. Bandieri^{1†}, D. Sichetti^{2†}, M. Romero^{2†}, C. Fanizza², M. Belfiglio², L. Buonaccorso¹, F. Artioli¹, F. Campione³, G. Tognoni² & M. Luppi^{4*}

¹Palliative Care Unit, Azienda Unitaria Sanitaria Locale (AUSL), Modena; ²Department of Clinical Pharmacology and Epidemiology, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria; ³Department of Oncology, Hematology and Respiratory Diseases,

Table 5. Factors associated with severe pain prevalence

Variables	Univariate		Multivariate	
	RR (95 % CI)	P value	RR (95 % CI)	P value
Care model				
SC	1		1	
ePSC	0.69 (0.48–0.99)	0.037	0.69 (0.48–0.99)	0.045
Wards				
Oncology	1.00 (0.75–1.35)	0.98	1.02 (0.76–1.36)	0.91
Non-oncology	1		1	
Metastatic disease				
No	1.12 (0.89–1.41)	0.35	1.16 (0.92–1.46)	0.22
Yes	1		1	
Gender				
Males	0.75 (0.62–0.90)	0.002	0.76 (0.63–0.91)	0.003
Females	1		1	
Age	0.99 (0.99–1.00)	0.016	1.00 (0.99–1.00)	0.25
Analgesic therapy				
Non-opioids	1.00		1	
Weak opioids	1.19 (0.74–1.92)	0.47	1.12 (0.70–1.79)	0.64
Strong opioids	1.38 (0.88–2.17)	0.16	1.00 (0.84–2.05)	0.23

CI, confidence interval; ePSC, early palliative/supportive care; RR, relative risk; SC, standard care.

February 2012

Un'analisi multivariata ha mostrato che il modello ePSC è un fattore indipendente in grado di ridurre il rischio di dolore severo del 31%

L'intervento **precoce** di supporto/cure palliative: quali **RISULTATI**?

Miglioramento:

- 1. **Controllo dei sintomi, della QoL**
- 2. **Dati suggestivi, seppur iniziali, della sopravvivenza**
- 3. **Depressione nei care givers**
- 4. **Comunicazione necessaria a ridefinire gli obiettivi di cura oncologica e consentendo la RIDUZIONE DELL'ACCANIMENTO (riducendo la % di pazienti sottoposti a CT negli ultimi gg di vita)**

Il dolore oncologico: scenari attuali

Quality of Cancer Pain Management: An Update of a Systematic Review of Undertreatment of Patients With Cancer

Maria Teresa Greco, Anna Roberto, Oscar Corli, Silvia Deandrea, Elena Bandieri, Silvio Cavuto, and Giovanni Apolone

A B S T R A C T

Purpose

Pain is a frequent symptom in patients with cancer, with substantial impact. Despite the availability of opioids and updated guidelines from reliable leading societies, undertreatment is still frequent.

Methods

We updated a systematic review published in 2008, which showed that according to the Pain Management Index (PMI), 43.4% of patients with cancer were undertreated. This review included observational and experimental studies reporting negative PMI scores for adults with cancer and pain published from 2007 to 2013 and retrieved through MEDLINE, Embase, and Google Scholar. To detect any temporal trend and identify potential determinants of undertreatment, we compared articles published before and after 2007 with univariable, multivariable, and sensitivity analyses.

Results

In the new set of 20 articles published from 2007 to 2013, there was a decrease in undertreatment of approximately 25% (from 43.4 to 31.8%). In the whole sample, the proportion of undertreated patients fell from 2007 to 2013, and an association was confirmed between negative PMI score, economic level, and nonspecific setting for cancer pain. Sensitivity analysis confirmed the robustness of results.

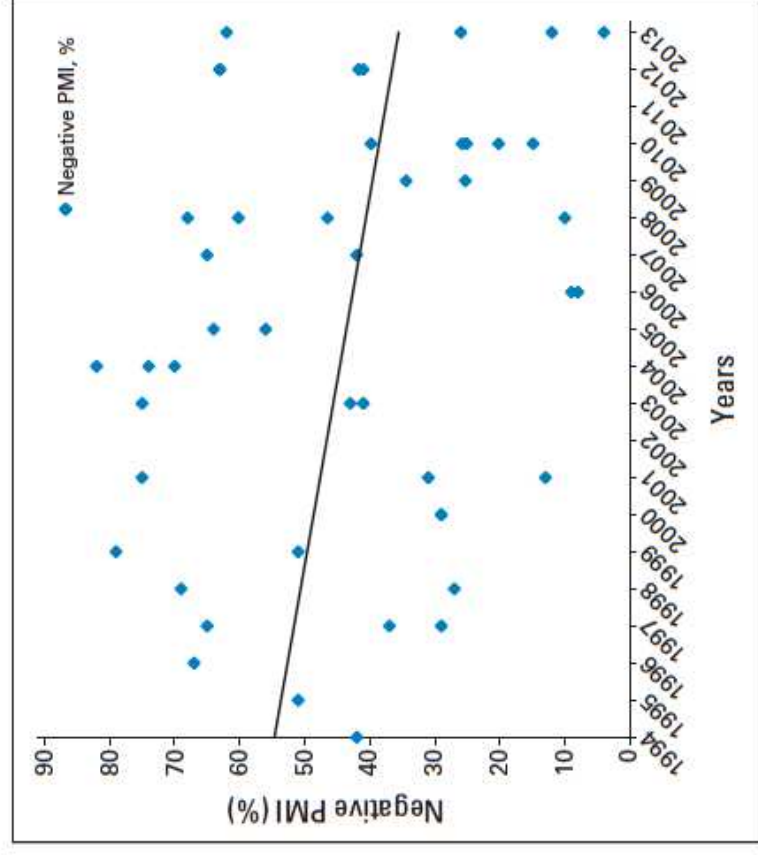


Fig A1. Distribution of undertreatment (Pain Management Index [PMI] negative scores) in relation to time (year) of publication.

Conclusion

Analysis of 46 articles published from 1994 to 2013 using the PMI to assess the adequacy of analgesic therapy suggests the quality of pharmacologic pain management has improved. However, approximately one third of patients still do not receive pain medication proportional to their pain intensity.

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith

J Clin Oncol 34. © 2016 by American Society of Clinical Oncology

Key Recommendation

Patients with advanced cancer, **should receive dedicated palliative care services, early** in the disease course, concurrent with active treatment.

For **newly diagnosed patients with advanced cancer**, the Expert Panel suggests **early palliative care involvement within 8 weeks of diagnosis**.

CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEE



Tab. 9 Indicatori di Integrazione tra cure palliative e oncologia (modificata Hui D et al. Ann Oncol 2015)

INDICATORI MAGGIORI

Indicatori clinici di struttura

- Presenza strutturata di un team di consulenza palliativa per i pazienti ricoverati presso la struttura
- Presenza di un ambulatorio di cure palliative

Indicatori di processo clinico

- Presenza di un team interdisciplinare di cure palliative
- Screening clinico di routine dei sintomi nell'ambulatorio di oncologia
- Documentazione routinaria della pianificazione anticipata delle cure
- Invio precoce alle cure palliative

Indicatori di risultato clinico

- Proporzione dei pazienti ambulatoriali che hanno avuto una valutazione del dolore in almeno una delle ultime due visite ambulatoriali prima del decesso.
- Proporzione dei pazienti che hanno effettuato due o più accessi in Pronto Soccorso negli ultimi 30 giorni di vita
- Coerenza del luogo del decesso con le preferenze del paziente

Indicatori di formazione

- Formazione teorica e pratica in cure palliative nell'ambito della Scuola di specializzazione in oncologia
- Rotazione programmata degli specializzandi in oncologia presso le strutture della Rete di cure palliative
- Formazione professionale continua in cure palliative per gli oncologi medici





Early integration of palliative care into the care of patients with cancer

Rachel Thienprayoon¹ and Thomas LeBlanc²

¹Department of Anesthesia, Division of Pain and Palliative Care, and Department of Pediatrics, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH; and ²Duke University School of Medicine and Duke Cancer Institute, Duke University Medical Center, Durham, NC

2015

L'integrazione precoce delle cure palliative nella cura dei pazienti con malattia oncologica avanzata ha mostrato un significativo miglioramento della QoL dei sintomi fisici e psicologici per paziente e familiari.

(Forte raccomandazione: alto livello di evidenza scientifica)

Il dolore oncologico: nuovi dati della ricerca

Published Ahead of Print on December 7, 2015 as 10.1200/JCO.2015.61.0733
The latest version is at <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2015.61.0733>

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain

Elena Bandieri, Marilena Romero, Carla Ida Ripamonti, Fabrizio Artioli, Daniela Sichetti, Caterina Fanizza, Daniele Santini, Luigi Cavanna, Barbara Melotti, Pier Franco Conte, Fausto Roila, Stefano Cascinu, Eduardo Bruera, Gianni Tognoni, and Mario Luppi

See accompanying article doi:10.1200/JCO.2015.64.7537

Outcome	Weak Opioids (N = 117), No. (%)	Morphine (N = 110), No. (%)	Odds Ratio (95% CI)	P	Adjusted Odds Ratio* (95% CI)	P
Primary outcome						
Responders†	64 (54.7)	97 (88.2)	6.18 (3.12 to 12.24)	< .001	6.89 (3.33 to 14.25)	< .001
Secondary outcomes						
Patients with a meaningful pain reduction‡	55 (47.0)	91 (82.7)	5.40 (2.92 to 9.97)	< .001	5.74 (3.03 to 10.90)	< .001
Patients with highly meaningful pain reduction §	49 (41.9)	83 (75.5)	4.27 (2.42 to 7.53)	< .001	4.58 (2.52 to 8.33)	< .001

*Adjusted by pain intensity at baseline, age, gender, Karnofsky performance score, adjuvant therapy, rescue therapy, cancer type and anticancer treatment.
†Patients with pain intensity reduction at least 20% from baseline.
‡Patients with ≥ 30% pain intensity reduction from baseline.
§Patients with ≥ 50% pain intensity reduction from baseline.

Lo studio ha mostrato un vantaggio altamente significativo nell' utilizzo della morfina: tra i 118 pazienti che hanno ricevuto la morfina, **piu' dell' 88% ha presentato una riduzione del 20% nell' intensità del dolore**, laddove tale riduzione si è potuta riscontrare nel solo 57% dei 122 pazienti che hanno ricevuto oppioidi deboli.

Pain therapy

Carla Ripamonti^{a,*}, Elena Bandieri^{b,c}

^a Palliative Care Unit (Pain Therapy-Rehabilitation), IRCCS Foundation National Cancer Institute, Milano, Italy

^b Operative Unit, Medical Oncology Carpi Mirandole Hospital, Modena, Italy
^c CeVEAS, Modena, Italy

Accepted 10 December 2008

“ Il successo della terapia del dolore richiede il trattamento di tutte le componenti di cui il dolore fisico è solo una parte. Pertanto, un adeguato controllo del sintomo richiede attenzione a tutte le altre componenti della cura e della sofferenza. Ciò comporta un approccio multidisciplinare al trattamento, la mancanza del quale determina spesso l’inadeguatezza dei risultati”.

Primo libro

*Cadendo da uno sgabello Ivan Il'ič accusa un forte **dolore** che con il passare del tempo si farà costante.*

*Nel percorso di malattia, comincia a essere sempre più insofferente verso il **rumoroso disinteresse** dei sani. Nessuno lo comprende né gli presta ascolto, tranne un giovane servo che si prende cura di lui con straordinaria serenità.*

La malattia induce Ivan Il'ič a rivedere la scala di valori che aveva ispirato la sua vita, guidandolo alla comprensione della verità.



1887

Secondo libro

Un malato racconta la sua malattia e lo fa in maniera lucida e commovente. Riesce a dimostrare quanto il cammino verso la morte possa diventare un cammino di *vita*.



Carlo Massa *“Tutto me stesso prima di morire. Note dalla malattia”* 2009

Le parole del paziente...

“Ho capito che la malattia mi impedisce di essere distratto. Che mi obbliga a concentrare le energie sul senso, sul possibile senso che questa cosa orribile può dischiudere. [...]

Si può morire bene solo se si è vissuto bene. E vivere bene, oggi lo vedo nitidamente, significa dare e aver dato un senso alla propria vita.”

