



CORSO SUPERIORE SIFO IN FARMACIA CLINICA

Edizione 2017-2018 I anno

Catania, dal 17 al 19 ottobre 2017

La gestione del paziente oncologico in fase terminale

V. A. Guardamagna

*Dir. Divisione Cure Palliative e Terapia del dolore IEO Milano
Consigliere Nazionale Federazione Cure Palliative*



Il paziente oncologico nel 2017...

- Nelle Oncologie
- Nell'ambulatorio del MMG
- Nelle Unità di Cure Palliative / Hospice

Il paziente oncologico nel 2017...

- Nelle Oncologie
- Nell'ambulatorio del MMG
- Nelle Unità di Cure Palliative / Hospice

Lunedì 09 MARZO 2015

Cancro. Diagnosi per 3 mln di italiani. Ma 1 su 4 è già guarito. Lorenzin: “Dopo la guarigione garantire il ritorno per tutti a una vita normale”

In aumento i casi: nel 2010 era 2,6 milioni. Ma circa il 25% è guarito, può cioè nutrire la stessa aspettativa di chi non ha mai avuto una diagnosi di tumore. Tra le donne il più diffuso è quello alla mammella, con 600mila casi. Tra gli uomini quello alla prostata: 300mila, pari al 26% del totale dei maschi con neoplasia. In entrambi i sessi frequente quello al colon retto.

[SINTESI RAPPORTO AIRTUM](#)

Il numero degli italiani con una diagnosi di tumore, recente o passata, registra una progressiva crescita: erano 2,6 milioni nel 2010 e sono diventati 3 milioni nel 2015, segnando quindi un incremento del 20%. Una persona su 4 può però considerarsi già guarita, cioè può nutrire la stessa aspettativa di chi non ha mai avuto una diagnosi di tumore. E' quanto emerge dallo studio 'I tumori in Italia-Rapporto Airtum 2014: prevalenza e guarigione da tumore in Italia', realizzato dall'Airtum

Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2014, Featuring Survival

Ahmedin Jemal - American Cancer Society

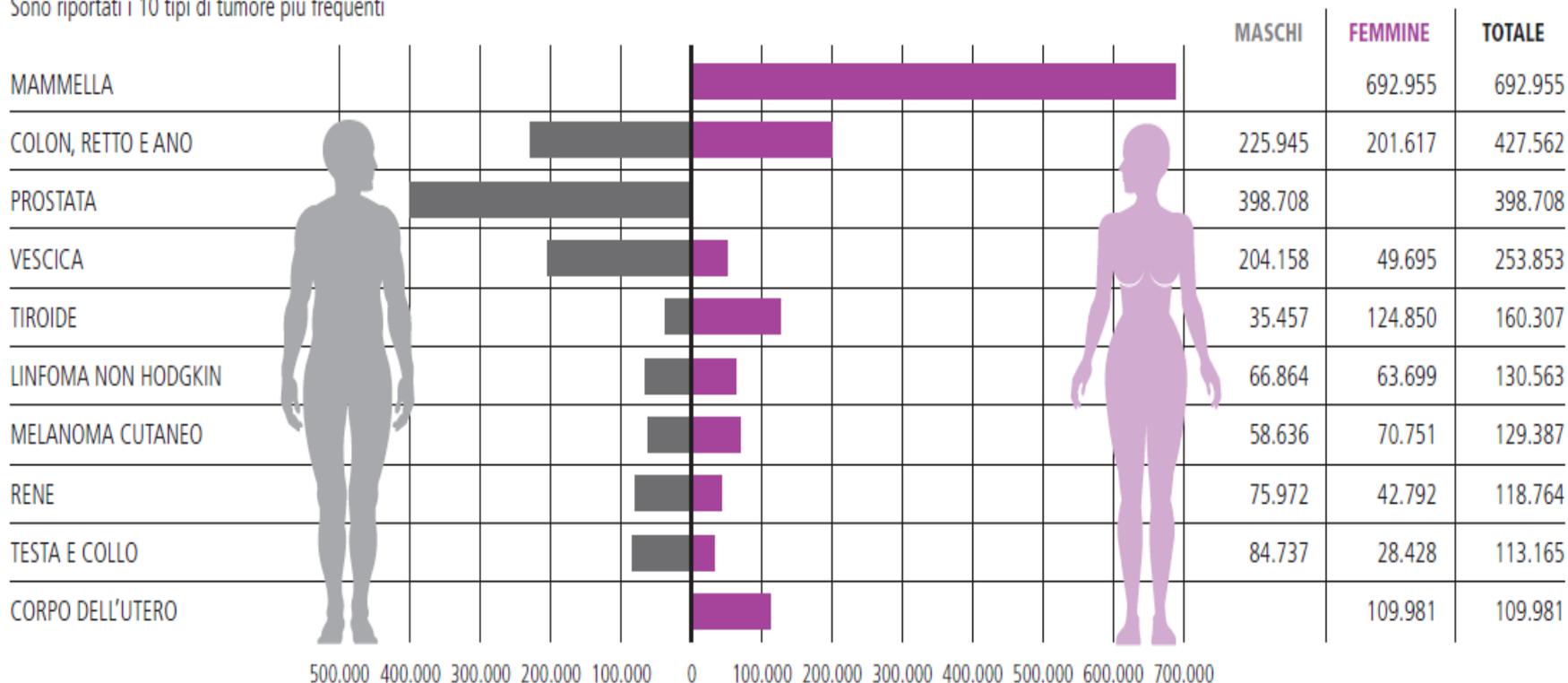
Rispetto ai casi risalenti agli anni 1975-1977, nelle diagnosi del periodo 2006-2012 la sopravvivenza a cinque anni è aumentata in modo significativo per tutti i tipi di tumore, ad eccezione di quelli alla cervice e all'utero. I maggiori incrementi, pari o superiori a un tasso del 25%, sono stati raggiunti nel tumore alla prostata, al rene, nel linfoma non Hodgkin, mieloma e leucemia.

*A. Jemal et al, J Natl Cancer Inst 2017; 109 (9): djx030.
Doi: 10.1093/jnci/djx030*

AIRTUM 2015

NUMERO DI PERSONE VIVE DOPO UNA DIAGNOSI DI TUMORE, PER SESSO (ITALIA, 2015)

Sono riportati i 10 tipi di tumore più frequenti



Il paziente oncologico nel 2017...

- Nelle Oncologie
- Nell'ambulatorio del MMG
- Nelle Unità di Cure Palliative / Hospice

LEGGE 38 15 marzo 2010

ART. 2.

(Definizioni).

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) « cure palliative »: 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;

c) « malato »: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;

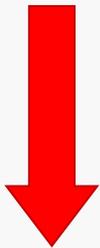
b) « terapia del dolore »: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

FASE TERMINALE

E' definita la fase evolutiva di un malato che è ormai **INGUARIBILE, ma non per questo deve essere considerato **INCURABILE**.**

CURE PALLIATIVE

OBIETTIVO



~~GUARIGIONE~~



QUALITA' DELLA VITA

I BISOGNI dei MALATI in CURE PALLIATIVE

1. Sanitari
2. Socio Assistenziali
3. Psico Relazionali Affettivi
4. Familiari
5. Economici

LE RISPOSTE IN CURE PALLIATIVE

Sanitari

Socio Assistenziali

Psico Relazionali Affettivi

Famigliari

Economici

- 1. CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- 2. LAVORO IN EQUIPE
- 3. PROFESSIONALITA'
- 4. EMPATIA
- 5. SOLIDARIETA' e RELAZIONE D'AIUTO
- 6. SUPPORTO ECONOMICO

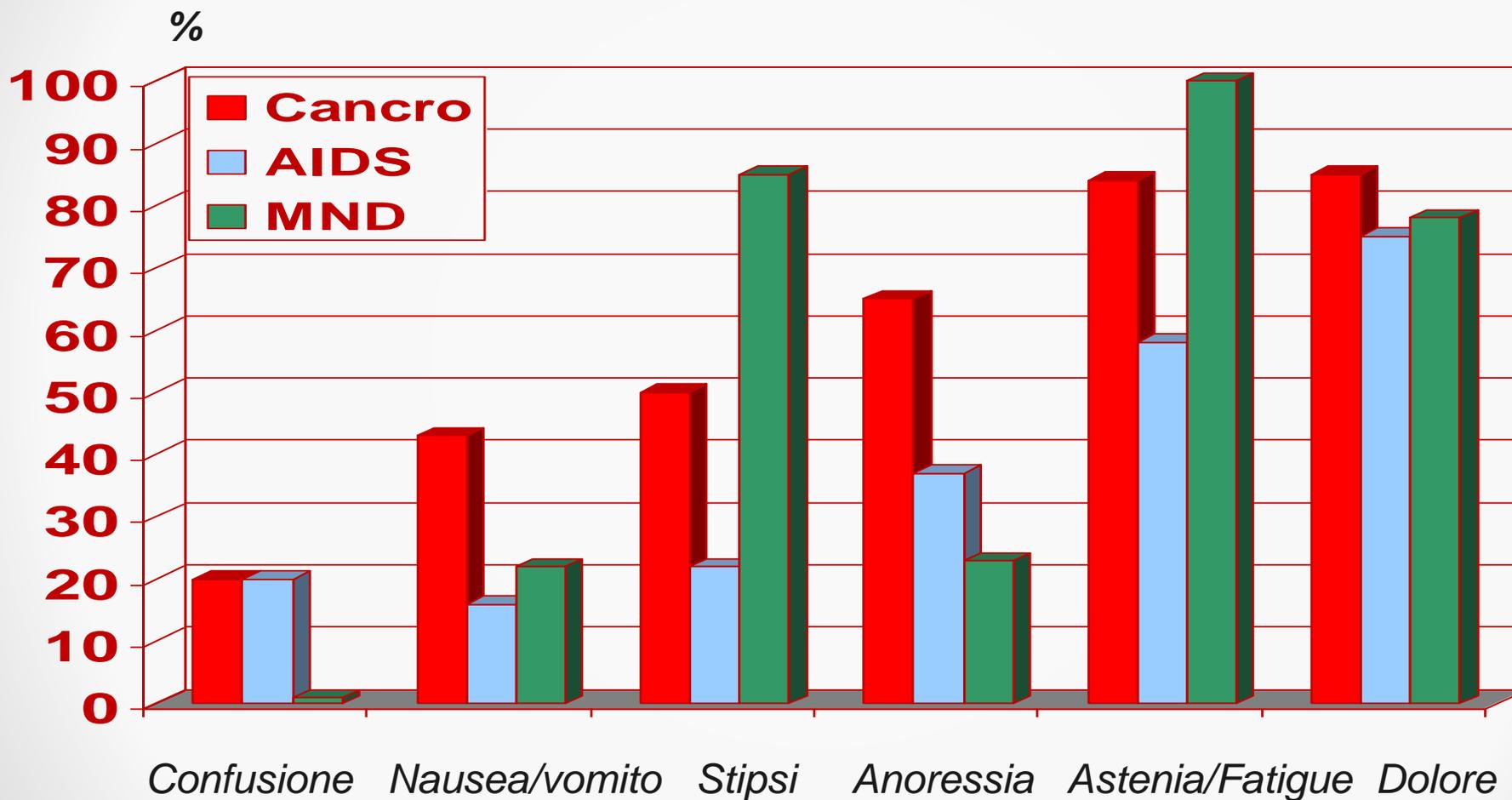
IL MALATO TERMINALE

- Il trattamento è passato da un regime con intento curativo ad un altro con intento di supporto
- Non essendoci più una prospettiva di cura, è diritto del malato terminale non andare incontro ad ulteriori sofferenze per esami medici o trattamenti
- Il tempo ha un significato speciale, poiché è limitato, e pertanto carico di emotività.

TRATTAMENTO DEL SINTOMO IN MEDICINA PALLIATIVA

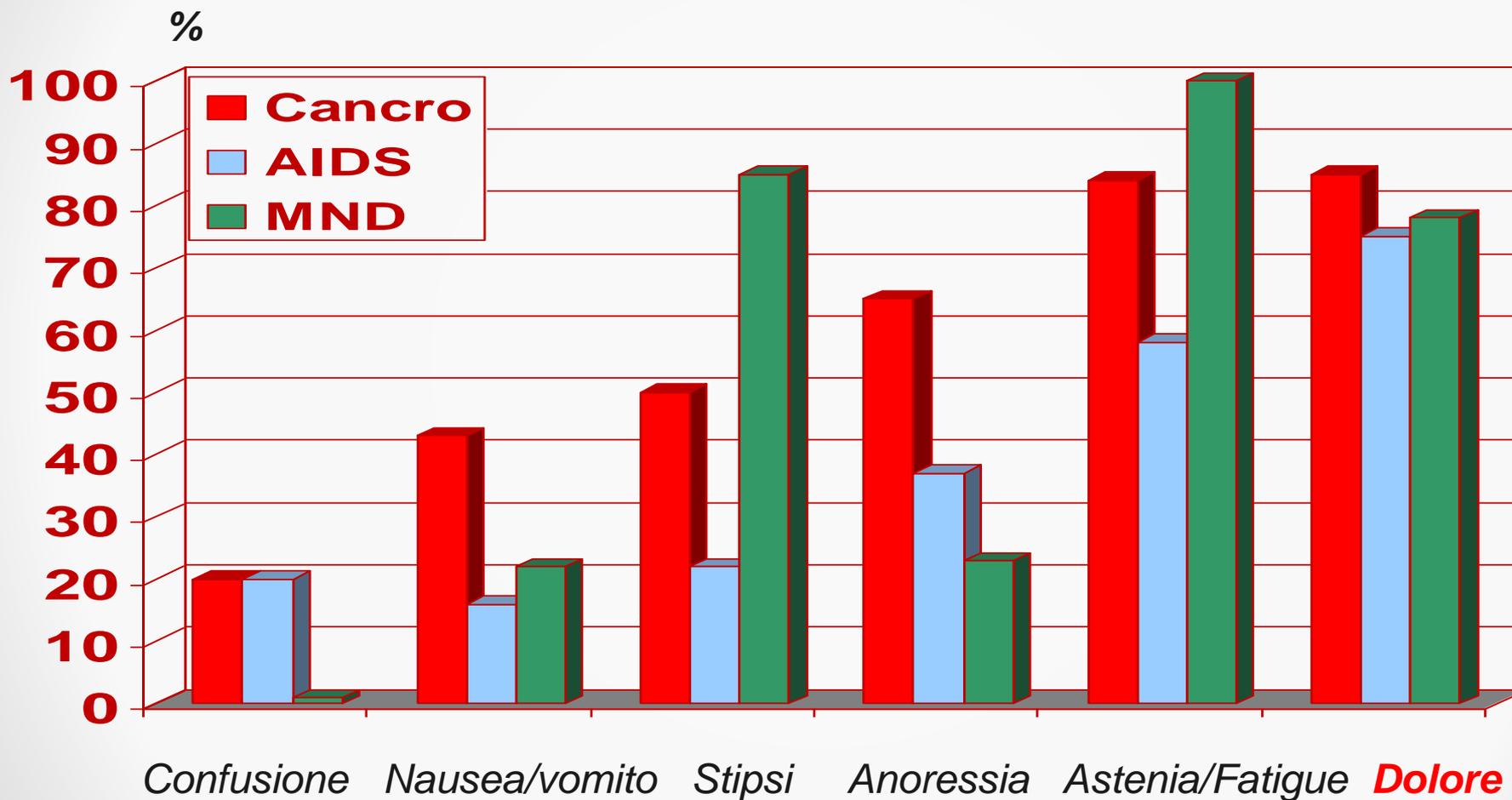
- Rapido, puntuale, efficace, preciso
- Dipende dalla prognosi
 - “La medicina palliativa è
medicina delle scelte”
- Risposta ai bisogni del paziente
- Centrato sulla comprensione del sistema medico-paziente-famiglia
 - “La medicina palliativa è
medicina di relazione”

Prevalenza dei sintomi



Modif. da Regnard C.F.B, Toscani F, 2002

Prevalenza dei sintomi



Modif. da Regnard C.F.B, Toscani F, 2002

Dolore Globale

SOMATIZZAZIONE

debolezza
effetti collaterali delle cure

DEPRESSIONE

perdita di posizione sociale
perdita di prestigio sul lavoro
perdita di guadagni
Insonnia, stanchezza
cambiamenti dell'aspetto
perdita di ruolo in famiglia

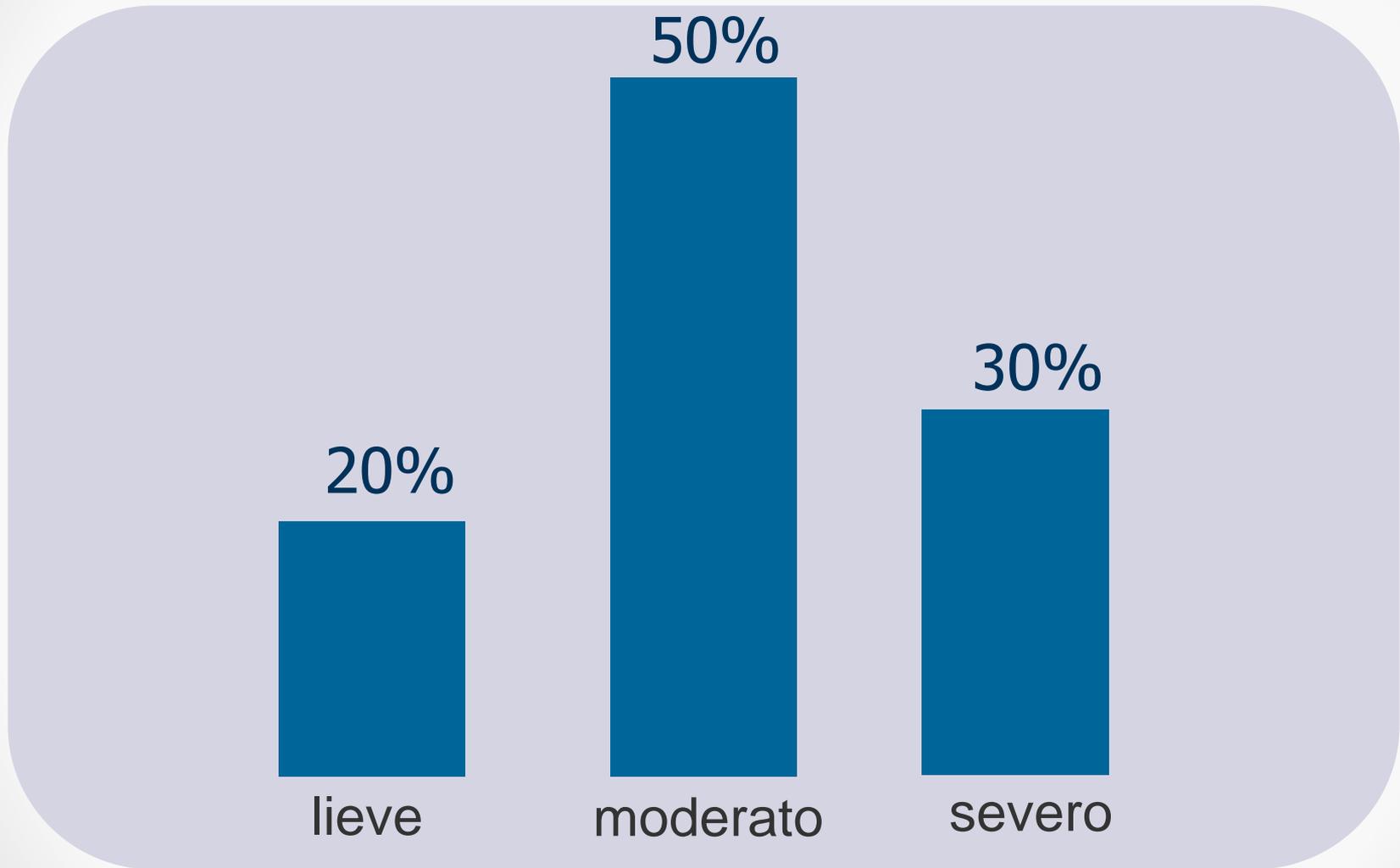
RABBIA

difficoltà burocratiche
fallimento delle cure
mancanza di visite di amici
irreperibilità dei medici
ritardi diagnostici

ANSIA

paura dell'ospedale e ricovero
preoccupazioni per la famiglia
problemi finanziari
perdita di controllo del corpo
paura del futuro
paura del dolore, della morte

Malato oncologico e Intensità del dolore



(Am Cancer Soc, 1995)

Principali cause di dolore nel paziente oncologico

- Nella maggior parte dei casi (75-80%) il dolore è da attribuire all'invasione tumorale diretta
- Il 15-20% è determinato **dalle stesse terapie** necessarie per il trattamento oncologico
- Solo una piccola parte di pazienti (3-5%) può presentare dolore NON direttamente correlato alla malattia, preesistente o concomitante.

Le sindromi cliniche nel paziente oncologico

- Sindromi associate alla diretta invasione tumorale
- Sindromi associate alla terapia contro il tumore
- Sindromi indirettamente riferite o senza relazione con il cancro, quali dolori miofasciali, neuropatia erpetica, emicrania, o dolori collegati all'osteoartrite e a malattie degenerative osteoarticolari

«Dottore, mi creda, avrei preferito tenere il tumore, al posto di avere tutto questo dolore»

*Enzo F., IEO 2015; Carla P., IEO 2015;
Enrico D., IEO 2016...*

La terapia antalgica nel paziente oncologico

- È importante considerare non solo i meccanismi fisiopatologici che sostengono il dolore, ma anche il paziente con la sua sofferenza.
- Il dolore può essere controllato nel 70-90% dei pazienti che ricevono cure adeguate.
- La terapia del dolore in questi malati non può prescindere da un «*patto terapeutico*»
- Considerando che il dolore oncologico è definito "dolore totale", appare chiaro che non può essere affrontato con la sola terapia farmacologica.
- Si rende pertanto necessario un approccio multidisciplinare e multidimensionale.

Fattori che influenzano il successo della terapia antalgica

Preparazione del medico

Capacità del medico di:

- Inquadrare il paziente
- Identificare e valutare il dolore
- Stabilire un programma terapeutico

Fondamentale il raggiungimento del cosiddetto "patto terapeutico"

Il successo terapeutico?

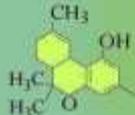
➤ «Caro collega, ti invio il signor Carlo. Caso di dolore difficile. E' stato



➤ *Si è vero. Ho provato il cerotto di morfina. Il primo giorno mi è stato applicato quello da 25, il secondo giorno un altro cerotto ed il terzo giorno un terzo cerotto... dottore ero uno Zombi!! Ed ho vomitato l'anima...*

Appropriatezza...

Cannabinoidi e dolore?

FITO - CANNABINOIDES	
 <p>Benefici Medicinali</p> 	
 <p>THC Tetraidrocannabinol</p>	Allevia il dolore, aiuta ad alleviare lo stress, stimola l'appetito. Combatte i radicali liberi nel sangue. Stimola la crescita delle cellule, neuroni e tessuto nervoso. Controlla ansia e elimina nausea e vomito. Arresta la crescita delle cellule tumorali. Allevia la pressione oculare (glaucoma). Sopprime spasmi muscolari e convulsioni.
 <p>CBD Cannabidiol</p>	Controlla il cancro, riduce il dolore. Stimola lo sviluppo osseo. Arresta la crescita dei batteri. Riduce i livelli di zucchero nel sangue. Riduce il rischio di arteriosclerosi. Aiuta il controllo dell'epilessia. Sopprime nausea e vomito.
 <p>CBC Cannabicromeno</p>	Allevia il dolore. Riduce l'infiammazione e gonfiore. Stimola la crescita delle ossa. Stimola la crescita delle cellule.
 <p>CBG Cannabigerolo</p>	Allevia il dolore. Riduce l'infiammazione e gonfiore. Stimola la crescita delle ossa. Stimola la crescita delle cellule.
 <p>CBN Cannabinol</p>	Sopprime spasmi muscolari e convulsioni. Allevia il dolore e favorisce il sonno. Riduce infiammazione e gonfiore. Combatte i radicali liberi nel sangue.
 <p>THCU Cannabavarinal</p>	Stimola l'appetito. Controlla l'obesità. Attualmente è in fase di sperimentazione nel trattamento per il diabete.

Am Soc Clin Oncol Educ Book, 2017;37:705-713. doi:
10.14694/EDBK_180469.

Pain and Opioids in Cancer Care: Benefits, Risks, and Alternatives.

Bennett M¹, Paice JA¹, Wallace M¹

Pain remains common in the setting of malignancy, occurring as a consequence of cancer and its treatment. Several high-quality studies confirm that more than 50% of all patients with cancer experience moderate to severe pain. The prevalence of pain in **cancer survivors** is estimated to be 40%, while close to two-thirds of those with advanced disease live with pain. Progress has occurred in the management of cancer pain, yet undertreatment persists. Additionally, new challenges are threatening these advances. These challenges are numerous and include educational deficits, time restraints, and limited access to all types of care. New challenges to access are occurring as a result of interventions designed to combat the prescription drug abuse epidemic, with fewer clinicians willing to prescribe opioids, pharmacies reluctant to stock the medications, and payers placing strict limits on reimbursement. A related challenge is our evolving understanding of the risks of long-term adverse effects associated with opioids. And reflective of the opioid abuse epidemic affecting the general population, the potential for misuse or abuse exists in those with cancer. Guidelines have been developed to support oncologists when prescribing the long-term use of opioids for cancer survivors. The challenges surrounding the use of opioids, and the need for **safe and effective** alternative analgesics, are leading to intense interest in the potential benefits of cannabis for cancer-related pain. Oncologists are faced with questions regarding the types of cannabis available, differences between routes of administration, data concerning safety and efficacy, and legal and regulatory dynamics

¹Institute of Health Sciences, School of Medicine, University of Leeds, Leeds, United Kingdom; Division of Hematology-Oncology, Feinberg School of Medicine, Northwestern University; Chicago, IL; Department of Anesthesiology, University of California, San Diego, San Diego, CA.

Fattori prognostici di dolore difficile

1. Pazienti più giovani
2. Dolore neuropatico
3. Dolore episodico o incident
4. Distress psicologico
5. Abuso di sostanze stupefacenti, pregresso o in atto, con possibilità di utilizzo inappropriato degli oppioidi o di precoce tolleranza
6. Impoverimento cognitivo con difficoltà di valutazione del dolore o ridotta tollerabilità ai trattamenti farmacologici
7. Elevata intensità del dolore alla presentazione iniziale
8. Fase avanzata di malattia

Fainsinger RL, Cancer pain assessment we predict the need for specialist input?

Dolore non responsivo nel pz oncologico

Aspettativa di vita > 6 mesi

Aspettativa di vita < 6 mesi

Test:

SCS provvisorio vs
Catetere intratecale tunnellizzato

•dolore segmentario
•previsioni di alte
dosi di anestetico

•dolore diffuso
•spazio epidurale
non indicato

diminuzione del
dolore > 50%

diminuzione del
dolore < 50%

Catetere epidurale
tunnellizzato; porth-a-cath

Catetere intratecale
tunnellizzato

SCS def;
Pompa impiantabile

Trattamento
conservativo

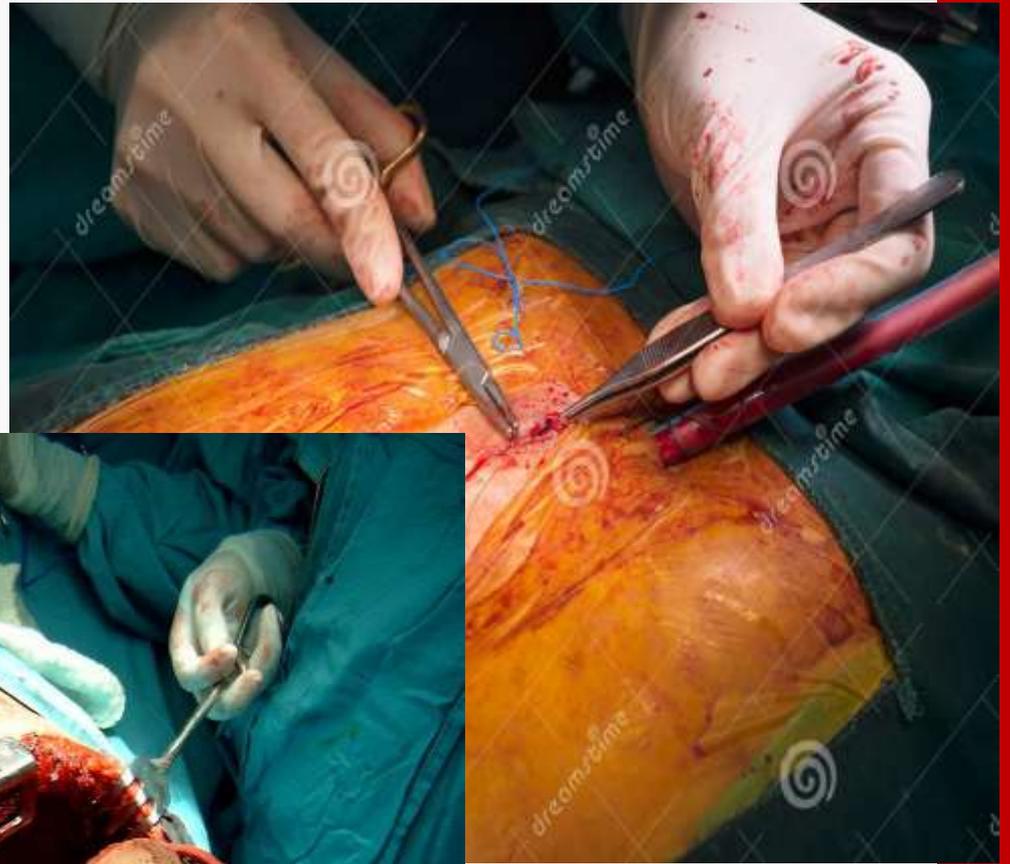
Dolore?



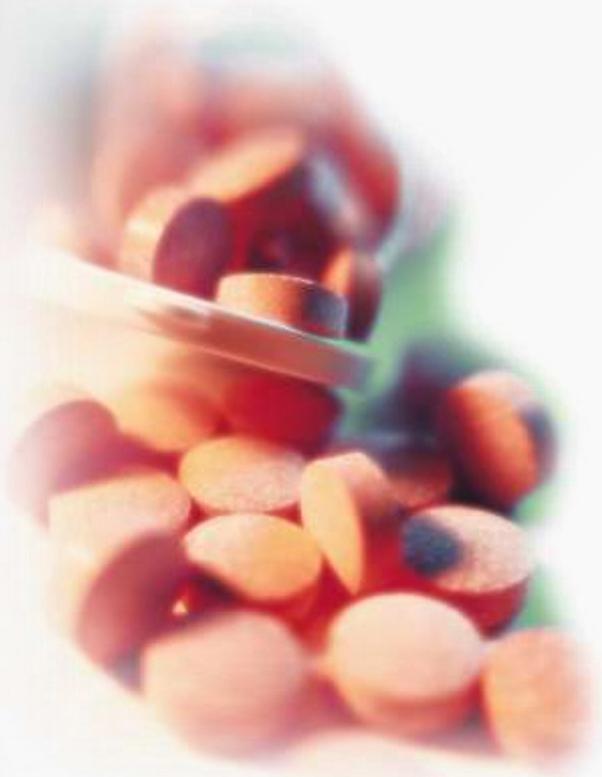








DOLORE NEUROPATICO IATROGENO



- **Derivati della vinca**
- **Platino e derivati**
- **Taxani**
- **Bortezomib**
- **Talidomide**



- **Flogosi, fibrosi, necrosi post-attiniche**

- **Post-toracotomia**
- **Post-mastectomia**
- **Post-amputazioni**



I sintomi del malato terminale

ASTENIA

PROBLEMI RESPIRATORI

- Tosse
- Emottisi
- Versamento pleurico

PROBLEMI UROLOGICI

- Incontineza, pollachiuria, ritenzione urinaria
 - Ematuria
- Disuria e spasmi vescicali

PROBLEMI DERMATOLOGICI LEGATI ALLA CUTE:

- Lesioni maleodoranti
- Piaghe da decubito
- Stomi e fistole
- Edemi
- Prurito

PROBLEMI METABOLICI

- Ipercalcemia
- Squilibri elettrolitici

PROBLEMI GASTROINTESTINALI/ADDOMINALI:

- Complicanze e cura del cavo orale
- Anoressia
- Disfagia
- Singhiozzo
- Dispepsia
- NAUSEA/VOMITO
- Stipsi - Occlusione intestinale
- Diarrea e secrezioni rettali
- Ascite

PROBLEMI ORTOPEDICI

Metastasi Ossee

FEBBRE E INFEZIONI

URGENZE

- Compressione Midollare
- Ipercalcemia
- Emorragia
- Dispnea
- Rantolo
- Sindrome Della Cava Superiore

PROBLEMI NEUROLOGICI E NEUROPSICHIATRICI

- Metastasi cerebrali
- Crisi convulsive
- Stati confusionali
- Depressione e suicidio
- Reazioni extrapiramidali da farmaci
- Ansia
- Insonnia



TRATTARE I SINTOMI

DISPNEA / INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Criticità

“Mi manca l’aria”

“Sto morendo”

“Ho paura di soffocare”

“Sto annegando”

“Se mi addormento, muoio”



DISPNEA / INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Trattamento

Benzodiazepine (Valium, Midazolam)

Morfina

Cortisone (se broncostenosi)

Ossigeno

Tranquillizzare il paziente

Aprire la finestra

Utilizzare un ventilatore



Disgeusia, xerostomia, candidosi

- Igiene orale, tratt. per incremento saliva
- Assunzione di cibi caldi di forte sapore (limone e aceto)
- Sciacqui con acqua e bicarbonato
- Riduzione dose RT ove possibile (nessuna alterazione riportata sotto i 20Gy, max per dosi di 60Gy)
- Sostituzione del farmaco se possibile
- Zn p. os 25 mg qid



NAUSEA e VOMITO

ALTAN

HO LA NAUSEA:
O SONO INCINTA
O SONO ITALIANA.



Il sommario di questo numero è a pagina 33.

Nausea/vomito

- Stasi gastrica: metoclopramide (10-20 mg x3).
- Ipercalcemia: idratazione, bifosfonati.
- Vomito da uremia: aloperidolo 5-20 mg/die
- Secrezioni bronchiali: butilbromuro di scopolamina
- Eventuale SNG o PEG (scelta da condividere con paziente e familiari)
- Mangiare cibi freddi o a temperatura ambiente, evitare cibi troppo dolci o piccanti o con forte aroma

Disfagia

- Piccoli pasti frazionati, mangiare seduti con capo stabile
- Trattare la bocca secca
- Trattare la candidosi
- Cortisone

Dieta e trattamento farmacologico

PROGNOSI ???



Idratare?

Vantaggi dell'idratazione:

- prevenzione e trattamento di: confusione, allucinazioni, agitazione, mioclono
- prevenzione di complicanze: neurotossicità da alte dosi di oppiacei

Vantaggi della disidratazione:

- ↓ fluidi nel tratto gastroenterico ↓ nausea vomito
- ↓ secrezioni polmonari ↓ tosse, edema, rantolo
- ↓ edemi ed ascite
- ↓ diuresi ↓ necessita di pannoloni, cateteri
- Chetoni ed altri prodotti metabolici della disidratazione agiscono come anestetico naturale per il sistema nervoso centrale, con riduzione del livello di coscienza e riduzione della sofferenza

Nutrire?

Supporto nutrizionale nei malati terminali di cancro è raramente indicato.

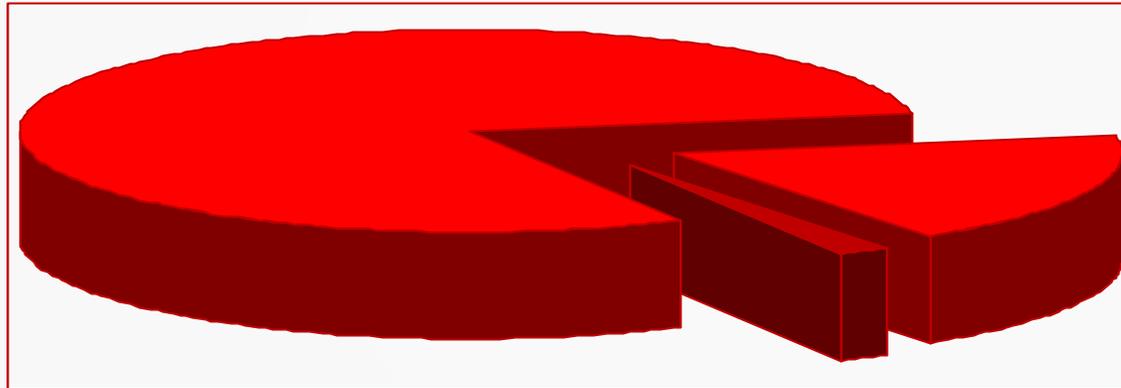
La decisione di avviare una NPT comprende:

- Considerazione del desiderio di paziente e famiglia
- Potenziali rischi e benefici
- *Sopravvivenza stimata del paziente (> 2 mesi)*
- *KPS>50*

Obiettivo primario per l'avvio di NPT in pazienti con cancro avanzato:

- conservare o ripristinare la miglior qualità di vita possibile;
- controllare eventuali sintomi disagiati correlati a malnutrizione.

EMORRAGIE DIGESTIVE



■ Colon

■ Tenue

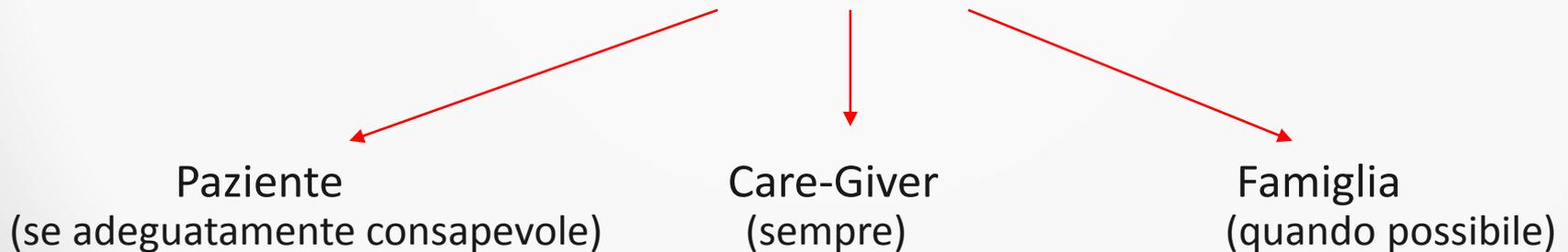
■ Esophago,
stomaco,
duodeno

EMORRAGIA

Criticità

*Evento traumatico per il Paziente e la Famiglia.
Spesso Exitus.*

INFORMAZIONE SUL RISCHIO E IL TIPO DI SANGUINAMENTO



EMORRAGIA

EMATEMESI, MELENA, PROCTORRAGIA

CONDIZIONI CLINICHE

KPS non inferiore a 30

Adeguate controllo del Dolore

Alimentazione e Idratazione valide

Vita di Relazione presente

KPS Inferiore a 30

Inadeguato controllo del dolore

Disfagia Assoluta

Terapia sedativa in corso

TRATTAMENTO

Endoscopia, SNG, Broncoaspirazione,
PPI, Octreotide, Emotrasfusioni.

Acido Tranexamico 1-5 g in Fis 100 ml ev
Blanda Sedazione (Midazolam 5-10mg
ev;

15 mg sc o im)

Eventuale adeguamento terapia
analgesica

(Pompa Siringa s.c; Terapia TD)

NON Terapia Chirurgica

NESSUNA MANOVRA INVASIVA

NESSUNA TERAPIA SALVAVITA

Acido Tranexamico 1-5 g in Fis 100 ml ev

Sedazione Palliativa/Terminale

EMORRAGIA

EMATEMESI, MELENA, PROCTORRAGIA

CONDIZIONI CLINICHE

KPS non inferiore a 30

Adeguate controllo del Dolore

Alimentazione e Idratazione valide

Vita di Relazione presente

KPS Inferiore a 30

Inadeguato controllo del dolore

Disfagia Assoluta

Terapia sedativa in corso

TRATTAMENTO

Endoscopia, SNG, Broncoaspirazione,
PPI, Octreotide, Emotrasfusioni.

Acido Tranexamico 1-5 g in Fis 100 ml ev

Blanda Sedazione (Midazolam 5-10mg
ev;

15 mg sc o im)

Eventuale adeguamento terapia
analgesica

(Pompa Siringa s.c; Terapia TD)

NON Terapia Chirurgica

NESSUNA MANOVRA INVASIVA

NESSUNA TERAPIA SALVAVITA

Acido Tranexamico 1-5 g in Fis 100 ml ev

Sedazione Palliativa/Terminale

La definizione di ST/SP

PER SEDAZIONE PALLIATIVA/TERMINALE SI INTENDE LA RIDUZIONE INTENZIONALE DELLA VIGILANZA CON MEZZI FARMACOLOGICI, FINO ALLA PERDITA DI COSCIENZA, ALLO SCOPO DI RIDURRE O ABOLIRE LA PERCEZIONE DI UN SINTOMO, ALTRIMENTI INTOLLERABILE PER IL PAZIENTE, NONOSTANTE SIANO STATI MESSI IN OPERA I MEZZI PIU' ADEGUATI PER IL CONTROLLO DI UN SINTOMO CHE RISULTA, QUINDI, REFRATTARIO.

TALE ATTO, E' RAGIONEVOLMENTE INTESO DEBBA ESSERE INTRAPRESO NELLA FASE AVANZATA ED EVOLUTIVA DI UN PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA INGUARIBILE

SINTOMO REFRATTARIO (SR)

- Sintomo che **angoscia** il paziente e che **non è adeguatamente controllabile nonostante sia stato fatto ogni sforzo per identificare una terapia efficace e tollerabile** da parte del paziente, **che non comprometta il livello di coscienza del malato**

**Attenzione differenziare il SR dal
Sintomo Difficile (SD)**

- Sintomo “Difficile”= **resistente alla terapia usuale, ma potenzialmente responsivo** in un tempo ragionevole ad ulteriori trattamenti non invasivi o invasivi, in grado di apportare un sollievo adeguato, non interferendo con il livello di coscienza e senza eccessivi effetti collaterali

SP/ST CONSIDERAZIONI

- La definizione di **Sintomo Refrattario** in fase avanzata ed evolutiva a causa di una patologia inguaribile non è un aspetto banale e **competente all'équipe di Cure Palliative** nella sua interezza.
- Nasce da un **confronto reciproco e continuo di esperienze e competenze** all'interno della **Equipe di Cure Palliative**.

SP/ST: PREMESSE

Si tratta di una **Procedura Complessa**
non solo da un punto di vista sanitario

- **Difficoltà tecniche (ad es. in riferimento al set)**
- **Difficoltà decisionali/relazionali tra equipe, paziente, famiglia e all'interno dell'equipe, in relazione ad esempio al livello di consapevolezza del paziente e della famiglia, alla competenza o non competenza del pz**
- **Imprescindibili implicazioni etiche**
- **Può mettere in gioco gli equilibri di una equipe non esperta in CP**

SINTOMI REFRATTARI PIU' FREQUENTEMENTE TRATTATI CON ST/SP

• DISPNEA	35-50%
• DELIRIUM	30-45%
• DOLORE	5%
• VOMITO INCOERCIBILE	25%
• MALE EPILETTICO/IRREQUIETEZZA PSICO-MOTORIA	20%

-
- **DISTRESS ESISTENZIALE IN AMBITO DI CP
raramente**

“EXISTENTIAL DISTRESS” NELLE FASI AVANZATE ED EVOLUTIVE DI UNA MALATTIA INGUARIBILE

- Perdita del senso e del valore della vita **61%**
 - Sensazione di dipendenza dagli altri
e di essere di peso **48%**
 - Ansia, panico, terrore, paura della morte **33%**
 - Desiderio di controllare il tempo della
propria morte **24%**
 - Senso di abbandono **22%**
-
- Perdita della speranza, delusione, distruzione dell'identità
personale, rimorso **vario**

ST/SP NEL DISTRESS PSICOLOGICO NEI MALATI IN FASE AVANZATA ED EVOLUTIVA A PROGNOSI INFAUSTA

- **Letteratura: ST/SP compresa tra lo 0,4 ed il 16%**
- **Scelta terapeutica molto più problematica che nei disturbi fisici e ancora molto dibattuta sia da un punto di vista clinico, etico e normativo**
- **La sofferenza, nel caso di distress esistenziale, può essere anche maggiore di quella fisica**
- **E' necessario escludere altre cause psichiche di Distress, trattabili con specifico approccio**
- **Fondamentale la valutazione psicologica ed una eventuale consulenza Psichiatrica esperta**
- **Valutare sempre la prognosi in termini di sopravvivenza**

FREQUENZA DI UTILIZZO DELLA SP/ST IN CLINICA

- In **letteratura** estrema variabilità:
prevalenza **compresa tra l'1 e l'88%**
delle casistiche osservate

Motivi di questa grande diversità:

- Tassonomia differente
- Sistemi di rilevazione differenti
- Inadeguatezza tecnica e tecnologica
- Variabili culturali
- Forte correlazione geografica

SP/ST

DURATA E TEMPI vs ASPETTATIVA DI VITA

- Durata media: **2,8 gg**
- La sopravvivenza media del malato **non viene modificata dalla ST/SP** rispetto ai gruppi controllo

SP/ST nei MALATI NEOPLASTICI

- **I malati che più frequentemente necessitano di ST/SP sono affetti da:**
 - **Neoplasie polmonari**
 - **Neoplasie gastro-enteriche**
 - **Neoplasie testa-collo**
 - **Neoplasie mammella**

SP/ST

MALATI NON NEOPLASTICI

- **SLA con distress respiratorio**
- **SCLEROSI MULTIPLA**
- **DISTROFIE MUSCOLARI**
- **DEMENZE EVOLUTIVE**
- **M. di PARKINSON**
- **MALATTIE RESPIRATORIE**
- **MALATTIE CARDIOLOGICHE**
- **MALATTIE NEFROLOGICHE**
- **MALATTIE METABOLICHE**

SCelta DELLO SCHEMA DI TRATTAMENTO

- Di norma il trattamento sedativo va iniziato a dosi minori, che vanno progressivamente incrementate. **Eccezione a questa regola è la necessità di una rapida induzione della perdita di coscienza per un sintomo acuto altrimenti incoercibile**
- La via di somministrazione può essere quella sc o ev
- Per via sottocutanea :
 - **MIDAZOLAM e MORFINA**



SP/ST: SCELTA DEI FARMACI

LA SCELTA DEI FARMACI DIPENDE DA ESPERIENZA, CONOSCENZA E PRATICA DELL'EQUIPE E DALLA DISPONIBILITA' NEL SET ASSISTENZIALE

Benzodiazepine

- Il **MIDAZOLAM** è il farmaco di elezione
- Dosaggi medi: 10-120 mg/die. Dosaggi più alti
 - giovani
 - In assenza di ittero
 - pregresso uso di BZP
 - sedazione prolungata (per tolleranza)
- Gli oppioidi sono indicati nel controllo del dolore e della dispnea. La Morfina è l'oppioide di prima scelta da associare. Ha scarso effetto sedativo

SP/ST SCELTA DEI FARMACI:

- In caso di scarso risultato in letteratura vengono utilizzati anche:**

**PROPOFOL, SUFENTANIL E REMIFENTANIL,
FENOBARBITAL**

**QUESTI FARMACI SONO AD ESCLUSIVO
UTILIZZO ANESTESIOLOGICO**

SP/ST SCELTA DEI FARMACI

Farmaci Neurolettici

- Quale prima scelta possono essere impiegati neurolettici ad azione sedativa: **CLORPROMAZINA**
- L'**ALOPERIDOLO** ha un effetto scarsamente sedativo (non dovrebbe essere utilizzato x la SP/ST)
E' il farmaco di scelta **nel Delirium**
e può essere somministrato sc

SP/ST Gestione della terapia concomitante

- **Nella fase terminale, una volta iniziata la ST/ST, molte terapie sintomatiche vanno incontro a sospensione**
 - per ridurre al minimo il numero di farmaci somministrati
 - per il venir meno della possibilità di utilizzo della via orale.
- **La terapia farmacologia va limitata al controllo dei sintomi residui**
- **Le vie di somministrazione preferibili sono quelle meno disturbanti per il malato:**
 - sc. in ambiente domiciliare (a meno che vi sia un accesso venoso),
 - sc. o ev. in regime di degenza.

UO CPD

CURE DOMICILIARI:

STCP – Assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative



**24 ore su 24,
365 gg l'anno,
reperibilità notturna medico e infermiere,
con possibilità di accesso domiciliare urgente
con erogazione diretta e gratuita di tutti i farmaci, i presidi,
gli ausili e di tutto il materiale di supporto necessario**

CURE PALLIATIVE

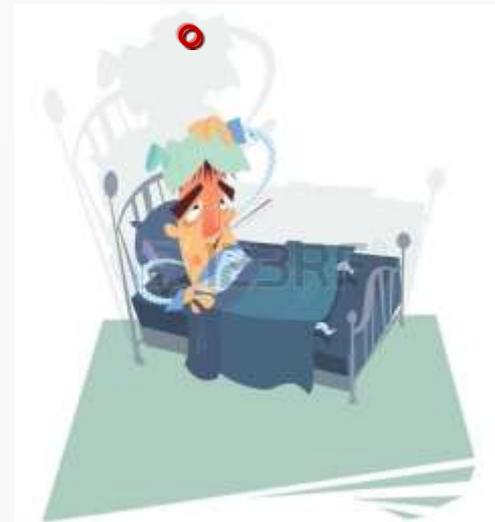
*Se si combatte una malattia si può
vincere o perdere,
se ci si prende cura di una persona si
può solo vincere*

Hunter “Patch” Adams

ONCOLOGO

PALLIATIVISTA

**MA NESSUNO CHIEDE A
ME?**



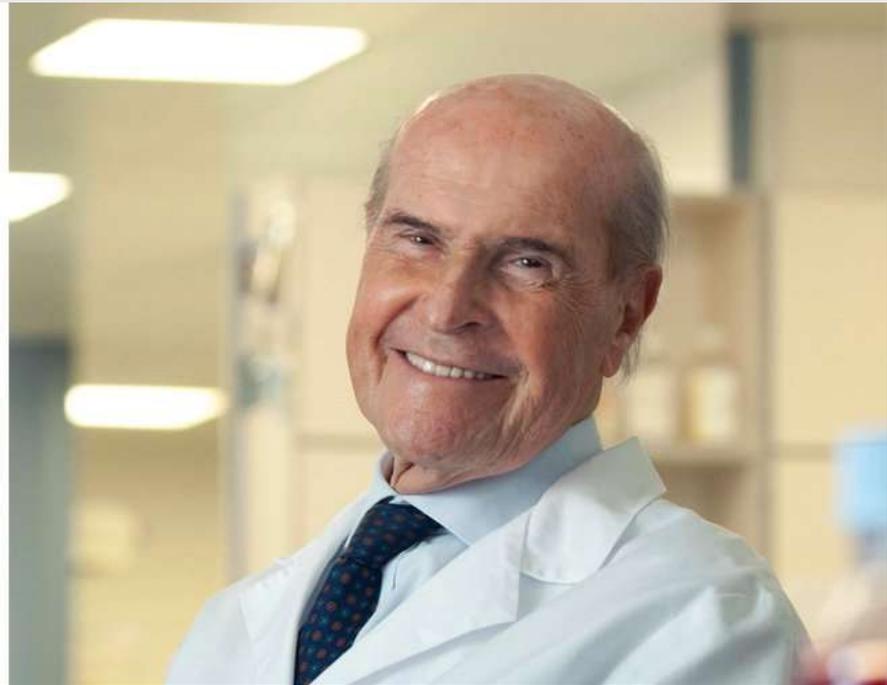


„Ma sono ancor più convinto che, per non arrivare all'eutanasia, passiva o attiva che sia, c'è un fondamentale obiettivo da raggiungere: prevenire il desiderio di morte facendo il possibile perché il malato, in particolare il malato terminale, non arrivi a un tale stato di sofferenza. Se è curato bene, difficilmente il paziente chiede di morire. Se è curato con affetto, con amore, senza dolore, non chiederà la buona morte.”



Grazie
Prof

Umberto Veronesi
1925 - 2016



Comitato Etico



vittorio.guardamagna@ieo.it