

Cure Palliative e terapia del dolore

Dr.ssa Chiara Pacifico

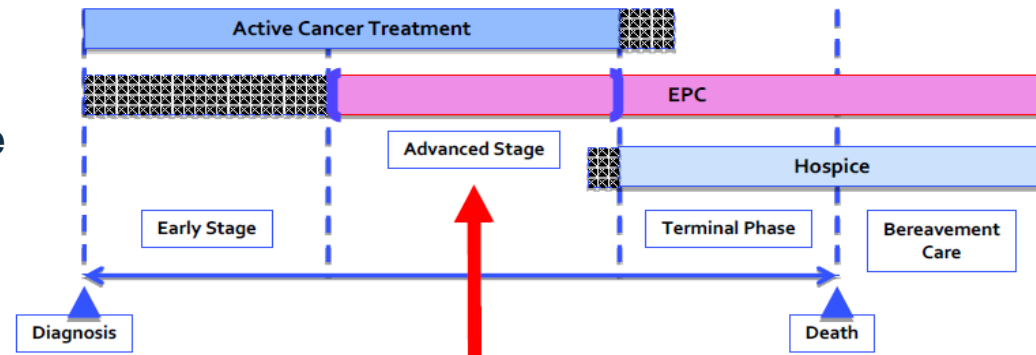
Direttore U.F. Cure Palliative Zona Distretto Arezzo

Asl Toscana SudEst

• Evoluzione di un paradigma di cura

- **1990** Palliative Care is the active total care of patients with progressive far advance disease and limited life expectancy whose disease is not responsive to curative treatment. It refers to the control of pain and of other symptoms as well as the treatment of social, psychological and spiritual problems
- **2002** Palliative care is an **approach** that improves the quality of life of patients and their families_facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of **early identification** and impeccable **assessment** and **treatment** of pain and other problems (physical, psychosocial, and spiritual).

Passato:
Cure palliative end of life



Presente:
Cure Palliative Precoci (EPC) durante tutta la traiettoria di malattia

Smith et al. J Clin Oncol 2012;30: 880–887 ,

Ferrell et al. J Clin Oncol 2017; 35: 96-112

Early Palliative Care

- **Quali benefici Evidence-Based**

- Controllo dei sintomi fisici (in primis il dolore) e psicologici (ansia, depressione, disordini di stress post-traumatico)
- Miglioramento della QoL
- Promuovere il coping adattivo alla malattia inguaribile, costruendo una relazione medico-paziente-caregivers
- Favoriscono la comprensione della prognosi di malattia, supportano la discussione degli obiettivi di EoL care, la scelta dell'astensione di terapie attive nel fine vita, riducendo il ricorso ai setting per acuti (PS, degenze ospedaliere).

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.

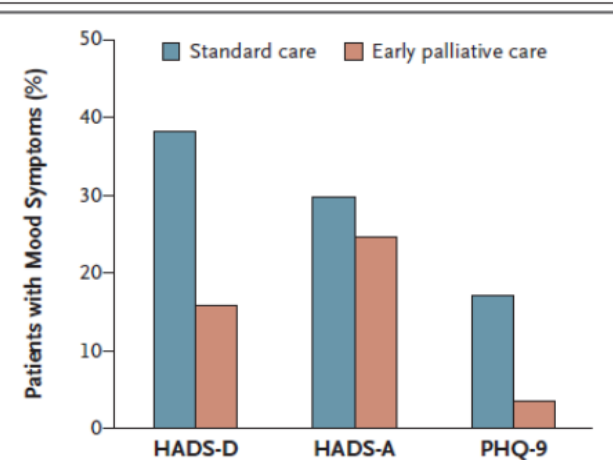


Figure 2. Twelve-Week Outcomes of Assessments of Mood.

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

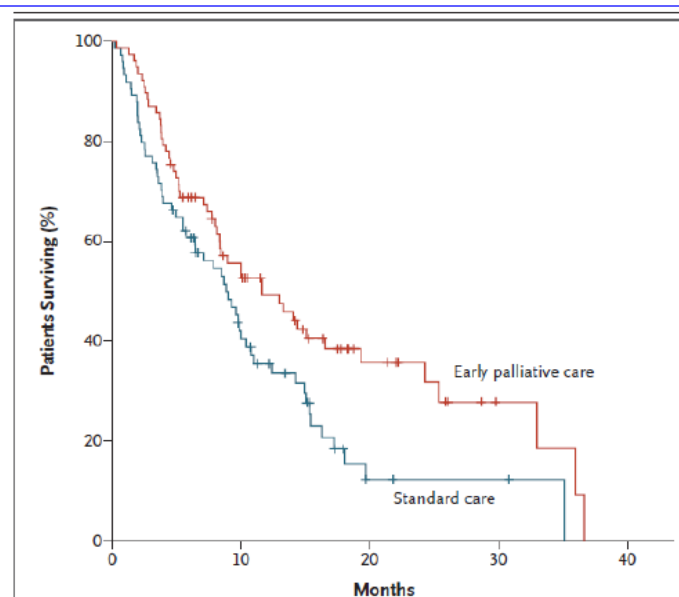


Figure 3. Kaplan-Meier Estimates of Survival According to Study Group.

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

- Migliore qualità della vita
- Meno sintomi depressivi e cure meno aggressive nel fine vita;
- Nel gruppo con intervento di cure palliative sopravvivenza maggiore di media 2,7 mesi
- I pazienti che ricevevano cure palliative comprendevano più chiaramente la loro prognosi finale e l'incurabilità e coloro che comprendevano la loro prognosi ricevevano meno chemioterapia vicino alla fine della vita (9% contro 50% $P.02$), il che può spiegare la sopravvivenza più lunga.

► J Clin Oncol. 2015 Mar 23;33(13):1438-1445. doi: [10.1200/JCO.2014.58.6362](https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362)

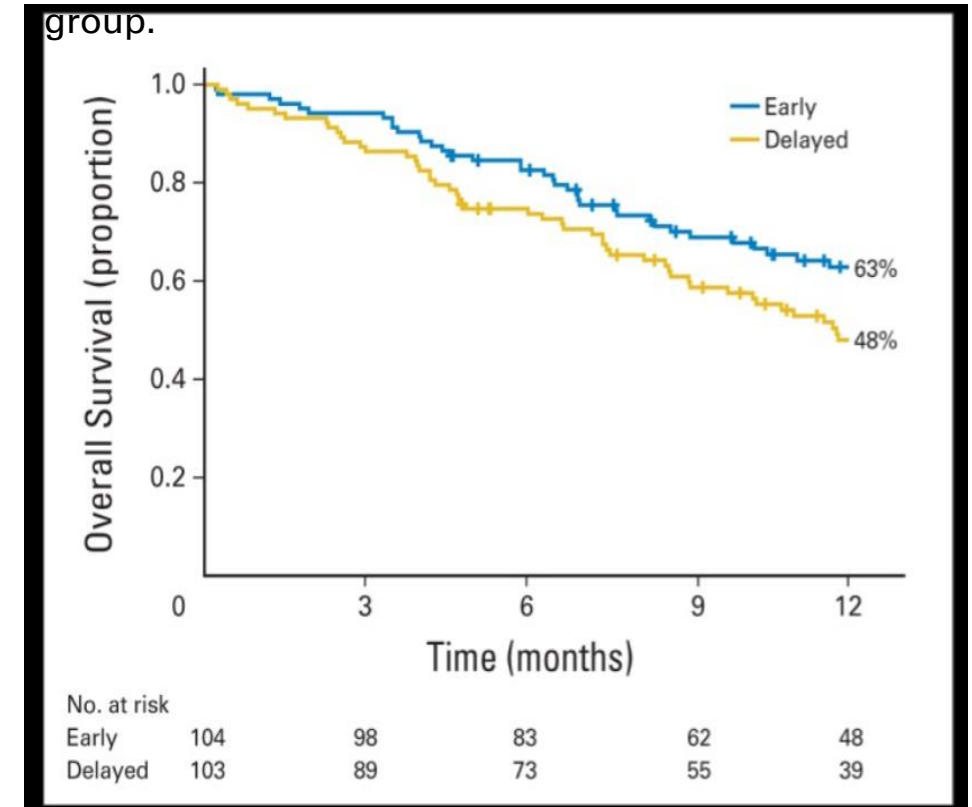
Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial

Marie A Bakitas^{1,✉}, Tor D Tosteson¹, Zhigang Li¹, Kathleen D Lyons¹, Jay G Hull¹, Zhongze Li¹, J Nicholas Dionne-Odom¹, Jennifer Frost¹, Konstantin H Dragnev¹, Mark T Hegel¹, Andres Azuero¹, Tim A Ahles¹

Results

Overall patient-reported outcomes were not statistically significant after enrollment (QOL, $P = .34$; symptom impact, $P = .09$; mood, $P = .33$) or before death (QOL, $P = .73$; symptom impact, $P = .30$; mood, $P = .82$). Kaplan-Meier 1-year survival rates were 63% in the early group and 48% in the delayed group (difference, 15%; $P = .038$). Relative rates of early to delayed decedents' resource use were similar for hospital days (0.73; 95% CI, 0.41 to 1.27; $P = .26$), intensive care unit days (0.68; 95% CI, 0.23 to 2.02; $P = .49$), emergency room visits (0.73; 95% CI, 0.45 to 1.19; $P = .21$), chemotherapy in last 14 days (1.57; 95% CI, 0.37 to 6.7; $P = .27$), and home death (27 [54%] v 28 [47%]; $P = .60$).

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



Il miglioramento del 15% della sopravvivenza ad un anno in pz oncologici che ricevono CP precoci entro 8 settimane (vs>3 mesi) e' in linea con il vantaggio in studio Temel NEJM 2010.

Randomized Controlled Trial > [J Clin Oncol. 2015 May 1;33\(13\):1446-52.](#)

doi: 10.1200/JCO.2014.58.7824. Epub 2015 Mar 23.

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

Early Group: I caregivers avevano significativamente minore depressione e distress psicologico a 3 mesi dall'intervento di palliative care (riduzione del 6%).

EPC e CONTROLLO DEL DOLORE

Multicenter Study > Ann Oncol. 2012 Aug;23(8):2016-2020. doi: 10.1093/annonc/mds103.

Epub 2012 May 6.

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

E Bandieri¹, D Sichetti², M Romero², C Fanizza², M Belfiglio², L Buonaccorso¹, F Artioli¹,
F Campione³, G Tognoni², M Luppi⁴

Studio multicentrico cross-sectional in 32 Ospedali Italiani

1450 pazienti con dolore da cancro:

602 con accesso a terapie standard e 848 con accesso a EPC

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.

Le EPC = fattore indipendente associato alla riduzione del dolore severo da cancro, del 31%

SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini



**GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
"DOCUMENTO CONDIVISO"
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA**

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGHI OSPEDALIERI (AIPO)

EPC E PAZIENTI NON ONCOLOGICI

- Visione di **cura integrata, multidisciplinare e multiprofessionale** dove centrale è la persona malata con i suoi bisogni verso la quale operare una presa in carico globale nel rispetto dell' **appropriatezza clinica ed etica** di trattamento.
- Associare gradualmente le CP ai trattamenti disease-modifying, eventualmente possibili, per le insufficienze d'organo in fase endstage e le malattie neurologiche a prognosi infausta consentirebbe ai malati una transizione meno dolorosa e onerosa verso maggiori livelli di disabilità, mantenendo un livello di autonomia e dignità grazie anche a una pianificazione condivisa delle cure (PCC).
-

Legge 38/2010 sancisce l'accesso alla Cure Palliative quale diritto esigibile dal malato che lo esercita in piena autonomia.

Le Cure Palliative rappresentano un percorso di cura globale centrato sulla persona sulla sua storia clinica ed esistenziale orientato al sollievo della sofferenza in tutte le sue dimensioni, attento anche ai bisogni del contesto familiare e al mantenimento della dignità umana anche nelle fasi più critiche del vivere.

Anche la sedazione palliativa profonda continua, prevista nei casi di sofferenza refrattaria e intollerabile, si configura come uno strumento terapeutico dove si fondono l'autonomia del malato e quella del medico e quindi una scelta libera, autonoma e consapevole .

Un percorso di cura palliativa improntato ad una comunicazione aperta, graduale e rispettosa tra medico e paziente, l'identificazione precoce e la gestione dei bisogni multidimensionali dei pazienti permette di raggiungere gli obiettivi di end of life care con rispetto del sistema valoriale della persona malata e in un'ottica di senso per quella persona.

Grazie dell'attenzione

‘Il futuro dipende da ciò che fai oggi’

Mahatma Gandhi