

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

Per una precoce integrazione delle cure oncologiche e palliative
SIMULTANEOUS CARE

A cura di
Tavolo di Lavoro “Continuità di Cura in Oncologia” dei centri accreditati

Prefazione

La valutazione e il trattamento dei sintomi causati dal cancro devono far parte del bagaglio professionale dell'oncologo medico. Infatti le cure sintomatiche e palliative migliorano la qualità della vita e la performance dei risultati terapeutici se inserite precocemente insieme alle terapie antitumorali. Non si tratta pertanto solo di garantire, in una fase avanzata di malattia, la continuità delle cure, ma di inserire le terapie per il controllo dei sintomi in contemporanea alle terapie antitumorali.

La Simultaneous Care, nuovo paradigma di cura per i malati oncologici, richiede un cambiamento culturale ed organizzativo necessario per condividere scopi, valori e programmazione a livello di unità operative, gruppi multidisciplinari, dipartimenti oncologici e servizi territoriali. In particolare i pazienti che giungono alla prima visita in fase metastatica di malattia richiedono dei percorsi ad hoc per l'identificazione ed il trattamento dei loro bisogni. Questa nuova consapevolezza di prendersi cura del malato e non solo di curare il cancro, amplifica gli spazi umani e operativi dell'oncologo medico che rimane il garante del percorso del paziente e delle risposte ai suoi bisogni. Negli ultimi anni un numero sempre maggiore di oncologi italiani ha posto l'attenzione al controllo dei sintomi dei malati, e ne è prova la partecipazione ai corsi promossi da AIOM e la notevole sensibilità riscontrata all'iniziativa promossa insieme alla LILT che ha raccolto in pochi mesi oltre 2500 questionari di pazienti sul rilievo del dolore. Il pocket che proponiamo vuole essere un piccolo strumento di facile consultazione che fornisce gli strumenti più idonei e validati per il rilievo dei sintomi ed i conseguenti trattamenti oggi disponibili.

Un grazie particolare ai dottori Vittorio Franciosi, Leonardo Trentin, Federica Merlin e Paola Ermacora, e a tutti i membri del Tavolo di Lavoro AIOM. Ringrazio di cuore anche l'amico dott. Giovanni Zaninetta per i preziosi suggerimenti e la revisione.

Vittorina Zagonel, Coordinatore Tavolo di Lavoro AIOM "Continuità di cura in oncologia"; Membro ESMO Palliative Care Group

Indice

Introduzione	3	Sonnolenza	24
A chi offrire le Simultaneous Care	4	Stipsi	25
Inquadramento del paziente	5	Sudorazione	26
Principi di terapia	6	Tosse	27
Ansia	7	Xerostomia	28
Astenia associata al Cancro	8	Strumenti di misurazione	29
Delirio	9	Bibliografia	47
Depressione	10		
Diarrea (non correlata ai trattamenti antitumorali)	11		
Dispnea	12		
Dolore	13		
Emesi (non correlata ai trattamenti antitumorali)	16		
Ipertensione endocranica	17		
Malnutrizione e cachessia	18		
Mucosite (non correlata ai trattamenti antitumorali)	19		
Occlusione intestinale	20		
Prurito	21		
Sedazione palliativa	22		
Singhiozzo	23		

Introduzione

I pazienti oncologici presentano uno o più sintomi legati alla malattia che, indipendentemente dalla gravità, influenzano negativamente la loro qualità di vita. Spesso alcuni sintomi non sono riconosciuti o vengono sottovalutati dall'oncologo. È necessario utilizzare strumenti validati per il rilievo e la misurazione della loro intensità, prima e durante la terapia antitumorale, e trattarli in modo ottimale.

Le schede vengono proposte per dare un rapido aiuto nel rilievo e trattamento dei sintomi con l'obiettivo di ottimizzare la qualità della vita dei malati oncologici in ogni fase della malattia e garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione precoce, nel percorso di cura oncologica, delle Cure Palliative.

Esse sono rivolte all'oncologo, ma si prestano ad essere condivise col Medico di Medicina Generale e/o il medico palliativista per contribuire a realizzare il "continuum" di cura del paziente nei vari settings assistenziali (ambulatorio, day hospital o degenza dell'U.O. di Oncologia, altre U.O. ospedaliere, hospices e cure palliative domiciliari) e nelle varie fasi evolutive della malattia.

Il pocket, volutamente tascabile, si presta ad un uso quotidiano (in ambulatorio, reparto o a domicilio). Lo schema di trattazione dei singoli sintomi prevede la proposta, in maniera sintetica, delle modalità di valutazione del paziente, degli esami diagnostici basilari, del trattamento e, talvolta, consigli di nursing.

Ovviamente le proposte andranno adattate e applicate a seconda del setting assistenziale (ambulatorio, day-hospital, reparto ospedaliero per acuti, hospice o domicilio), delle condizioni cliniche e dell'aspettativa di vita del singolo paziente.

Sono stati volutamente omessi i nomi commerciali e le prestazioni terapeutiche a pagamento e/o difficili da realizzare. Anche i farmaci off-label sono stati, tendenzialmente, omessi, ad eccezione di quelle situazioni orfane di alternative terapeutiche; in questi casi viene specificato che si tratta di indicazione off-label. Sono stati volutamente omessi i sintomi indesiderati dei trattamenti antitumorali (chemioterapia, terapie biologiche, radioterapia) in quanto, pur rientrando nella logica della Simultaneous Care, sono da sempre gestiti dall'oncologo medico e dal radioterapista e inoltre sono oggetto di linee guida specifiche da parte di AIOM, alle quali rimandiamo.

A chi offrire le Simultaneous Care

Per cure palliative intendiamo qualunque forma di trattamento che ha come obiettivo il controllo dei sintomi, correlati prevalentemente al tumore, nell'ottica di migliorare la qualità della vita ed il supporto al malato ed ai suoi familiari.

Le più recenti linee guida ASCO, in accordo a quanto già da tempo proposto da ESMO ed AIOM, alla luce dei dati recenti suggeriscono di considerare precocemente l'integrazione delle cure palliative nel percorso del trattamento antitumorale per tutti i pazienti con malattia metastatica e/o con presenza di importanti sintomi correlati alla malattia.

I pazienti anziani (età ≥ 70 anni) sono di per sè una popolazione a maggior bisogno di cure palliative, per la frequente coesistenza di comorbidità e disabilità e necessitano di essere valutati attraverso una valutazione multiparametrica dello stato di salute globale.

È necessario identificare percorsi assistenziali ed organizzativi integrati e utilizzare test multidimensionali validati per i pazienti in fase metastatica, per rilevare e rispondere a tutti i sintomi e bisogni assistenziali.

La scelta di effettuare la chemioterapia nei pazienti in fase metastatica deve avvenire all'interno di un percorso condiviso con il paziente, in cui la relazione di cura costituisce il primo atto terapeutico. In tale approccio è necessario che l'oncologo e il paziente affrontino insieme il tema della prognosi e delle terapie antitumorali in modo franco e realistico, in un bilancio onesto tra potenziale efficacia e tossicità attesa, evitando speranze irrealistiche. In generale, nei pazienti con tumori solidi e malattia metastatica, non è indicato proporre trattamenti chemioterapici qualora siano presenti le seguenti caratteristiche: Performance Status ECOG 3-4, progressione a precedente trattamento evidence-based, ineleggibilità in trial clinico, mancanza di evidenza che supporti l'utilizzo di un ulteriore trattamento antitumorale.

Oggi questo atteggiamento oltre che essere il più idoneo per garantire al paziente la migliore qualità della vita, costituisce un imperativo categorico al fine di evitare terapie inutili e permettere un maggior margine di utilizzo dei farmaci a pazienti che possono trarne un beneficio reale.

Inquadramento del paziente

Anamnesi (fisiologica, familiare, lavorativa, patologica remota e prossima) ed **esame obiettivo**.

Valutazione precoce del setting assistenziale (Ambulatorio, Day Hospital, Degenza, Hospice, Assistenza Domiciliare) più appropriato in rapporto alle condizioni cliniche, tipo e intensità del sintomo, comorbidità (vedi Indici di comorbidità), aspettativa di vita, presenza e caratteristiche del caregiver (rapporto di parentela, scolarità, compliance, disponibilità di tempo, ecc).

***Premessa:** per quanto riguarda gli strumenti di misurazione, abbiamo indicato e descritto al termine del testo gli strumenti di misurazione dei sintomi più ampiamente rinvenuti in letteratura; la nostra raccomandazione è di individuare per ogni situazione ed ogni setting lo strumento per noi più adeguato, approfondirlo, acquistarne dimestichezza ed utilizzarlo costantemente, senza sovrapporre più strumenti.*

Principi di Terapia

1. La terapia sintomatica deve essere considerata ed attuata precocemente nella evoluzione della malattia oncologica, secondo i principi della Simultaneous Care.
2. La terapia sintomatica deve essere preceduta da un corretto inquadramento diagnostico perché non sempre i sintomi sono causati dal tumore.
3. La presenza e l'intensità dei sintomi devono essere rilevati utilizzando strumenti validati.
4. Definire lo stato di autonomia fisica/funzionale del paziente.
5. Stabilire con il malato una relazione di cura, informandolo della diagnosi, e di ciò che causa il sintomo. Informare i familiari a seconda di ciò che desidera il malato.
6. Formulare la prognosi, utilizzando strumenti validati.
7. Comunicare la prognosi al paziente e, se lo desidera coinvolgendo anche i familiari, nei modi e nei tempi che la singola situazione clinica suggerisce.
8. Valutare con il malato e, se lo desidera, coinvolgendo i familiari, le diverse opzioni di trattamento.
9. Considerare che non sempre la terapia farmacologica è l'unica soluzione di un sintomo.
10. Per la maggior parte dei sintomi, è preferibile prescrivere i farmaci per uso regolare, piuttosto che "al bisogno".
11. Istruire con chiarezza il malato e la famiglia sulle modalità di assunzione dei farmaci (dosaggi, frequenza, orari, effetti indesiderati).
12. Rivalutare frequentemente i sintomi e modificare di conseguenza la terapia.
13. Coinvolgere e informare sempre il medico di famiglia sulla scelta dei trattamenti e sugli esiti degli esami.

Valutazione	Intensità, interferenza con il sonno e le attività quotidiane.
Eziologia	Reattiva, secondaria a metastasi cerebrali, uso di farmaci (corticosteroidi, chemioterapici, antiipertensivi, ecc), alterazioni elettrolitiche (ipokaliemia, ipercalcemia) ed endocrine; associazione con la depressione.
Misurazione	Basale e settimanale. Strumenti: ESAS, NRS/VRS, Hospital Anxiety-Depression Scale (HADS).
Accertamenti diagnostici	Emocromo, elettroliti, funzionalità tiroidea.
Provvedimenti terapeutici	<p>Terapia delle cause e degli altri eventuali sintomi concomitanti</p> <p>Prima linea: benzodiazepine (la durata della terapia non dovrebbe superare le 8-12 settimane compreso il periodo di sospensione graduale, somministrando la dose più alta alla sera): <i>lorazepam</i>: iniziare da 1 mg/die per os fino a 1-2 mg 2/3 volte/die, oppure <i>alprazolam</i>: iniziare da 0,25 a 0,50 mg 2/3 volte/die fino ad un massimo di 4 mg totali/die.</p> <p>Seconda linea: aggiungere Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRI): <i>citalopram</i> iniziando da 10 mg/die per os fino a 30-60 mg/die oppure <i>escitalopram</i> iniziando da 5-10 mg/die per os fino a 20 mg/die oppure <i>sertralina</i> iniziando da 25 mg/die per os fino ad un massimo di 200 mg/die (con incrementi di 50 mg in 50 mg ad intervalli di tempo non inferiori ad una settimana).</p> <p>Controindicato l'uso concomitante di Tamoxifene e SSRI.</p> <p>Terapia non farmacologica: dove è possibile proporre incontri con uno psicologo, di auto-mutuo aiuto e tecniche di rilassamento.</p>
Assistenza infermieristica	Mettere il malato a proprio agio; informare paziente e, se possibile, la famiglia sulle cause, caratteristiche e possibilità terapeutiche dello stato d'ansia; incoraggiare la comunicazione col medico e con i membri della famiglia.

Valutazione	Intensità, sintomi e cause concomitanti, PS, aspettativa di vita.
Eziologia	Ricerca le cause potenzialmente reversibili dell'astenia secondaria: anemia, depressione, disturbi del sonno, dolore cronico, disidratazione e alterazioni elettrolitiche, alterazioni nutrizionali, nausea, vomito, diarrea, infezioni, insufficienze cardiovascolare, epatica, renale, digerente, respiratoria, malattie neurologiche, disordini endocrini, inattività; farmaci (analgesici oppioidi, beta-bloccanti, benzodiazepine, ecc).
Misurazione	Strumenti: ESAS, NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Emocromo, sideremia, calcemia (in associazione ad albuminemia), magnesemia, fosfatemia, funzionalità renale, epatica e tiroidea.
Provvedimenti terapeutici	Astenia secondaria: trattamento causale. Quando è associata ad anoressia utilizzare <i>megestrol acetato</i> 160-320 mg al dì. Non esiste un trattamento farmacologico dell'astenia primaria e qualsiasi farmaco (esempio <i>metilfenidato</i> , <i>modafinil</i>) è off-label.
Assistenza infermieristica	Mettere il malato a proprio agio; informare il paziente e, se possibile, la famiglia sulle cause, caratteristiche e possibilità terapeutiche dell'astenia; incoraggiare la comunicazione col medico e con i membri della famiglia.

Valutazione	Verifica dello stato di coscienza e di eventuali alterazioni cognitive; verifica della modalità d'insorgenza se acuto (ore o giorni) e tipo di andamento (continuo o a momenti).
Eziologia	Farmaci [oppioidi, antidepressivi, neurolettici, benzodiazepine, corticosteroidi, metoclopramide, ranitidina, FANS, chinolonici, teofillina, chemioterapici (<i>Ifosfamide, MTX, 5-FU, CDDP, Bleomicina</i>)]; infezioni, febbre; ipercalcemia, uremia, ipo e ipernatriemia, ipomagnesemia, insufficienza epatica o renale, disidratazione, anemia, ipoglicemia; ipossia; astinenza da alcool; neoplasie cerebrali primitive o secondarie.
Misurazione	Strumenti: Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC), Mini Mental State Examination MMSE.
Accertamenti diagnostici	Esame neurologico, elettroliti, funzionalità epatica e renale, emocromo, emogasanalisi (se indicati in base al PS e PAP score anche EEG, TC o RMN encefalo).
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Da oppioidi: riduzione della dose o rotazione del farmaco e/o della via di somministrazione (non sospendere).</p> <p>Da disidratazione: infusione continua di liquidi in quantità e qualità variabili dalle condizioni generali e cardiovascolari del paziente.</p> <p>Da metastasi cerebrali edemigene: desametasone 8 mg e.v. ogni 12 ore e mannitolo 18% 125-250 ml e.v. ogni 6 ore ed eventuale radioterapia encefalica.</p> <p>Terapia sintomatica</p> <p>Nella fase acuta: <i>aloperidolo</i> 5-10 mg i.m. ogni 6 ore, ripetibili, al bisogno, anche ogni ora fino al controllo del sintomo e comunque fino ad un massimo di 60 mg/die anche in infusione e.v. continua (off-label); nella fase di mantenimento 0,5-1 mg 3 v/die fino a 2-3 mg 3 v/die oppure consulenza psichiatrica per prescrizione di risperidone (necessita di piano terapeutico). Agitazione acuta/paziente aggressivo: <i>aloperidolo</i> 5 mg i.m. ogni 8 ore e <i>lorazepam</i> 1 mg e.v. ripetibile ogni 1-2 ore.</p> <p>Paziente a fine vita: <i>aloperidolo</i> secondo lo schema precedente; non eccedere nell'idratazione (non oltre 1000 ml/die; valutare l'indicazione della sedazione palliativa (vedi capitolo "sedazione palliativa").</p>
Assistenza infermieristica	Prevenzione della stipsi e/o ritenzione urinaria; mantenere il contatto del paziente in un ambiente tranquillo (evitare spostamenti di stanza, del letto, limitare le visite, le conversazioni simultanee e le forti stimolazioni visive, acustiche e tattili). Eventuale posizionamento di catetere vescicale.

Valutazione	Intensità, interferenza con il sonno e le attività quotidiane, sintomi concomitanti.
Eziologia	Essenziale; secondaria (alterazioni endocrine, ipokaliemia, ipercalcemia, metastasi cerebrali), uso di farmaci (corticosteroidi, chemioterapici, antiipertensivi, ecc).
Misurazione	Strumenti (basale e settimanale): ESAS, NRS/VRS, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
Accertamenti diagnostici	Elettroliti, emocromo; funzionalità tiroidea.
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Prima linea SSRI: <i>citalopram</i> iniziando da 10 mg/die per os fino a 30-60 mg/die oppure <i>escitalopram</i> iniziando da 5-10 mg/die per os fino a 20 mg/die oppure <i>sertralina</i> iniziando da 25 mg/die per os fino ad un massimo di 200 mg/die (con incrementi di 50 mg in 50 mg ad intervalli di tempo non inferiori ad una settimana) oppure <i>mirtazapina</i> (se concomitano ansia e disturbi del sonno) iniziando con 15 mg per os/die fino a 45 mg/die alla sera.</p> <p>Seconda linea: <i>venlafaxina</i> iniziando con 75 mg per os/die in 2 somministrazioni fino a 150 mg/die (dose massima 300 mg/die) oppure <i>duloxetina</i> 60 mg/die per os in unica somministrazione (evitare la sospensione brusca) oppure <i>trazodone</i> iniziando con 75 mg/die per os fino a 150 mg/die suddivisi in 2-3 dosi (dose massima 300 mg/die).</p>
Assistenza infermieristica	Mettere il malato a proprio agio; informare il paziente e, se possibile, la famiglia sulle cause, caratteristiche e possibilità di trattamento; incoraggiare la comunicazione col medico e con i componenti la famiglia e segnalare che l'effetto antidepressivo si manifesta in genere entro 2-4 settimane dall'inizio della terapia.

Valutazione	Intensità (numero di scariche/die), presenza di disidratazione e stato nutrizionale, insorgenza e durata della diarrea, sintomi concomitanti (dolore addominale, febbre, nausea e vomito, rettorragia, ecc).
Eziologia	Colon irritabile, uso di lassativi, antibiotici, antidepressivi SSRI, tumori neuroendocrini, insufficienza pancreatica, infezioni, malattie infiammatorie croniche, sindrome dell'intestino corto, diarrea paradossa da occlusione intestinale.
Misurazione	Strumenti: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Emocromo, elettroliti, funzionalità epatica, albumina, funzionalità renale; coprocultura.
Provvedimenti terapeutici	<p>Pazienti a basso rischio di complicanze (diarrea G1-G2): counseling alimentare e terapia farmacologica. Prima linea: <i>loperamide</i> iniziando con 4 mg dopo la prima scarica aggiungendo 2 mg dopo ogni episodio di diarrea fino ad un massimo di 16 mg/die. In caso di mancata risposta dopo 24 ore: fare coprocultura e associare antibioticotераpia con <i>fluorochinoloni</i>. In caso di mancata risposta dopo 24 ore: associare <i>terapia idroelettrolitica</i> e <i>octreotide</i> 0,1-0,2 mg s.c. ogni 8 ore oppure 0,6 mg in infusione continua e.v./s.c. per 24 ore (uso off-label).</p> <p>Pazienti ad alto rischio di complicanze diarrea G3-G4, oppure diarrea G1-G2 associata a nausea/vomito (\geq G2), febbre, neutropenia, disidratazione, presenza di comorbidità (insufficienza epatica, insufficienza renale cronica, diabete, cardiopatie, ecc). Prima linea: <i>terapia idroelettrolitica</i> associata a antibioticotераpia con <i>fluorochinoloni</i> e.v. e <i>octreotide</i> 0,1-0,2 mg s.c. ogni 8 ore oppure 0,6 mg in infusione continua e.v./s.c. di 24 h (uso off-label). In caso di risposta insoddisfacente: <i>octreotide</i> 0,9 mg in infusione continua e.v./s.c. di 24 h (uso off-label).</p>
Assistenza infermieristica	Counseling nutrizionale del paziente e dei familiari, verificare la presenza di fecalomi con diarrea paradossa.

Valutazione

Intensità, da sforzo ed a riposo, PS, aspettativa di vita (PAP score).

Eziologia

Tumore primitivo o metastatico, versamento pleurico, anemia, infezioni polmonari, embolia polmonare, polmonite attinica, ascite, farmaci.

Misurazione

Strumenti: ESAS, NRS/VRS.

Accertamenti diagnostici

Emocromo, SpO₂ con pulso-ossimetro, Rx torace o TC; emogasanalisi (opzionale).

Provvedimenti terapeutici**Trattamento causale**

BPCO: trattamento antibiotico, steroide, broncodilatatori; versamento pleurico: toracentesi (ed eventuale talcaggio); linfangite carcinomatosa: steroidi ad alte dosi e.v.; ostruzione bronchiale neoplastica: valutare brachiterapia endobronchiale, disostruzione con laser, stenting, radioterapia; sindrome della vena cava superiore: valutare radioterapia, stent.

Terapia sintomatica

Dispnea acuta, in paziente già in trattamento analgesico con oppioidi: somministrare *morfina* s.c. 1/6 della dose giornaliera equivalente.

Dispnea acuta in paziente non in trattamento con oppioidi forti: *morfina* 2,5-5 mg s.c. ogni 4 ore (morfina 5-10 mg per os ogni 4 ore). Dose rescue: morfina 2,5-5 mg s.c.

Se è presente ipossia (SO₂<90%): ossigenoterapia iniziando con 2 l/min (obiettivo: mantenere la SpO₂ > 90%).

Se è presente agitazione o stato ansioso: *diazepam* 5-10 mg/h per os fino ad ottenere l'effetto desiderato e poi ogni 8 ore; oppure *lorazepam* 0,5-1 mg/h per os fino ad ottenere l'effetto desiderato e poi ogni 6 ore.

Paziente a fine vita: morfina s.c. come da schema precedente.

In caso di secrezioni: aspirazione cauta per evitare fastidio e *butilbromuro di scopolamina* (off-label) 20 mg e.v./i.m. ogni 4 ore oppure in infusione continua e.v.; ridurre al minimo la somministrazione di liquidi (<500-1000 ml/die). Se il sintomo è resistente ai trattamenti e insopportabile, valutare, insieme al paziente e ai familiari, l'opportunità della sedazione palliativa (vedi capitolo sulla "sedazione palliativa").

Assistenza infermieristica

Posture adeguate (ortopnoica, laterale, ecc), ginnastica respiratoria, rilassamento, ridurre sino ad escludere attività affaticanti.

Anamnesi: stadio di malattia, patologie concomitanti; farmaci assunti per le patologie concomitanti.
Funzionalità renale ed epatica del paziente, PS (Karnofsky, ECOG); aspettativa di vita (PAP Score).

Valutazione del dolore: la misurazione dell'intensità, le caratteristiche, gli aspetti temporali e gli effetti del trattamento (sollevio) riferiti alle 24 ore precedenti.

Misurazione dell'intensità del dolore: l'uso della NRS a 11 punti; in pazienti con disfunzioni cognitive la scala verbale (VRS) a sei punti.
Valutare l'intensità almeno 2 volte al giorno e successivamente almeno 1 volta al giorno.

Misurazione degli aspetti temporali: la rilevazione del Breakthrough cancer Pain (BTcP). Si raccomanda la rilevazione dei picchi di dolore intenso nelle 24 ore precedenti, in corso di terapia con oppioidi stabilizzata.

Misurazione degli effetti del trattamento (sul dolore di base e/o sul BTcP): si raccomanda l'uso di una scala specifica di rilevazione (NRS, VRS) delle 24 ore precedenti.

Valutazione qualitativa: dolore nocicettivo (somatico, viscerale) e neuropatico, dolore continuo, intermittente, BTcP, ecc.

Valutazione dell'interferenza con le attività quotidiane e con il sonno (ECOG-PS, ADL, IADL).

Valutazione di fattori scatenanti (movimento, deglutizione, ecc).

Valutazione di precedenti ed attuali terapie analgesiche.

È compito sia del medico, sia dell'infermiere rilevare e riportare la valutazione del dolore e la terapia analgesica nel diario clinico e nella grafica dei parametri vitali del paziente (L. 38/2010).

Premedicazione con *Metoclopramide* 10 mg e.v / os 3 v/die e sempre profilassi con lassativi e abbondante idratazione

NRS \geq 7 (pazienti ricoverati; \leq 70 anni; con funzionalità epatica e/o renale nella norma):

Titolazione rapida di morfina endovena oppure sottocute (in mancanza di accessi venosi).

Morfina 2 mg e.v. ogni 5 minuti fino ad ottenere una buona analgesia (riduzione del 50% del NRS iniziale) o alla comparsa di effetti collaterali. Per ottenere la dose giornaliera parenterale di oppioidi moltiplicare per 6 la dose efficace per controllare il dolore per quattro ore.

Se possibile, sostituire la morfina e.v. con oppioidi a lento rilascio (*Morfina*, *Ossicodone*, *Idromorfone*, *Fentanyl*, *Buprenorfina*, *Metadone*) a dosi equianalgesiche secondo i fattori di conversione noti (vedi *Tavola dei rapporti di conversione tra gli oppiacei*).

NRS \geq 7 (pazienti > 70 anni; con alterazioni della funzionalità epatica e/o renale):

Titolazione con morfina orale a rilascio immediato.

Morfina 5 mg ogni 4 ore in pazienti naïve.

Morfina pari al 25% in più della dose giornaliera di oppioidi forti precedentemente assunta o altro oppioide forte già in corso di trattamento (1 dose ogni 4 ore).

NRS 5-6:

Titolazione con morfina orale a rilascio immediato.

Morfina 5 mg ogni 4 ore in pazienti naïve.

Morfina 10 mg ogni 4 ore in pazienti pretrattati con oppioidi deboli.

Successivamente per iniziare il trattamento, bisogna prevenire e trattare gli effetti collaterali acuti e tardivi degli oppioidi: nausea/vomito, sonnolenza, stipsi.

Il tipo di oppioide a lento rilascio viene scelto in base alle caratteristiche del dolore, della funzionalità renale ed epatica e alla compliance farmacologica del paziente e dei caregivers.

La titolazione può essere anche condotta con oppioidi a lento rilascio, somministrati ogni 8-12 ore (Linee Guida AIOM e EAPC 2012).

Definizione

Esacerbazione transitoria del dolore, di intensità moderata/elevata, che insorge sia spontaneamente che a seguito di un fattore scatenante, in pazienti trattati con oppioidi forti a orari fissi e "rescue dose", e con dolore di base controllato.

Valutazione

Intensità, frequenza e durata degli episodi; tipo di dolore (nocicettivo, somatico o viscerale, neuropatico, misto); fattori scatenanti; terapia antalgica pregressa e in corso.

Strumenti di misurazione

Strumenti: NRS/VRS.

Trattamento

Morfina e.v. o s.c. (pazienti ricoverati) a 1/6 della dose giornaliera equivalente di oppiaceo; oppure uno dei Rapid Onset Opioids (ROO) *Fentanyl orosolubile* (OTFC, buccale, sub-linguale) iniziando con 100-200 mcg; oppure *intranasale (soluzione acquosa, pectinato)* iniziando con 50-100 mcg in una narice.

Prevenzione del BTcP prevedibile (da movimenti programmabili come igiene, spostamenti per i pasti, andare in bagno, andare a fare esami): 30' prima dell'azione prevista somministrare *Morfina e.v/s.c* (pazienti ricoverati) oppure *Morfina orale a rapida azione* a 1/6 della dose giornaliera degli oppioidi in corso.

Importante. Per poter iniziare la terapia con *fentanyl transmucosale*, orale o intranasale i pazienti devono assumere oppioidi forti ad un dosaggio almeno equivalente a *morfina* 60 mg al dì (Linee Guida AIOM e EAPC 2012).

Valutazione	Intensità, fattori scatenanti, presenza e frequenza degli episodi di vomito; andamento temporale, sintomi concomitanti, aspettativa di vita (PAP score).
Eziologia	Occlusione intestinale, metastasi cerebrali ed epatiche, insufficienza renale, ipercalcemia, iponatriemia, farmaci, stipsi, malattie vestibolari, ascite, ecc.
Misurazione	Strumenti: ESAS, NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	RX diretto dell'addome (solo se si sospetta un'occlusione), elettroliti ematici e funzionalità renale, EGDS (da valutare in base al PS e all'aspettativa di vita).
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Da oppioidi: ruotare (non sospendere) i farmaci o la via di somministrazione e terapia sintomatica se nausea NRS>3. L'emesi va prevenuta nei pazienti in trattamento con oppioidi iniziando la terapia (<i>metoclopramide</i> 10 mg per os mezz'ora prima dei pasti) contemporaneamente alla terapia con oppioidi.</p> <p>Terapia sintomatica</p> <p>Se nausea NRS 1-3: solo consigli alimentari.</p> <p>Prima linea. Nausea NRS 4-6 (con o senza episodi di vomito): consigli alimentari <i>metoclopramide</i> 10 mg i.m., ripetibile. NRS \geq 7 (con o senza episodi di vomito): consigli alimentari <i>metoclopramide</i> 20 mg i.m./e.v. lenta ripetibile.</p> <p>Seconda linea: consigli alimentari e <i>levosulpiride</i> 25 mg i.m./e.v. 1-3 volte/die.</p> <p>Terza linea: consigli alimentari e <i>aloperidolo</i> 5 mg i.m.</p> <p>In caso di nausea severa persistente e/o numerosi episodi vomito con alimentazione impossibile impostare, se appropriato, una <i>terapia di supporto idro-elettrolitica e calorica per via parenterale</i>.</p>
Assistenza infermieristica	Monitorare l'andamento del sintomo e, se appropriato, fornire suggerimenti alimentari.

Valutazione	Presenza e intensità di cefalea, nausea, vomito, sonnolenza, alterazioni dello stato cognitivo, afasia, atassia, ecc; prognosi.
Eziologia	Neoplasia primitiva o secondaria.
Misurazione	Strumenti dei sintomi correlati: ESAS, PAP score.
Accertamenti diagnostici	Consulenza neurologica, valutazione radioterapica, se indicata. RMN Encefalo (in presenza di sintomi neurologici, in assenza di metastasi cerebrali note o di tumore primitivo all'encefalo). SpO2, emogasanalisi, emocromo, elettroliti, indici di funzionalità renale ed epatica.
Provvedimenti terapeutici	<i>Desametasone</i> iniziando con 8-16 mg/die e.v./i.m. in 1-2 somministrazioni fino alla dose massima di 24-36 mg/die e.v.; in caso di risposta, dopo 7 giorni di trattamento ridurre la dose gradualmente fino alla dose minima efficace o alla sospensione graduale del farmaco. Trattamenti adiuvanti: <i>mannitolo</i> 18% 125-250 ml 3-4 v/die e.v. per un periodo limitato. La terapia antiedemigena è raccomandata in tutti i pazienti sottoposti a radioterapia encefalica e deve essere iniziata almeno 24-48 ore prima della radioterapia.
Assistenza infermieristica	Provvedere alla mobilizzazione periodica del paziente allettato per evitare l'insorgenza di decubiti, mantenere un adeguato apporto di liquidi, una diuresi ed un alvo regolare, un'alimentazione per via enterale o parenterale se presenti deficit a carico dei nervi cranici.

Valutazione	Peso attuale, calo ponderale negli ultimi 6, 3, 1 mesi; indice di massa corporea (BMI con valore soglia 20), verificare se problemi di masticazione, aspettativa di vita, PS.
Eziologia	Comorbidità e terapie concomitanti (chemioterapia, radioterapia, endocrinoterapia, farmaci biologici, ecc).
Misurazione	Strumenti: ESAS, MNA
Accertamenti diagnostici	Proteine totali, albuminemia, creatininemia, emocromo.
Provvedimenti terapeutici	<p>Nella pre-cachessia e cachessia: controllo dei sintomi concomitanti, educazione alimentare e integratori ipercalorici, iperproteici, contenenti <i>acido eicosapentaenoico</i> (EPA) 2 g/die per os e <i>megestrol acetato</i> (da 160 a 320 mg/die per os) oppure <i>medrossiprogesterone acetato</i> (da 500 a 1000 mg/die per os) oppure <i>metilprednisolone</i> (da 32 a 64 mg/die per os) oppure <i>prednisone</i> 37,5-75 mg/die per os oppure <i>desametasone</i> (da 4 a 8 mg/die per os). NB: l'effetto terapeutico scompare dopo circa 4 settimane di trattamento in particolare per <i>metilprednisolone</i> e <i>desametasone</i>.</p> <p>Nella cachessia resistente: controllo dei sintomi concomitanti, educazione alimentare e supporto psicologico anche verso i familiari. N.B. La Nutrizione Enterale/Parenterale è indicata solo se l'aspettativa di vita dipende dalla malnutrizione più che dalla neoplasia ed è >3 mesi; se KPS >50 o ECOG-PS <3.</p>
Assistenza infermieristica	Counseling nutrizionale del paziente e dei familiari sulle preferenze alimentari e come aumentare, se appropriato, l'apporto di calorie/proteine; mettere il paziente nelle condizioni di esprimere l'importanza attribuita al cibo.

Valutazione	Entità (grado), sede, presenza e intensità del dolore, stato nutrizionale, presenza di xerostomia, igiene del cavo orale, eventuale neutropenia concomitante.
Eziologia	Candidosi orale, herpes simplex, presenza di patologie concomitanti (diabete) o farmaci aggravanti (es. steroidi).
Misurazione	Strumenti di misurazione del dolore al cavo orale: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Emocromo, funzionalità renale con elettroliti sierici, esame colturale per miceti.
Provvedimenti terapeutici	<p>Prevenzione: igiene orale e sciacqui con <i>Bicarbonato di Na</i> o collutorio, educazione alimentare del paziente e dei familiari.</p> <p>Terapia sintomatica in caso di dolore <i>Benzidamina collutorio</i> 10 ml 3-4 v/die, associata a <i>crioterapia</i> (tenere in bocca cubetti di ghiaccio o un ghiacciolo prima del pasto) e anestetici per uso topico come <i>lidocaina viscosa</i> (prodotto galenico). Terapia sistemica con oppioidi deboli (<i>codeina</i>, <i>tramadolo</i>) o oppioidi forti a rilascio prolungato (la <i>morfina</i> è la prima scelta) a orari fissi; al bisogno <i>morfina</i> a rapida azione.</p> <p>Se il paziente non è in grado di alimentarsi: nutrizione parenterale (in relazione alla prognosi). In caso di sovrainfezione fungina (documentata con esame colturale) o in pazienti ad alto rischio: Prima scelta: nelle forme più lievi <i>nistatina</i> soluzione orale 4-6 ml 4 v/die fino a 48 ore dopo la guarigione oppure <i>fluconazolo</i> iniziando con 50-100 mg/die per os fino a 200-400 mg/die e.v. nelle forme più gravi. Seconda scelta: <i>itraconazolo</i> iniziando con 100-200 mg 2 v/die fino a 200 mg e.v. 2 v/die per i primi 2 giorni e poi 200 mg/die.</p>
Assistenza infermieristica	Educare all'igiene orale post alimentazione, corretta alimentazione con idratazione, monitoraggio dello stato delle mucose, rilevazione della sintomatologia.

Valutazione

Sintomi correlati (dolore, nausea, vomito): intensità, caratteristiche, frequenza, durata; presenza di ostruzione completa o parziale; reversibile o irreversibile; aspettativa di vita del paziente.

Eziologia

Ileo meccanico; ileo paralitico.

Misurazione

Strumenti per il dolore e la nausea: ESAS, NRS/VRS; PAP score.

Accertamenti diagnostici

Rx diretta dell'addome; emocromo, elettroliti, funzionalità renale, funzionalità epatica.
TC addome solo dopo discussione interdisciplinare con il chirurgo per valutare l'indicazione all'intervento.

Provvedimenti terapeutici

Discussione collegiale circa l'indicazione a chirurgia, stenting o stomie di scarico; considerate le controindicazioni assolute/relative alla chirurgia.

Approccio conservativo (antisecretivi/antiemetici/analgesici)

Digiuno e nutrizione parenterale (senza eccedere con i liquidi) associati a *octreotide* iniziando con 0,1 mg s.c. 3 v/die oppure 0,3 mg in infusione continua s.c./e.v. in 24 ore (la dose può essere aumentata fino a 0,6-0,9 in 24 ore se non si ottiene un buon controllo della sintomatologia), *morfina* s.c. (la dose deve essere valutata in base all'eventuale terapia antalgica precedente) e *desametasone* 16 mg ev..

Si può aggiungere *metoclopramide* 20-60 mg e.v solo se l'occlusione è funzionale o meccanica incompleta (farmaci compatibili anche con la *morfina* nelle infusioni continue)

Butilbromuro di Scopolamina 20 mg i.m/e.v. ripetibile o in infusione continua e.v. iniziando con 40 mg/die fino a 120 mg/die in caso di dolore non ben controllato con gli oppioidi (compatibile con *aloperidolo*, *morfina* e *octreotide* nelle infusioni continue).

Se è presente vomito intenso e intrattabile considerare il sondino naso gastrico come misura temporanea e la PEG definitiva.

Sospendere la terapia due giorni dopo il recupero del transito intestinale e il ripristino della nutrizione.

Assistenza infermieristica

Monitorare l'intensità della nausea, del vomito, del dolore e la qualità e quantità delle secrezioni, la frequenza degli episodi di vomito, lo stato di disidratazione.

Valutazione	Intensità, variazioni nell'arco della giornata, interferenza con sonno e attività diurne; presenza di lesioni cutanee o rush e lesioni da grattamento.
Eziologia	Dermatosi, insufficienza renale, insufficienza epatica, anemia, deficit di ferro, disidratazione, diabete, uso di oppioidi, malattie psichiatriche, sindrome paraneoplastica, reazione a farmaci, scabbia, xerosi, colestasi da fenotiazine.
Misurazione	Strumenti: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Emocromo, sideremia, funzionalità renale ed epatica.
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Terapia sintomatica</p> <p>Crema idratante al <i>mentolo</i> 0,25-2% o <i>talco mentolato</i>.</p> <p>Antistaminici orali: <i>difenidramina</i> 25-50 mg ogni 6 ore; oppure <i>idroxizina</i> 25-50 mg ogni 6-8 ore; oppure <i>ciproheptadina</i> 4 mg ogni 6-8 ore; oppure <i>clorfenamina</i> 4 mg per os 3-4 v/die o 10 mg i.m. 1-2 v/die.</p> <p>Se vi è stato ansioso e/o depressivo: <i>diazepam</i> e <i>antidepressivi</i>.</p> <p>Se vi è colestasi o insufficienza renale: <i>colestiramina</i> sospensione orale 4 gr 1-2 v/die.</p>
Assistenza infermieristica	Igiene della cute, idratazione della cute.

Valutazione

Pazienti coscienti con sintomatologia incoercibile e refrattaria al trattamento.

Dispnea non controllata da oppioidi, emorragie, confusione/delirio, dolore, epilessia; pazienti non coscienti ma con grave sofferenza e con aspettativa di vita di ore/giorni.

Procedura:

1) Valutazione del caso clinico e conseguente decisione in equipe di sedare il paziente condivisa con paziente e/o familiari; 2) Consenso alla sedazione.

Misurazione

Strumenti: Scala di Rudkin.

Provvedimenti terapeutici

1° scelta: *midazolam*. Induzione (usuale): 2,5-5 mg in bolo e.v.

Valutare inizialmente ogni 20 minuti il livello di sedazione e in seguito ad intervalli regolari (ogni 6-8 ore).

Mantenimento: 0,5-5 mg/ora in infusione continua s.c./e.v.

In caso di non risposta: *lorazepam*. Induzione 2-5 mg in bolo lento; mantenimento 0,25-1 mg/ora in infusione continua s.c./e.v.

Sospendere tutte le terapie non finalizzate al controllo dei sintomi.

Idratazione: soluzione fisiologica 1000 ml/24h.

Assistenza infermieristica

Cure igieniche, prevenzione delle ulcere da decubito; rivalutare regolarmente lo stato emotivo dei familiari e la loro comprensione degli eventi, supporto psicologico.

Valutazione	Intensità, durata (cronico se > 48 ore; intrattabile se >1 mese); impatto su umore, sonno, alimentazione, rapporti sociali.
Eziologia	Distensione gastrica, reflusso gastro-esofageo, irritazione del diaframma o del nervo frenico, tumori del SNC, ipocalcemia, iperuricemia, ipocapnia, insufficienza renale, farmaci (benzodiazepine, barbiturici, corticosteroidi).
Misurazione	Strumenti: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Elettroliti, Funzionalità renale, uricemia, EGDS (opzionale).
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Episodico: rimedi empirici (bere acqua e zucchero, succhiare un cubetto di ghiaccio, respirare in una busta, massaggiare con un cotton-fioc il confine tra palato duro e palato molle, ecc.) o <i>metoclopramide</i> sciroppo 10 ml 3 v/die.</p> <p>Cronico: Prima linea: <i>metoclopramide</i> sciroppo 10 ml 3 v/die. Seconda linea: <i>clorpromazina</i> 25-50 mg per os 2-3 v/die. Terza linea: <i>baclofen</i> 10 mg per os 3 v/die fino ad un massimo di 50-75 mg/die (off-label) Nei pazienti terminali valutare l'eventualità di una sedazione (vedi capitolo "sedazione palliativa").</p>
Assistenza infermieristica	Rilevazione eventuale associazione con ansia, depressione, insonnia, anoressia; educazione alimentare; tecniche di rilassamento se fattibili.

Valutazione	Intensità e modalità di comparsa.
Eziologia	Farmaci (oppioidi, benzodiazepine, neurolettici, antistaminici, chemioterapici, antiepilettici, ecc), patologie concomitanti (insufficienza renale, insufficienza epatica, metastasi cerebrali, ipossia, disidratazione, ecc).
Misurazione	Strumenti: ESAS, NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Emocromo, elettroliti, funzionalità renale ed epatica, ammoniemia, SpO2, emogasanalisi, EEG.
Provvedimenti terapeutici	Trattamento causale Idratare il paziente con infusione continua endovenosa in 24 ore. Ridurre se possibile i farmaci ad azione sul SNC. Sostituire gli eventuali farmaci che possono dare interazioni farmacologiche. Ridurre la dose di oppioidi del 25% se il dolore risulta ben controllato in caso contrario ruotare il farmaco o la via di somministrazione (non sospendere).

Valutazione	Intensità, qualità, presenza di fecalomi ed eventuali segni di occlusione.
Eziologia	Neoplasie primitive o secondarie addominali, carcinosi peritoneale, disidratazione, ipercalcemia, malnutrizione, farmaci (oppioidi, antidepressivi, anticolinergici, neurolettici, chemioterapici, FANS, diuretici, corticosteroidi, antiemetici, chemioterapici), immobilità, astenia, diabete, depressione.
Misurazione	Strumenti: ESAS.
Accertamenti diagnostici	Rx diretto dell'addome se si sospetta un'occlusione intestinale, elettroliti.
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Da oppioidi: la stipsi da oppioidi va sempre prevenuta. Iniziare la terapia per la stipsi (<i>senna +/- olio di vaselina</i> oppure <i>lattulosio o macrogol</i>) contemporaneamente alla terapia con oppioidi. Ruotare eventualmente gli oppioidi. L'obiettivo è mantenere una evacuazione morbida ogni 1-2 gg.</p> <p>Se sono presenti feci nel retto: <i>Glicerina supp</i>, idratazione e lassativi orali osmotici: <i>Macrogol</i> buste 13,8 g, 1-3 v/die; <i>Lattulosio</i> 10 ml 3 v/die.</p> <p>Se non sono presenti feci nel retto: clisma, idratazione e lassativi emollienti e secretagoghi (<i>senna</i>).</p>
Assistenza infermieristica	Educare il paziente sulle possibili cause della stipsi e sui possibili trattamenti; stimolare l'esercizio fisico quando possibile; educazione alimentare del paziente e dei familiari; assicurare che il paziente assuma una adeguata idratazione per os (circa 1,5-2l/die).

Valutazione	Sede (locale o generalizzata), intensità, caratteristiche temporali, influenza sulla socialità e il riposo notturno, sintomi concomitanti (dolore e ansia).
Eziologia	Alterazioni del sistema nervoso vegetativo, febbre, oppioidi, tamoxifene, steroidi, tumori neuroendocrini, ecc.
Misurazione	Strumenti: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Funzionalità tiroidea, controllo glicemico, temperatura corporea e pressione arteriosa.
Provvedimenti terapeutici	Trattamento causale Ridurre la dose di oppioidi se possibile o ruotare la via di somministrazione o il farmaco Non esiste una terapia farmacologica standard e tutti i farmaci sintomatici sono off-label (esempio <i>gabapentin</i>).
Assistenza infermieristica	Controllare frequenza ed estensione della sudorazione, assicurare detersione della cute, evitare sovrainfezioni cutanee batteriche e micotiche.

Valutazione	Intensità, caratteristiche (secca, produttiva), influenza sul sonno e sulle attività quotidiane.
Eziologia	Neoplasia, flogosi, asma/broncospasmo, fistola esofago/tracheale, terapia con ACE inibitori. Il trattamento con aloperidolo può ridurre l'efficacia di alcuni antitussigeni.
Misurazione	Strumenti: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Emocromo, Rx torace, esame colturale dell'espettorato.
Provvedimenti terapeutici	<p>Trattamento causale</p> <p>Tosse produttiva: <i>bromexina</i> soluzione orale 8 ml 3 v/die oppure <i>ambroxolo</i> soluzione inalatoria 2/3 ml 1-2 v/die; (attenzione all'eccessiva produzione di secrezioni che può indurre dispnea). Evitare i farmaci che sopprimono la tosse (possibile una somministrazione serale per facilitare il sonno).</p> <p>Pazienti in fase terminale o incapaci di espettorare: sopprimere la tosse e ridurre le secrezioni con <i>morfina</i> s.c./e.v. (vedi capitolo "dispnea") associata a <i>butilbromuro di scopolamina</i> (off-label) 20 mg i.m/e.v. ogni 4 ore oppure in infusione continua e.v.</p> <p>Tosse secca: in paziente non in trattamento con oppioidi: <i>diidrocodeina</i> 20-30 mg ogni 6 ore (20-30 gocce).</p> <p>In paziente in trattamento oppioidi forti: somministrare <i>morfina</i> s.c. 1/6 della dose equianalgescica giornaliera.</p> <p>In paziente non in trattamento con oppioidi forti: <i>morfina</i> 2,5-5 mg s.c. ogni 4 ore (<i>morfina</i> 5-10 mg per os ogni 4 ore). Dose aggiuntiva: <i>morfina</i> 2,5-5 mg s.c..</p> <p>Se è presente agitazione o stato ansioso: <i>diazepam</i> 5-10 mg/h per os fino ad ottenere l'effetto desiderato e poi ogni 8 ore; oppure <i>lorazepam</i> 0,5-1 mg/h per os fino ad ottenere l'effetto desiderato e poi ogni 6 ore.</p> <p>Paziente in fase terminale: <i>morfina</i> s.c. come da schema precedente.</p> <p>Se il sintomo è resistente ai trattamenti e insopportabile, valutare, insieme al paziente e ai familiari, anche la possibilità della sedazione palliativa (vedi sedazione palliativa).</p>
Assistenza infermieristica	Umidificare l'ambiente, se possibile e percorribile, ginnastica respiratoria e posturale, con mobilizzazione adeguata.

Valutazione	Intensità, insorgenza, coesistenza di mucosite, ulcere, micosi orale, dolore, interferenza con l'alimentazione, presenza di disgeusia.
Eziologia	Patologie concomitanti, disidratazione, farmaci (oppioidi e/o anticolinergici), chemioterapia, radioterapia, chirurgia.
Misurazione	Strumenti: NRS/VRS.
Accertamenti diagnostici	Glicemia, indici di funzionalità renale ed epatica, indici biochimici dello stato nutrizionale. Prevenzione Igiene orale ed educazione del paziente.
Provvedimenti terapeutici	Terapia sintomatica Quando è possibile, sospendere o ridurre i farmaci che possono causare la xerostomia. Utilizzare <i>saliva artificiale</i> o collutori con <i>carbosimetilcellulosa</i> , <i>lattoferrina</i> , <i>lisozimi</i> . <i>Pilocarpina</i> (off-label) (collirio 4%) 4-6 mg (2-3 gocce) os ogni 6 ore.
Assistenza infermieristica	Igiene orale e consigli per l'educazione alimentare.

Strumenti di misurazione

Gli strumenti di valutazione ed i parametri rilevati vanno inseriti nella cartella clinica del paziente.

- Indice di comorbidità (CIRS)
- Karnofsky Performance Status (K-PS)
- Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS)
- Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)
- Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
- Termometro del distress
- Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)
- Numeric Rating Scale (NRS)
- Verbal Rating Scale (VRS)
- Palliative Prognostic Score (PAP score)
- Mini-Nutritional Assessment (MNA)
- Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Scala di Rudkin
- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Tabella dei rapporti di conversione equianalgica tra morfina orale e altri oppioidi

Indice di comorbidità (CIRS)

COGNOME _____ NOME _____ Età _____ Data _____

1	Patologie cardiache (solo cuore)	0	1	2	3	4
2	Patologia vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	0	1	2	3	4
3	Apparato ematopoietico	0	1	2	3	4
4	Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	0	1	2	3	4
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	0	1	2	3	4
6	Apparato GI superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	0	1	2	3	4
7	Apparato GI inferiore (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8	Patologie epatiche (solo fegato)	0	1	2	3	4
9	Patologie renali (solo rene)	0	1	2	3	4
10	Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	0	1	2	3	4
11	Sistema muscolo-scheletro-cutane (muscoli, scheletro, tegumenti)	0	1	2	3	4
12	Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	0	1	2	3	4
13	Patologie endocrino-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	0	1	2	3	4
14	Patologie psichiatrico-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	0	1	2	3	4

0 = assente, 1 = lieve, 2 = moderato, 3 = grave, 4 = molto grave

Indice di severità: _____

Indice di comorbidità: _____

0 = assente: nessuna compromissione d'organo/sistema. **1 = lieve:** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi). **2 = moderato:** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture). **3 = grave:** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco). **4 = molto grave:** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamenti gastro-intestinali, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali);
- l'indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

Karnofsky Performance Status (K-PS) e Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS)

KARNOFSKY PS		ECOG S PS
100%	Normale, nessuna evidenza di malattia. Non necessita di aiuti	0
90%	Abile nello svolgere le normali attività. Segni o sintomi minori di malattia	
80%	Svolge con sforzo le normali attività. Alcuni segni e sintomi di malattia	1
70%	Inabile al lavoro o allo svolgimento delle normali attività	
60%	Richiede occasionale assistenza, è in grado di badare alla sua cura personale	2
50%	Richiede assistenza e frequenti cure mediche	
40%	Disabile, richiede speciali cure ed assistenza	3
30%	Disabilità severa, è indicato il ricovero in ospedale, anche se la morte non è imminente	
20%	Molto malato, necessario ricovero, necessario trattamento di supporto attivo	4
10%	Moribondo	
0	Morto	

Index of Independence in Activities of Daily Living - ADL	Punteggio
A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia spugnature)	
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza. (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione.	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)**Punteggio**

A) USARE IL TELEFONO	1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone.	1
	2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti.	1
	3) È in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri.	1
	4) Non è capace di usare il telefono.	0
B) FARE LA SPESA	1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi.	1
	2) È in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi.	0
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi.	0
	4) È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi.	0
C) PREPARARE IL CIBO	1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati.	1
	2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti.	0
	3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata.	0
	4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti.	0
D) GOVERNO DELLA CASA	1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti).	1
	2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	1
	3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa.	0
	4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa.	0
E) FARE IL BUCATO	1) Fa il bucato personalmente e completamente.	1
	2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti).	1
	3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri.	0
F) MEZZI DI TRASPORTO	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto.	1
	2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici.	1
	3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato.	1
	4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza.	0
	5) Non si sposta per niente.	0
G) ASSUNZIONE FARMACI	1 Prende le medicine che gli sono state prescritte.	1
	2 Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate.	0
	3 Non è in grado di prendere le medicine da solo.	0
H) USO DEL DENARO	1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente.	1
	2) È in grado di fare piccoli acquisti.	1
	3) È incapace di maneggiare i soldi.	0

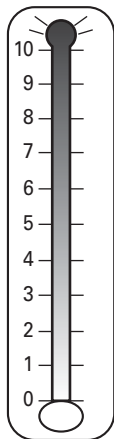
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)**/8**

Termometro del Distress

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

Cognome e Nome: _____ Sesso **M** **F** Età _____ Diagnosi _____ Data _____**Istruzioni:**

La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di **disagio emotivo** che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso



**10 = MASSIMO
DISAGIO EMOTIVO
(MASSIMO STRESS)**

**0 = NESSUN
DISAGIO EMOTIVO
(NESSUNO STRESS)**

La preghiamo o di indicare con una crocetta su **SI** sul **NO** se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

SI NO A. PROBLEMI PRATICI

- Problemi nella cura dei figli
- Problemi di alloggio
- Problemi economici
- Problemi scolastici/lavorativi
- Problemi di trasporto

B. PROBLEMI RELAZIONALI

- Nel rapporto con il partner
- Nel rapporto con i figli
- Nel rapporto con altri

C. PROBLEMI EMOZIONALI

- Depressione
- Paure
- Nervosismo
- Tristezza
- Preoccupazione
- Perdita di interessi nelle usuali attività

D. ASPETTI SPIRITUALI

- Problemi inerenti la propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso della esistenza)

SI NO E. PROBLEMI FISICI

- Problemi di sonno
- Dolore
- Problemi a lavarsi/vestirsi
- Nausea
- Senso di fatica e stanchezza
- Problemi a muoversi
- Problemi respiratori
- Ulcera alla bocca
- Problemi ad alimentarsi
- Difficoltà a digerire
- Stipsi
- Disturbi della minzione
- Febbre
- Secchezza della cute/prurito
- Naso chiuso o senso di secchezza
- Formicolio alle mani o ai piedi
- Senso di gonfiore
- Problemi sessuali
- Diarrea
- Problemi di memoria/concentrazione
- Problemi su come ci si deve e come si appare

Altro: specificare _____

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Dolore	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore dolore possibile
Stanchezza	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore stanchezza possibile
Nausea	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore nausea possibile
Depressione	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore depressione possibile
Ansia	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore sonnolenza possibile
Mancanza di appetito	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore malessere possibile
Malessere	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore difficoltà a respirare possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore inappetenza possibile
Altro	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile

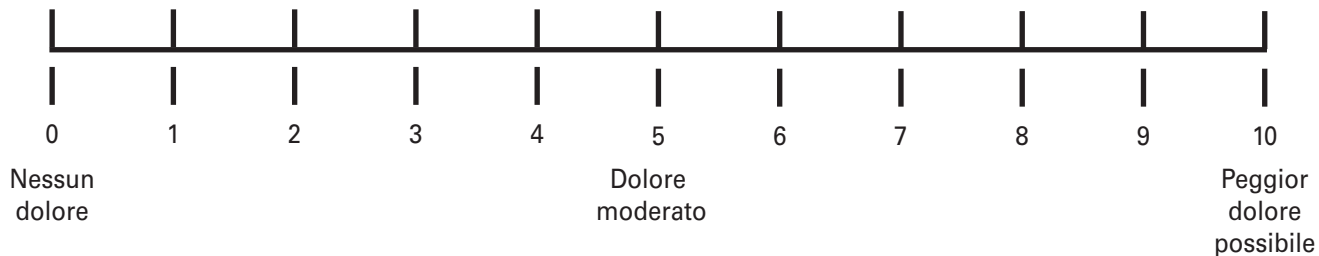
Cognome e Nome del paziente _____

Data di compilazione _____

- Compilato da me stesso o da me dettato a qualcuno
- Compilato da un medico o da un infermiere
- Compilato da un familiare

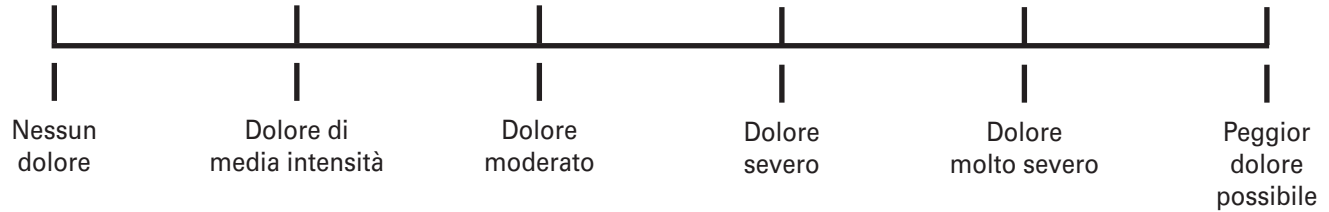
Motivo della compilazione da parte del medico, o dell'infermiere o del familiare:

- rifiuto del paziente
- problemi fisici/cognitivi gravi del paziente
- problemi organizzativi
- altro motivo (specificare) _____

Numeric Rating Scale (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS): scala a punti in cui il paziente sceglie un valore che va da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore). Da 1-3 è considerato dolore lieve, da 4-7 moderato, da 8-10 severo.

Verbal Rating Scale (VRS)



Verbal Rating Scale (VRS) permette al paziente di descrivere l'intensità del suo dolore da "dolore assente" a "dolore fortissimo".

Palliative Prognostic Score (PAP score)

PARAMETRI	Presenza	Punteggio
DISPNEA	NO	0
	SI	1
ANORESSIA	NO	0
	SI	1,5
K-PS	> 50	0
	30-40	0
	10-20	2,5
LEUCOCITI TOTALI (cellule per mm ³)	Normali	4.800-8.500
	Elevati	8.501-11.000
	Molto elevati	>11.000
PERCENTUALE DI LINFOCITI	Normale	20-40
	Bassa	12-19,9
	Molto bassa	0-11,9
PREVISIONE CLINICA DI SOPRAVVIVENZA (in settimane)	>12	0
	11-12	2
	9-10	2,5
	7-8	2,5
	5-6	4,5
	3-4	6
	1-2	8,5
Totale PAP score		

Gruppi Rischio	Probabilità sopravvivenza a 30 giorni	Punteggio
A	>70%	0,0-5,5
B	30-70%	5,6-11,0
C	<30%	11,1-17,5

Mini - Nutritional Assesment (MNA) *SCREENING*

A *Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi?*

0 = grave riduzione assunzione di cibo; **1** = moderata riduzione assunzione di cibo; **2** = nessuna riduzione assunzione di cibo

B *Perdita di peso recente (< 3 mesi)*

0 = perdita di peso > 3 Kg; **1** = non sa; **2** = perdita di peso tra 1 e 3 Kg; **3** = nessuna perdita di peso

C *Motricità*

0 = dal letto alla poltrona; **1** = autonomo a domicilio; **2** = esce di casa

D *Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?*

0 = sì; **2** = no

E *Problemi neuropsicologici*

0 = demenza o depressione grave; **1** = demenza moderata; **2** = nessun problema

F *Indice di massa corporea (IMC = peso/(altezza)² in Kg/m²)*

0 = IMC < 19; **1** = 19 ≤ IMC < 21; **2** = 21 ≤ IMC < 23; **3** = IMC ≥ 23

VALUTAZIONE DI SCREENING

12-14 punti: stato nutrizionale normale; **8-11 punti:** rischio malnutrizione; **0-7 punti:** malnutrito

Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)

Sintomi	Frequenza manifestazione dei sintomi		
1 Disorientamento	0	1	2
2 Comportamento inappropriato	0	1	2
3 Comunicazione inappropriata incapacità a comunicare, incoerenza, linguaggio non comprensibile	0	1	2
4 Allucinazioni/illusioni	0	1	2
5 Rallentamento psico-motorio	0	1	2

Delirio sì, se score ≥ 2 **Delirio no**, se score < 2

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

a) Mi sento teso come una corda (A)

3. la maggior parte del tempo
2. molte volte
1. qualche volta oppure occasionalmente
0. mai

b) Riesco ancora a godere delle cose che mi sono sempre piaciute (D)

3. sempre
2. non sempre
1. solo alcune volte
0. mai

c) Sono spaventato/a dal fatto che mi possa accadere qualcosa di terribile (A)

3. sempre, e ciò mi spaventa moltissimo
2. spesso e ciò mi preoccupa abbastanza
1. talvolta, ma ciò non mi preoccupa
0. per nulla

d) Riesco ancora a ridere e a vedere il lato divertente delle cose (D)

3. come sempre
2. ora non molto spesso
1. ora raramente
0. mai

e) Ho la mente piena di preoccupazioni (A)

3. la maggior parte del tempo
2. molte volte
1. talvolta, ma non spesso
0. solo occasionalmente

f) Mi sento allegro (D)

3. per niente
2. un po'
1. abbastanza
0. la maggior parte del tempo

g) Riesco a stare tranquillo/a e sentirmi rilassato/a (A)

3. sempre
2. spesso
1. talvolta
0. per nulla

h) Mi sento fiacco/a (D)

3. quasi sempre
2. molto spesso
1. talvolta
0. per nulla

(continua)

i) Ho la fastidiosa sensazione di crampi allo stomaco (A)

3. per niente
2. occasionalmente
1. abbastanza spesso
0. molto spesso

l) Ho perso interesse riguardo al mio aspetto fisico (D)

3. decisamente o molto
2. abbastanza, ma non vi do l'importanza che dovrei
1. un po' e non vi do molta importanza
0. per nulla o non ho affatto perso l'interesse

m) Mi sento irrequieto come se fossi costretto/a a muovermi (A)

3. moltissimo
2. abbastanza
1. un po'
0. per niente

n) Guardo con gioia e speranza a ciò che mi può capitare (D)

3. come al solito
2. un po' meno del solito
1. molto meno del solito
0. per nulla

o) Ho improvvise sensazioni di panico (A)

3. molto spesso
2. abbastanza frequentemente
1. raramente
0. mai

p) Riesco a godere della lettura o dell'ascolto di un programma alla radio o televisione (D)

3. spesso
2. talvolta
1. raramente
0. molto raramente o mai

La scala rileva ansia (A) e depressione (D):

7 items per l'ansia e 7 items per la depressione.

Il livello patologico è considerato un cut-off per ogni sottoscala di 8.

Valori di 6-7 sono indicativi di patologia subclinica.

Scala di Rudkin (RS)

- 1 Paziente sveglio e orientato
- 2 Sonnolento ma risvegliabile
- 3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
- 4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
- 5 Occhi chiusi, non rispondente a uno stimolo tattile

Mini Mental State Examination (MMSE)**ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE (0-10)**

1. Oggi che giorno è? 0-1
2. In che mese siamo? 0-1
3. Quanti ne abbiamo del mese? 0-1
4. In che stagione siamo? 0-1
5. In che anno siamo? 0-1
6. In che città ci troviamo? 0-1
7. In quale regione ci troviamo? 0-1
8. In quale nazione ci troviamo? 0-1
9. Ora in che posto ci troviamo (ospedale, ambulatorio, ecc.)? 0-1
10. A che piano (o in quale reparto) siamo? 0-1

MEMORIA RECENTE (0-3)

- Stimoli: 1. Cappello (Casa) _____ N° tentativi = _____ 0-1
2. Pane (Albero) _____ N° tentativi = _____ 0-1
3. Finestra (Ruota) _____ N° tentativi = _____ 0-1

Ripetizione: max 6 tentativi

ATTENZIONE E CALCOLO (0-5)

Sottrazione da 100 (7 unità alla volta)

- 93 =0-1
- 86 =0-1
- 79 =0-1
- 72 =0-1
- 65 =0-1

in alternativa: chiedere di ripetere queste parole al contrario

- MONDO = O D N O M 0-1-2-3-4-5
- CARNE = E N R A C 0-1-2-3-4-5
- EDERE = E R E D E 0-1-2-3-4-5

Punteggio

(continua)

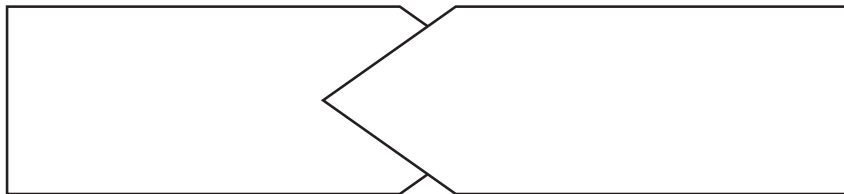
RICHIAMO DELLA MEMORIA DELLE TRE PAROLE (cappello, finestra, pane) (0-3)

1. _____ 0-1
 2. _____ 0-1
 3. _____ 0-1
- _____ /3

LINGUAGGIO (0-9)

- Denominazione: Matita 0-1
 Orologio 0-1
- Ripetizione: "Tigre contro tigre" 0-1
- Comprensione-esecuzione di un comando orale:
 "Prenda il foglio con la mano destra, lo pieghi a metà e lo butti sul pavimento"
 Prenda il foglio con la mano destra 0-1
 Lo pieghi a metà 0-1
 Lo butti sul pavimento 0-1
- Comprensione.esecuzione di un comando scritto:
 mostrare la scritta "Chiuda gli occhi" 0-1
- Produzione di una frase scritta 0-1

- Produzione di un disegno 0-1



_____ /9

PUNTEGGIO TOTALE grezzo _____ / 30 ponderato _____ / 30

Tabella dei rapporti di conversione equianalgessica tra morfina orale e altri oppioidi forti

Morfina	2 : 1	Ossicodone
Morfina < 100 mg 100 - 300 mg > 300 mg	4 : 1 8 : 1 10/12 : 1	Metadone
Morfina	5 : 1	Idromorfone
Morfina	100 : 1	Fentanyl transdermico
Morfina	75 : 1	Buprenorfina transdermica

Bibliografia

1. Cherny N. The oncologist's role in delivering palliative care. *Cancer J* 2010;16:411-422.
2. Zagonel V, Cavanna L, Cetto G and Task Force AIOM Palliative Care in Oncology. The medical oncologist's role in palliative care: AIOM's position. *Tumori* 2009;95:652-4.
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky MA. *New Engl J Med* 2010;363:733-742.
4. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2011;30:394-400.
5. Smith TJ, Temin S, Alesi ER et al. ASCO provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012;30:880-7.
6. NCCN Practice Guidelines in Oncology-v.1.2012 Distress Management.
7. Repetto L, Fratino L, Audisio RA et al. Comprehensive Geriatric Assessment Adds Information to Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status in Elderly Cancer Patients: An Italian Group of Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol* 2002;20:494-502.
8. Becker G, Hatami I, Xander C et al. Palliative cancer care: an epidemiologic study *J Clin Oncol* 2011;56:93-101.
9. Bruera E and Hui David. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol* 2010;28:4013-4017.
10. Ferris FD, Bruera E, Cherny N et al. Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, The Need, Next Steps. *J Clin Oncol* 2009;27:3052-3058.
11. Carlson LE, Waller A and Mitchell AJ. Screening for distress and unmet Needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 2012, 10;30:1160-1177.
12. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR et al. American Society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2011;29:755-760.
13. Linee guida AIOM: Terapia del dolore in Oncologia. 2012. www.aiom.it
14. Smith TJ and Hillner BE. Bending the Cost Curve in Cancer Care. *NEJM* 2011;364:2060-2065.

15. Schnipper I, Smith TJ, Raghavan D. et al. ASCO identifies five key opportunities to improve care and reduces costs: the top five list for oncology. *J Clin Oncol* 2012;3:1-10
16. Kirkova J, Davis MP, Walsh D. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol* 2006;24:1459-73.
17. Moro C, Brunelli C, Miccinesi G. Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. *Support Care Cancer* 2006;14:30-7.
18. Porzio G, Aielli F e Ficarella C. *La Terapia dei Sintomi in Oncologia*. Sentrix Ed. 2012.
19. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care. Version 1.2012. www.nccn.org
20. Catane R, Cherny NI, Kloke M. *ESMO. Handbook of advanced cancer care*. Taylor & Francis Ed, 2000.
21. Yennurajalingam S, Bruera E. *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine*. Oxford Univ Press, New York, 2011.
22. National Cancer Institute, *Cancer Information Summaries: Supportive and Palliative Care*. www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare.
23. Artherholt SB, Fann JR. Psychosocial care in cancer. *Curr Psychiatry Rep*. 2012.
24. Wein S, Sulkes A, Stemmer S. The oncologist's role in managing depression, anxiety, and demoralization with advanced cancer. *Cancer J* 2010;16:493-9.
25. Bruera E. Cancer-related fatigue: a multidimensional syndrome. *J Supp. Oncol* 2010;8:175-6.
26. Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 16:CD006145.
27. Minton O, Richardson A, Sharpe M. Psychostimulants for the management of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:761-7.
28. Minton O, Richardson A, Sharpe M. Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 7:CD006704.
29. Bush SH, Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. *Oncologist* 2009;14:1039-49.
30. Caraceni A, Simonetti F. Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2009;10:164-7.
31. Jin Y, Desta Z, Stearns VI. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment. *J Natl Cancer Inst* 2005 5;97:30-9.
32. Wein S, Sulkes A, Stemmer S. The oncologist's role in managing depression, anxiety, and demoralization with advanced cancer. *Cancer J* 2010;16:493-9.

33. Cherny NI. Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:413-23.
34. Mercadante S, Fulfaro F, Casuccio A. The impact of home palliative care on symptoms in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2000;8:307-10.
35. Mercadante S. Diarrhea in terminally ill patients: pathophysiology and treatment. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:298-309.
36. Solomon R, Cherny NI. Constipation and diarrhea in patients with cancer. *Cancer J* 2006;12:355-64.
37. Cheung WY, Zimmermann C. Pharmacologic management of cancer-related pain, dyspnea, and nausea. *Semin Oncol* 2011;38:450-9.
38. Heigener DF, Rabe KF. Palliative care concepts in respiratory disease. *Respiration*. 2011;82(6):483-91. Epub 2011 Nov 22 *Eur J Cancer* 2011;47 Suppl 3:S359-61.
39. Schrijvers D. Emergencies in palliative care. *Eur J Cancer* 2011;47 Suppl 3:359-61.
40. Thomas S, Bausewein C, Higginson I. Breathlessness in cancer patients - implications, management and challenges. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15:459-69.
41. Breivik H, Cherny N, Collett B. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009;20:1420-33.
42. Hjermstad MJ, Gibbins G, Haugen DF et al. on behalf of the EPCRC. Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus. *Palliat Med* 2008;22:895-903.
43. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al, for the EPCRC, on behalf of the EAPC. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13:958-68.
44. Mercadante S, Caraceni A. Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: a systematic review. *Palliat Med* 2011;25:504-15.
45. Ripamonti C, Bandieri E. Pain therapy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2009;70:145-59.
46. Mercadante S. Managing breakthrough pain. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15:244-9.
47. Davis MP, Hallerberg G; Palliative Medicine Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. A systematic review of the treatment of nausea and/or vomiting in cancer unrelated to chemotherapy or radiation. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:756-67.
48. Glare P, Miller J, Nikolova T and Roma T. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clin Interv Aging* 2011;6:243-259.

49. Perkins P, Dorman S. Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD006271 Review.
50. Kallel A, Bailon O, Carpentier AF. Clinical symptoms and symptomatic management of brain metastases. *Bull Cancer* 2011;98:371-5.
51. Kyritsis AP, Markoula S, Levin VA. A systematic approach to the management of patients with brain metastases of known or unknown primary site. *Cancer Chemother Pharmacol* 2012, 69,1-13.
52. Linee-guida AIOM 2012. Trattamento e Prevenzione della cachessia neoplastica. www.aiom.it
53. Baldwin C, Spiro A, Ahern R. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012, 7;104:371-85.
54. Blum D, Omlin A, Fearon K. Evolving classification systems for cancer cachexia: ready for clinical practice? *Support Care Cancer* 2010;18:273-9.
55. Fearon K, Strasser F, Anker SD. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011;12:489-95.
56. Eilers J, Million R. Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2007, 23, 201-212.
57. Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F and On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2010; 21 (Suppl 5):v 261-265.
58. Mercadante S, Porzio G. Octreotide for malignant bowel obstruction: Twenty years after. *Crit Rev Oncol Hematol* 2012.
59. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. *Pain Symptom Manage* 2007; 33, 2, 217-223.
60. Porzio G, Aielli F, Verna L. et al. Can malignant bowel obstruction in advanced cancer patients be treated at home? *Support Care Cancer* 2011;19,431-433.
61. Cassano N, Tessari G, Vena GA. Chronic pruritus in the absence of specific skin disease: an update on pathophysiology, diagnosis, and therapy. *Am J Clin Dermatol* 2010; 11,399-411(13).
62. De Conno F, Ventafridda V, Saita L. Skin problems in advanced and terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:247-56.
63. Chiang HC, Huang V, Cornelius LA. Cancer and itch. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30:107-12.
64. Steinhoff M, Cevikbas F, Ikoma A and Berger TG. Pruritus: management algorithms and experimental therapies. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30:127-37.
65. Linee-guida della Società Italiana di Cure Palliative: sito web: www.sicp.it. 2007.

66. Mercadante S, Porzio G, Valle A. et al; Home Care Italy Group. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:754-60.
67. Porzio G, Aielli F, Verna L. et al. Efficacy and safety of deep, continuous palliative sedation at home: a retrospective, single-institution study. *Support Care Cancer* 2010;18:77-81.
68. Porzio G, Aielli F, Verna L. et al. Gabapentin in the treatment of hiccups in patients with advanced cancer: a 5-year experience. *Clin Neuropharmacol.* 2010;33:179-80.
69. Candy B, Jones L, Goodman ML. et al. Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD003448 Review.
70. Solomon R, Cherny NI. Constipation and diarrhea in patients with cancer *Cancer J* 2006;12:355-64.
71. Thomas J, Karver S, Cooney GA. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *N Engl J Med* 2008, 29;358:2332-43.
72. Porzio G, Aielli F, Verna L. et al. Gabapentin in the treatment of severe sweating experienced by advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2006; 14:389-91.
73. Quigley CS, Baines M. Descriptive epidemiology of sweating in a hospice population. *J Palliat Care* 1997;13:22-6.
74. Dudgeon DJ, Rosenthal S: Management of dyspnea and cough in patients with cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996;10:157-71.
75. Moroni M, Porta C, Guattieri G. et al. Inhaled sodium cromoglycate to treat cough in advanced lung cancer patients. *Br J Cancer* 1996;74:309-11.
76. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lewton MP. Validation of the cumulative illness rating scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:130-7.
77. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (ed), *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Columbia Univ. Press. Irvington, NY 1949, pp 191-205.
78. Oken MM, Creech RH, Tormey DC. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649-55.
79. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963; 185: 914-19.
80. Lawton MP, Brody EM: assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
81. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer* 1998; 82:1904-1908.

82. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
83. Likert R. Technique for the measure of attitudes. *Arch Psycho* 1932;22:140.
84. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, Stute P, Lehmann KA, Grond S. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines. a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001; 93:247-57.
85. Maltoni M., Nanni O., Pirovano M. et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17:240-247.
86. Scarpi E, Maltoni M, Miceli R, Mariani L, Caraceni A, Amadori D, Nanni O. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist* 2011;16:1793-1799.
87. Sieber CC. Nutritional screening tools- how does the MNA compare?. *J Nutr health aging* 2006; 10:488-92.
88. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systemic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:368-75.
89. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J* 1986;292: 344-348.
90. Rudkin GE, Osborne Ga, Curtis NJ. Intra-operative patient-controlled sedation. *Anesthesia* 1991;46:90-2.
91. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiat Res* 1075;12:189-198.

Con il contributo
incondizionato di



Cod. 66 111 865