



8.30-9.00

Arrivo dei partecipanti e registrazione

9.00-9.10

Benvenuto delle autorità

Luca Baldino - Mattia Altini - Maurizia Rolli

Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, Bologna

9.10-10.20

Sessione 1. Polifarmacoterapia: le sfide

Modera e introduce: Elisa Sangiorgi, Regione Emilia-Romagna, Bologna

- Farmaci e società: una riflessione antropologica

Ivo Quaranta (Alma Mater Studiorum Università di Bologna)

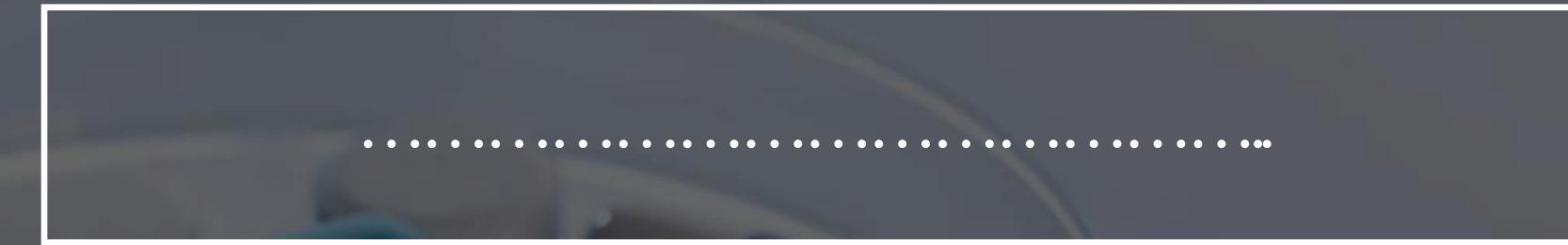
- Salute ed etica

Marina Lalatta Costerbosa (Alma Mater Studiorum Università di Bologna)

- Etica della cura: riconciliazione e rimodulazione terapeutica

Danila Valenti (Diretrice del Dipartimento dell'Integrazione e Direttrice UOC Rete delle Cure Palliative Azienda USL di Bologna)

danila valenti, jacopo cenacchi



- Research has demonstrated that inaccurate communication of medical information at transitions of care is responsible for as many as 50% of all medication errors and up to 20% of adverse drug events in the hospital setting. Accurate and reliable medication reconciliation at all transitions of care helps prevent adverse drug events and avoid harm to patients.
- The efficacy and quality of this process depends mainly on a preliminary pharmacological survey recognition step), which not only takes into account the medications prescribed to the patient, but also the phytotherapeutic and homeopathic products, supplements, and foods taken, as well as any habit that might negatively affect patient safety
- In particular, nonconventional medicinal and health preparations such as over-the-counter products, herbal medicines, and supplements are sources of potential pharmacological discrepancy and should be closely monitored.
- In 2018, in Italy, these costs were estimated to be at €5659 million (US \$6360 million), constituting the first item of public health expenditure and exceeding that of cardiovascular drugs.

Problemi di comunicazione

50% degli errori

20 % degli effetti avversi

**Survey Non solo su farmaci
ma anche fitoterapici e
farmaci omeopatici ,
integratori etc**

**Nel 2018 in Italia : costo di
5.659 di milioni di euro**

Comunemente utilizzato nei Pz anziani, con comorbidità e in end of life

- **DEPRES CRIBING**

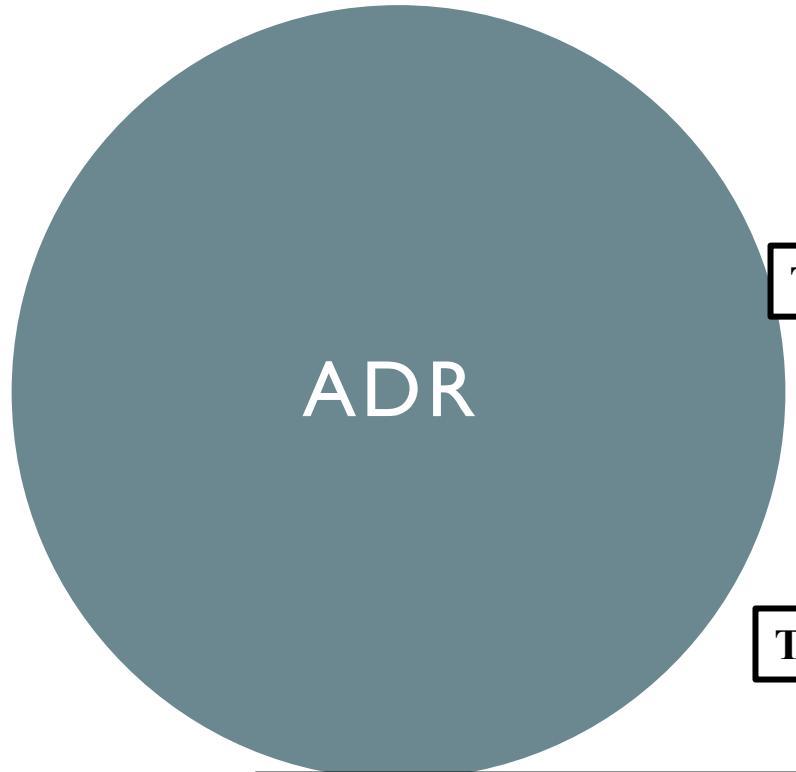
- Deprescribing is most commonly employed in older adults, people with multiple chronic conditions, and people near the end of life, although it can be appropriate in other patients as well.
- What distinguishes deprescribing from traditional approaches to pharmaceutical care is that it encourages a systematic and proactive approach.

È caratterizzato da un approccio sistematico e pro-attivo



- Reducing medication burden – Careful medication review and aggressive discontinuation can lead to reduction in up to 39 percent of medications used, including reducing use of potentially inappropriate medications by up to 30 to 60 percent or more. Reducing medication burden may improve adherence to remaining medications.
Fino al 39% dei farmaci
- Reducing risk of falls – Many medications increase fall risk among older adults, including benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists (eg, zolpidem and zopiclone), antidepressants, antipsychotics, and strongly anticholinergic medications.
Dal 30 al 60% di riduzione dei farmaci potenzialmente inappropriati
- Improving and/or preserving cognitive function
sedative-hypnotics including benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists, and use of multiple psychotropic medications can negatively affect cognition.
Riduce il rischio di cadute
Preserva/migliora la funzione cognitiva
- Adverse drug withdrawal events (ADWEs) are uncommon with deprescribing and in many cases deprescribing is safe.

ADVERS DRUG REACTIONS



- **Adverse drug reactions (ADRs)** are defined as any noxious, undesired, or unintended response to a therapeutic agent, which may be expected or unexpected, and may occur at dosages used for the prophylaxis, diagnosis, or therapy of disease, or for modifying physiological function

- ADRs are considered a health priority since they are often preventable but can have a substantial impact on health outcomes and increase health care costs [4].

TYPE A

The first classification, suggested by Thomson and Rawlins 1981, classifies ADR into Type A and Type B reactions. **Type A reactions occur in response to drugs given at therapeutic dose and are the result of an abnormal response of an otherwise normal pharmacological effect of a certain medicine.** They are common but unlikely to be associated with a fatal event. On the other hand, **Type B reactions are unrelated to the pharmacological effect or the dosage of the drug and are often fatal.**

TYPE B

- The European Commission has estimated that approximately **5% of all hospital admissions are due to ADRs and 5% of hospitalized patients will experience an ADR during their hospital stay.** In 2008, in Europe, 197,000 deaths per year were attributed to ADRs. Age-related changes in pharmacokinetics, and conditions such as multimorbidity, frailty, and polypharmacy (long-term use of ≥ 5 medications) can play a crucial role in this phenomenon

5% delle cause di ospedalizzazione

Nel 5% delle ospedalizzazioni



- **Polypharmacy** – Use of multiple medications is the strongest risk factor for medication-related problems. However, evidence suggests that use of five or more medications is a useful benchmark for identifying older adults at higher risk .
- **Multimorbidity** – As the number of chronic conditions increases, the risk of drug-disease interactions (medications for one condition adversely affect a concurrent condition) also increases substantially
- **Renal impairment** – Decreased renal function increases the risk for adverse drug events, especially if there is inappropriate medication dosing.
- **Multiple prescribers and transitions of care** – Miscommunication about medications can commonly occur when a patient has multiple prescribers or transitions from one care setting to another (eg, from hospital to a residential care facility or home). This can lead to inadvertent continuation of medications that should have been stopped either because they are causing documented harms or lack ongoing indications for use.
- **Medication nonadherence** – Nonadherence has many causes, including dissatisfaction with medications, difficulty with medication use, and real or perceived adverse effects and/or lack of benefit.
- **Limited life expectancy Preventative medications are often continued up until the end of life, despite changed care goals and the patient being unlikely to benefit in their remaining lifespan [42-45]**. Examples of such therapies include **statins**, **agents for aggressive control of hyperglycemia**, and **bisphosphonates**

C A N C E R P A T I E N T S

ANCORA NON COMUNE

Deprescribing is still unusual for patients with advanced cancer undergoing systemic anti-cancer treatment, although many of these may have a life expectancy below 1 to 2 years.

Discontinuation may be performed safely, without the occurrence of serious adverse events or decrease of survival. The only study that addressed quality of life after deprescribing showed that discontinuation of statins improves quality of life in patients with a LLE

Recurrence of symptoms requiring reintroduction occurred in 0-13% of patients on antihyperglycemic treatment and 8-60% of patients using antihypertensive drugs.

This concept serves multiple aims, for it has been shown that reducing the pill burden of patients with a limited life expectancy can increase quality of life, decrease the risk of side effects or worse clinical outcome, and reduce healthcare costs.

ANCHE SE POTREBBE MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA , RIDURRE IL RISCHIO DI EFFETTI COLATERALI E RIDURRE I COSTI

BEERS CRITERIA

American Geriatrics Society

- This pragmatic trial suggests that **stopping statin medication therapy is safe** and may be associated with benefits including improved QOL, use of fewer nonstatin medications, and a corresponding reduction in medication costs.
- Alfa litici alfa 1 (rischio di ipotensione e caduta) Falls occur more often with advancing age. Each year, approximately 30% to 40% of people aged 65 years and older who live in the community fall.¹ Roughly half of all falls result in an injury,² of which 10% are serious,³ and injury rates increase with age.⁴ The direct medical costs for falls total nearly \$30 billion annually;
- Antipsicotici di prima generazione ed atipici: Increased risk of stroke and greater rate of cognitive decline and mortality in persons with dementia. Additional evidence suggests an association of increased risk between antipsychotic medication and mortality independent of dementia.
- Benzodiazepine: Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; the continued use of benzodiazepines may lead to clinically significant physical dependence. In general, all benzodiazepines increase the risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults.



Antistaminici: forti anticolinergici (bocca secca, confusione, costipazione). Rischio di delirium anche in adulti giovani;

- Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (“Z-drugs”) have adverse events similar to those of benzodiazepines in older adults (e.g., delirium, falls, fractures, increased emergency room visits/hospitalizations, motor vehicle crashes);
- PPI have been associated with risk of C. difficile infection, pneumonia, GI malignancies, bone loss, and fractures.



Deprescribing in palliative patients with cancer: a concise review of tools and guidelines

Lisanne N. van Merendonk¹ · Mirjam Crul²

Received: 6 July 2021 / Accepted: 28 September 2021 / Published online: 7 October 2021
© The Author(s) 2021

TOOLS SPECIFICS FOR CANCER PATIENTS

- **OncPal**, aimed at patients with a life expectancy < 6 months;
- **Futility criteria** (Oliveira ed al.), for patients with a life expectancet < 6 months;
- **6-step method**, for advanced cancer patients;
- **Steps to deprescribe**, for older patients with cancer;
- **Preventive medication** (Todd et al.), aimed at patients with a life-limiting illness;
- **Medications for chronic diseases** (Garfinkel et al.), aimed at end-stage cancer patients in hospice.

TOOLS NON SPECIFIC FOR CANCER PATIENTS

- Beers Criteria, aimed at geriatric population;
- STOPP, developed for older people;

FINDINGS: MARIN ET AL.

- 266 cancer patients,
- Retrospective database review,
- OncPal was used to assess PIMs,
- % of PIMs: 21% before and 14% after the study;

PIMs most frequently prescribed:

- Vitamins;
- Minerals;
- Anti-hypertensive drugs;
- Drugs used in prophylaxis of peptic ulcer.

FINDINGS: WENEDY ET AL.

- 6158 cancer patients in home hospice care;
- Retrospective study;
- OncPal to assess appropriateness of discontinuation;

PIMs most frequently prescribed:

- Omeprazole;
- Furosemide;
- Simvastatin.

FINDINGS OF THE STUDY: LINDSAY ET AL.

- 61 palliative care cancer patients with a life expectancy < 6 months;
- Prospective, non interventional cohort study;
- % of PIMs: 21.4%.

Most commonly prescribed PIMs:

- Anti-hypertensive drugs;
- Dyslipidemic agents;
- CAMs.

STUDY FINDINGS: GARFINKEL ET AL.

- 202 end stage cancer patients at moment of admission to home hospice care
- Retrospective chart review;
- Criteria: medications for chronic diseases, excluding oncological treatments; appropriateness of preventative medications was not assessed;

2 months before death:

- 31% of patients were treated with statins;
- 23% with aspirin;
- 16% with BP-lowering drugs.

STUDY FINDINGS: OLIVEIRA ET AL.

- 448 cancer patients referred to the palliative care service of oncology institute;
- Retrospective analysis;
- Focus on the prescription of gastric protectors, BP-lowering drugs, antidiabetics, anticoagulants, antidementia drugs, statins;

Futility within categories:

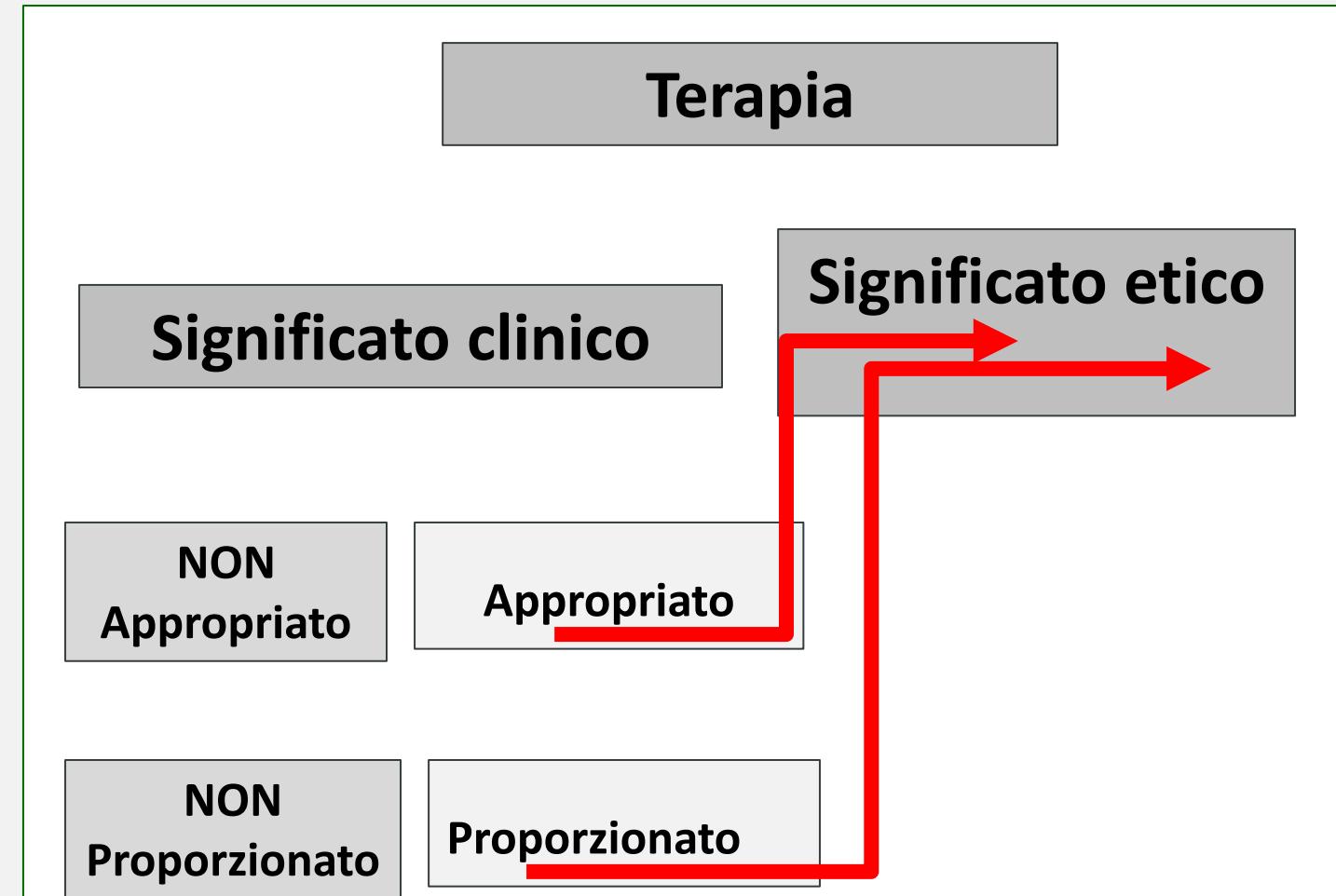
- Statins: 97%;
- Gastric protectors: 50%;
- BP-lowering drugs: 27%
- Antidiabetic: 1%
- Biphosphonates: 26%
- Antidementia: 100%

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE

- Nel fine vita

SIGNIFICATO CLINICO

SIGNIFICATO ETICO



NUTRITION

In questo caso la nutrizione

Che significato clinico aveva ?



NUTRITION

In questo caso la nutrizione

Che significato clinico aveva ?



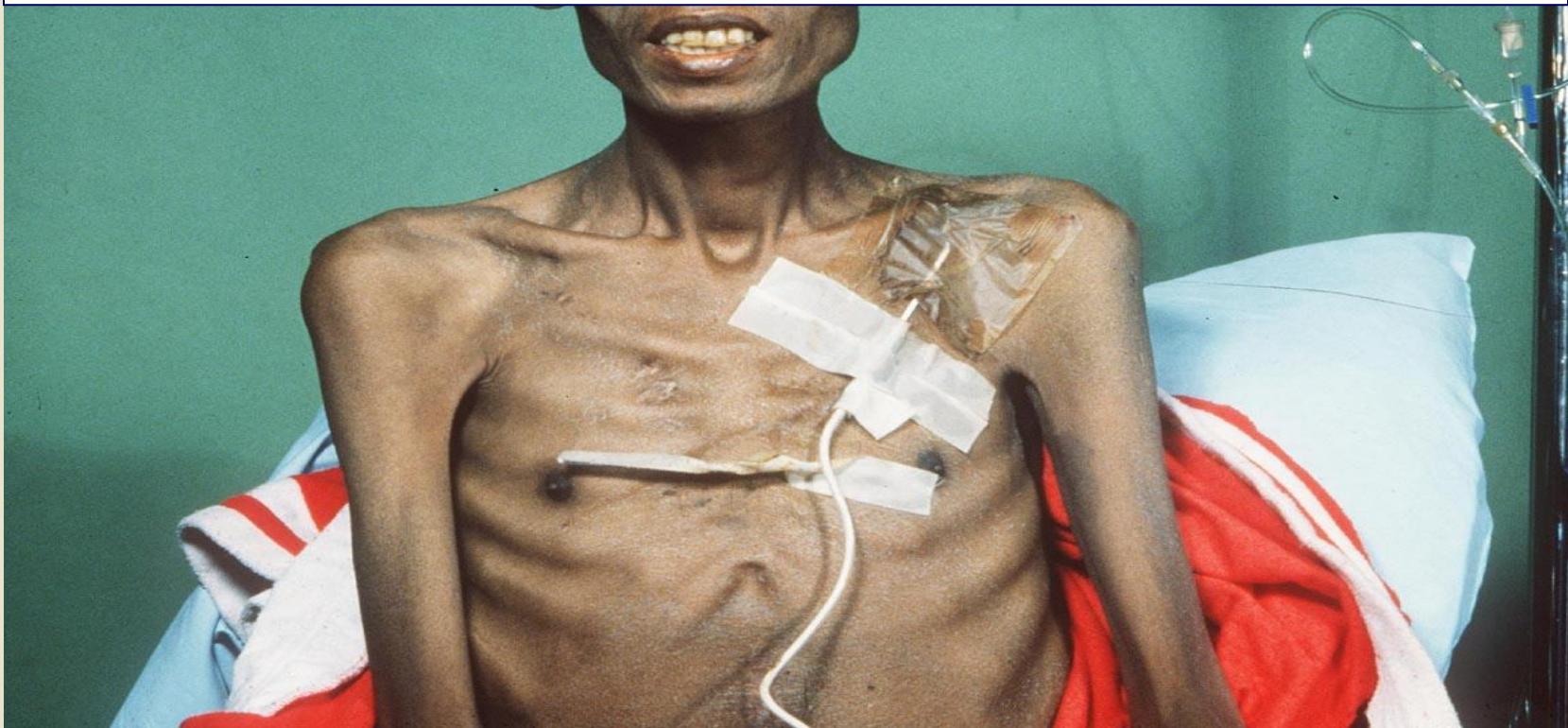
Terapia salvavita. Terapia quindi possibile oggetto di DAT

**La CACHESSIA NEOPLASTICA
refrattaria**

**Non si cura con la nutrizione
perché non si risolve con la
nutrizione**

NUTRITION

**In questo caso la nutrizione
Che significato clinico ha ?
CACHESSIA NEOPLASTICA**



NUTRITION

Clinical Nutrition 40 (2021) 2898–2913



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>

2021

ESPEN Guideline

ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer



Maurizio Muscaritoli ^{a,*}, Jann Arends ^b, Patrick Bachmann ^c, Vickie Baracos ^d,
Nicole Barthelemy ^e, Hartmut Bertz ^b, Federico Bozzetti ^f, Elisabeth Hütterer ^g,
Elizabeth Isenring ^h, Stein Kaasa ⁱ, Zeljko Krznaric ^j, Barry Laird ^k, Maria Larsson ^l,
Alessandro Laviano ^a, Stefan Mühlbach ^m, Line Oldervoll ⁿ, Paula Ravasco ^o,
Tora S. Solheim ^p, Florian Strasser ^q, Marian de van der Schueren ^{r,s}, Jean-Charles Preiser ^t,
Stephan C. Bischoff ^u

NUTRITION

Il supporto nutrizionale dovrebbe essere valutato con attenzione se il paziente sta ricevendo una chemioterapia

C'è un generale consenso sul fatto che una incondizionata nutrizione artificiale in tutti i pazienti sottoposti a chemioterapia palliativa è associata PIU' a SVANTAGGI che a BENEFICI , e dovrebbe essere evitata.....

patients with advanced cancer

Nutritional support should receive special consideration if patients are receiving palliative anti-cancer treatment. There is agreement that unconditional artificial nutrition in all patients undergoing anticancer therapy is associated overall with more harm than benefit [193,394,456] and should be avoided [6,7,9]. However,

- [193] Klein S, Koretz RL. Nutrition support in patients with cancer: what do the data really show? *Nutr Clin Pract* 1994;9:91–100.
- [394] Koretz RL, Lipman TO, Klein S. AGA technical review on parenteral nutrition. *Gastroenterology* 2001;121:970–1001.
- [456] Koretz RL. Do data support nutrition support? Part II. Enteral artificial nutrition. *J Am Diet Assoc* 2007;107:1374–80.

NUTRITION

Se un paziente morente ha fame, vuol dire che la diagnosi di fase terminale è sbagliata

appropriate comfort [469]. A patient who has been classified as imminently dying but is awake and is hungry may have been misdiagnosed. In such cases, the patient should be reassessed and may require treatment. Routine hydration showed no improvement in [465] or only limited effects [468,470] on symptoms and quality of life in cancer patients who are imminently dying [468,470,471].

Artificial hydration should not be used for thirst palliation or mouth dryness (often caused by medications like opioids) [468]; oral care measures are effective to comfort these patients [205,469,473].

Nella fase terminale l'idratazione artificiale non dovrebbe essere utilizzata per la secchezza delle fauci, ma sono efficaci le cure del cavo orale ..

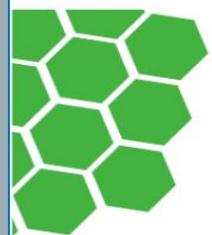
NUTRITION

DISTINGUISHING STARVATION FROM CACHEXIA.”

	<u>Starvation</u>	<u>Cachexia</u>
Appetite	Late suppression	Early suppression
BMI	Not predictive of mortality	Predictive of mortality
Albumin	Low in late phase	Low in early phase
Cholesterol	May remain normal	Low
Total lymphocyte count	Low, responds to re-feeding	Low, no response to re-feeding
Cytokines	Little data	Elevated
Inflammation	Usually absent	Present
With re-feeding	Reversible	Resistant

Thomas, D. “Distinguishing Starvation from Cachexia.” *Clinics in Geriatric Medicine*. 2002; 18: 883-891

NUTRITION



Linee guida

TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLA CACHESSIA NEOPLASTICA

Edizione 2021

Certezza Globale delle prove	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
Bassa	<p>La nutrizione artificiale può essere presa in considerazione come prima opzione in alcune categorie di pazienti, ossia con malnutrizione severa o ipofagia, quando l'introito calorico per via naturale è significativamente ridotto e rimane inadeguato per un periodo prolungato di tempo.</p> <p>La nutrizione artificiale può essere indicata esclusivamente nei pazienti la cui malnutrizione, e non la progressione di malattia, rischi di condizionare significativamente la prognosi (48).</p>	Condizionata a favore

2021

COI: nessun conflitto dichiarato

Indicazione Nutrizione enterale/parenterale:

- * Efficacia non dimostrata
- * Indicata solo se:
 - 1. Attesa di vita è primariamente condizionata dalla malnutrizione più che dalla malattia;
 - 2. Attesa di vita >3 mesi;
 - 3. La malnutrizione determina le condizioni cliniche senza significativa sintomatologia associata,
oppure questa è ben controllata;
 - 4. Il KPS > 50

**Medically assisted nutrition for adult palliative care patients
(Review)**

Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J

**Enteral and Parenteral Nutrition in
Terminally Ill Cancer Patients:
A Review of the Literature**

Sydney Morss Dy, MD, MSc

American Journal of Hospice & Palliative Medicine®
Volume 23 Number 5
October/November 2006 369-377
© 2006 Sage Publications
10.1177/0499091606292167
<http://ajhpm.sagepub.com>
hosted at
<http://online.sagepub.com>

No randomized controlled trials and only 5 prospective non-controlled studies. There are insufficient good-quality trials. The uncontrolled prospective studies would suggest that patients with a good performance status and medium-to long term prognosis (months to years) may benefit from medically assisted nutrition.

There is little evidence for benefit in survival or comfort for patients with weight loss due to cancer cachexia, and there are substantial risks, discomforts, and costs with its use.

NUTRITION

Morss Dy et al, Am J Hosp Palliat Care 2006

**Nessuna evidenza di benefici nel
paziente terminale**

HYDRATION

- In end of life

HYDRATION

PARENTERAL HYDRATION IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER: A MULTICENTER, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED RANDOMIZED TRIAL

Eduardo Bruera, David Hui, Shalini Dalal, Isabel Torres-Vigil, Joseph Trumble, Joseph Roosth, Susan Krauter, Carol Strickland, Kenneth Unger, J. Lynn Palmer, Julio Allo, Susan Frisbee-Hume, and Kenneth Tarleton

ABSTRACT

Purpose

The vast majority of patients with cancer at the end of life receive parenteral hydration in hospitals and no hydration in hospice, with limited evidence supporting either practice. In this randomized controlled trial, we determined the effect of hydration on symptoms associated with dehydration, quality of life, and survival in patients with advanced cancer.

Patients and Methods

We randomly assigned 129 patients with cancer from six hospices to receive parenteral hydration (normal saline 1 L per day) or placebo (normal saline 100 mL per day) daily over 4 hours. The primary outcome was change in the sum of four dehydration symptoms (fatigue, myoclonus, sedation and hallucinations, 0 = best and 40 = worst possible) between day 4 and baseline. Secondary outcomes included Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC), Unified Myoclonus Rating Scale (UMRS), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Dehydration Assessment Scale, creatinine, urea, and overall survival. Intention-to-treat analysis was conducted to examine the change by day 4 ± 2 and day 7 ± 2 between groups.

Results

The hydration ($n = 63$) and placebo ($n = 66$) groups had similar baseline characteristics. We found no significant differences between the two groups for change in the sum of four dehydration symptoms ($-3.3 \text{ v } -2.8, P = .77$), ESAS (all nonsignificant), MDAS ($1 \text{ v } 3.5, P = .084$), NuDESC ($0 \text{ v } 0, P = .13$), and UMRS ($0 \text{ v } 0, P = .54$) by day 4. Results for day 7, including FACIT-F, were similar. Overall survival did not differ between the two groups (median, $21 \text{ v } 15$ days, $P = .83$).

Conclusion

Hydration at 1 L per day did not improve symptoms, quality of life, or survival compared with placebo.

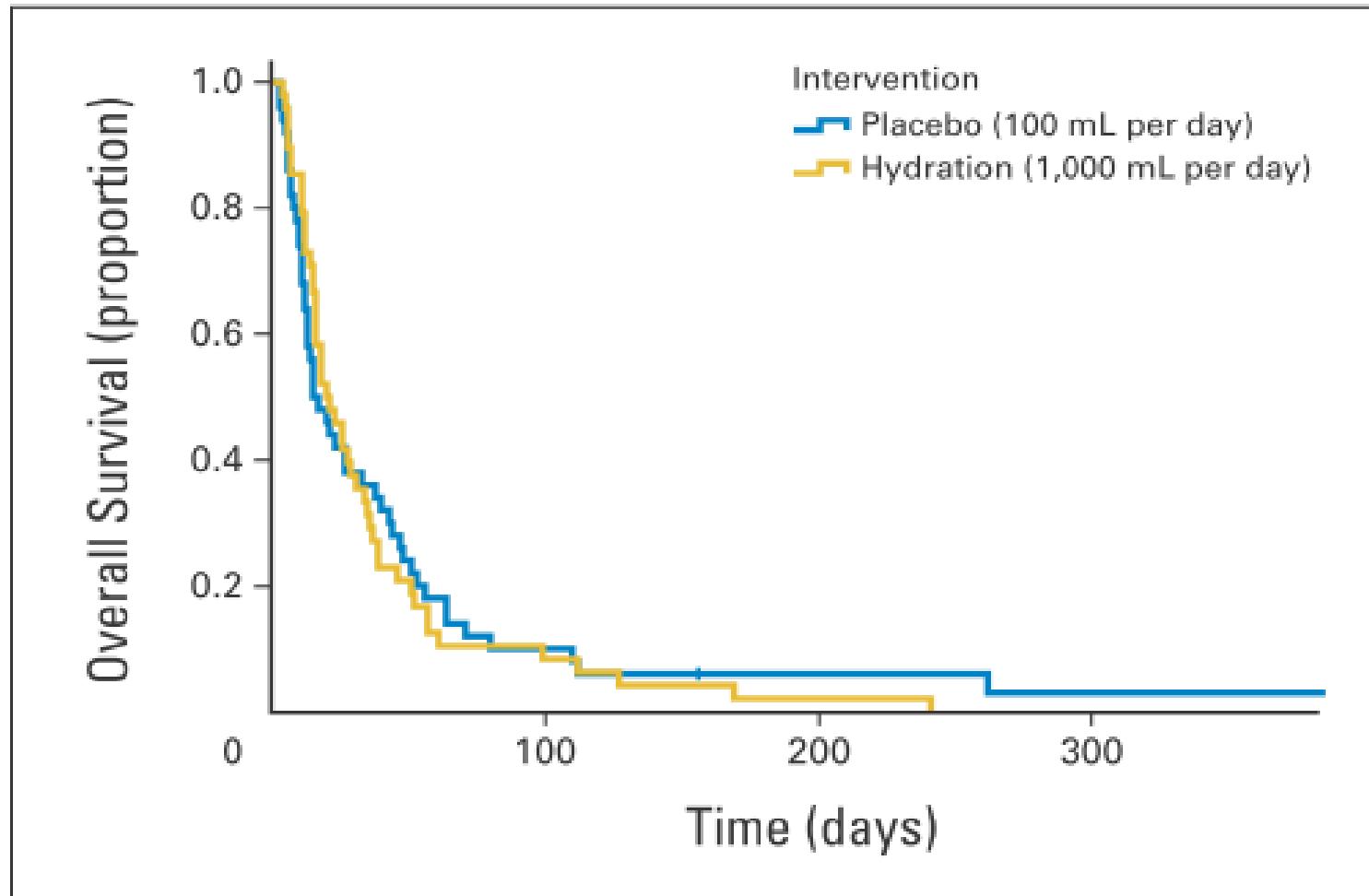
J Clin Oncol 31:111-118. © 2012 by American Society of Clinical Oncology

L'idratazione con 1 l/die NON migliora i sintomi, NON migliora la qualità di vita, NON aumenta la sopravvivenza rispetto al placebo

HYDRATION

Hydration at 1 L per day DID NOT improve symptoms, quality of life, or survival compared with placebo patients under palliative care.

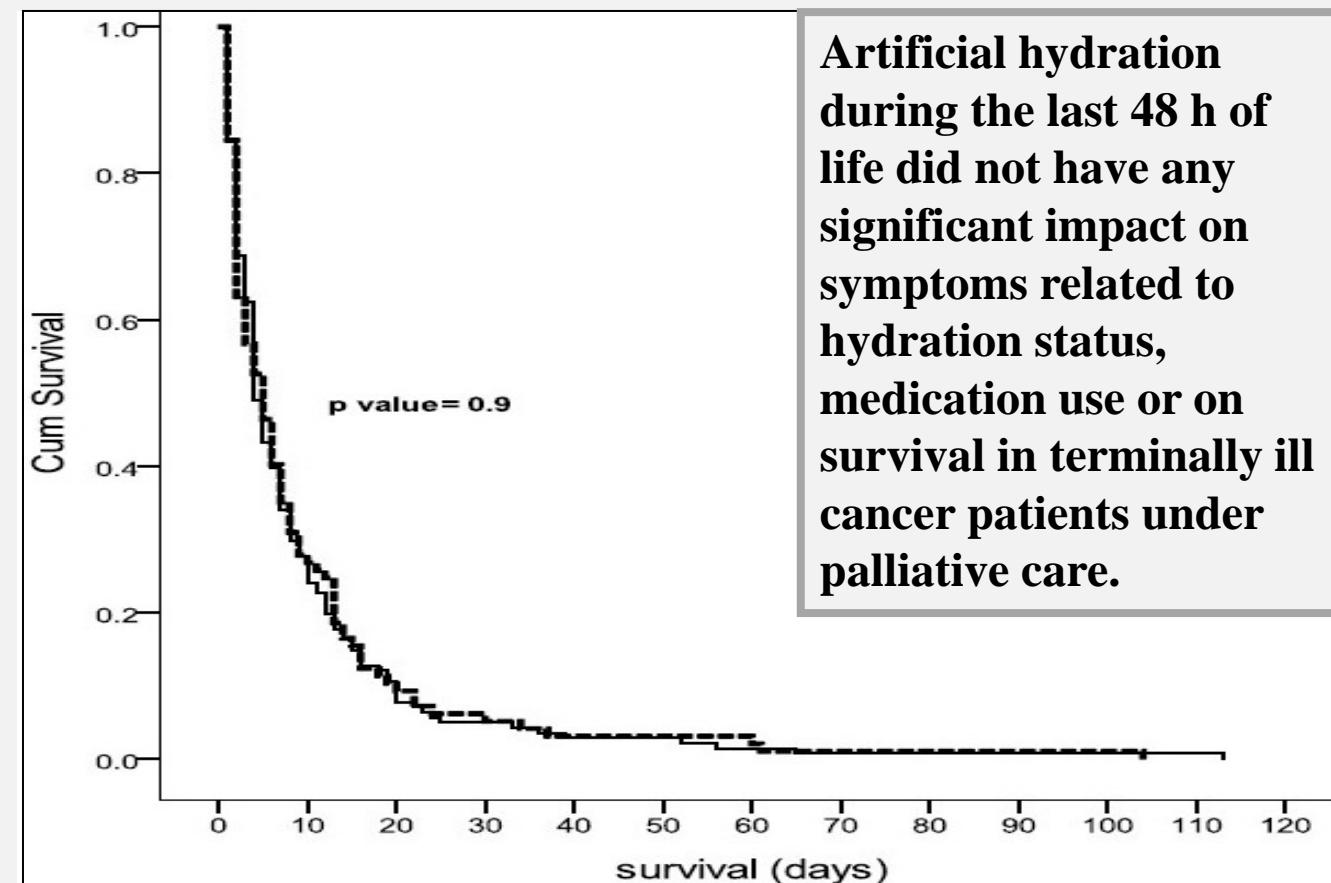
Idratazione artificiale



Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore

Lalit Kumar Radha Krishna, Jissy Vijo Poulose, and Cynthia Goh

Artificial hydration during the last 48 h of life did not have any significant impact on symptoms related to hydration status, medication use or on survival in terminally ill cancer patients under palliative care.



HYDRATION

PALLIATIVE SEDATION



REGIONE
PIEMONTE
Regione Piemonte



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

Università degli Studi di Torino

La condivisione delle scelte di cura come base del nuovo rapporto medico-paziente:

Ore 11.10 Danila Valenti, Cure Palliative, Bologna
"La sedazione palliativa profonda non è atto eutanasico"



Il dottore e il paziente (SteenJan, 1665) danila valenti, jacopo cenacchi

PALLIATIVE SEDATION

34



16-1-2018

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 12

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso internazionale. (18G00005) Pag. 4 di diecimila e quattrocento dieci pagine

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali: a fronte di una valenti, Jacopo cenacchi

PALLIATIVE SEDATION

2. Nei casi di paziente con prognosi infastidita a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Il Medico deve astenersi

- **da ogni ostinazione irragionevole**
- **da Trattamenti inutili trattamenti sproporzionati**

Il Medico può ricorrere, in presenza di sofferenze **REFRATTARIE**, alla **SEDAZIONE PALLIATIVA CONTINUA** in associazione alla terapia del dolore, con il consenso del paziente

La sedazione è motivata e annotata in cartella clinica

PALLIATIVE SEDATION

- “**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 più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, **refrattario**”.

(Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal for operational criteria. J PainSympt Manage 2002; 24: 447-53.-

. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the treatment of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 1994; 10: 31-8)

(da Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa- ottobre 2007

“Il sintomo refrattario è un sintomo che non è controllato in modo adeguato, malgrado sforzi tesi a identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza”

PALLIATIVE SEDATION

I SINTOMI CHE PIÙ FREQUENTEMENTE RICHIEDONO SEDAZIONE

- Delirium pre-mortem
- Dispnea e fame d'aria :
- Dolore incontrollabile

PALLIATIVE SEDATION

Original Article



European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care

Palliative Medicine
23(7) 581–593
© The Author(s) 2009
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216309107024
pmj.sagepub.com
SAGE

Non con morfina , ma con benzodiazepine, neurolettici.....

The Board of the European Association for Palliative Care *Milan, Italy*

Abstract

The European Association for Palliative Care (EAPC) considers sedation to be an important and necessary therapy in the care of selected palliative care patients with otherwise refractory distress. Prudent application of this approach requires due caution and good clinical practice. Inattention to potential risks and problematic practices can lead to harmful and unethical practice which may undermine the credibility and reputation of responsible clinicians and institutions as well as the discipline of palliative medicine more generally. Procedural guidelines are helpful to educate medical providers, set standards for best practice, promote optimal care and convey the important message to staff, patients and families that palliative sedation is an accepted, ethical practice when used in appropriate situations. EAPC aims to facilitate the development of such guidelines by presenting a 10-point framework that is based on the pre-existing guidelines and literature and extensive peer review.

PALLIATIVE SEDATION

sedated group at 0 to 24 hours prior to death, and 69% in the sedated group compared with 38% in the non-sedated group 25 to 48 hours prior death. The percentage of people with delirium at 0 to 24 hours prior to death was also significantly worse in the

Table: survival time comparison between sedated and non-sedated groups, from time of admission or referral

Study	Measurement unit	Survival time in the sedated group	Survival time in the non-sedated group	Comparison
Alonso-Babarro 2010	Mean	64 days (SD 60)	63 days (SD 88)	P value = 0.963, t-test
Bulli 2007 (cohort 1)	Median	23 days	23 days	NS, test not reported
Bulli 2007 (cohort 2)	Median	24 days	17 days	-
Chiu 2001	Mean	28.5 days	24.7 days	P value = 0.43, t-test
Fainsinger 1998	Mean	9 days (SD 5)	6 days (SD 7)	P value = 0.09, t-test
Kohara 2005	Mean	28.9 days (SD 25.8)	39.5 days (SD 43.7)	P value = 0.10, t-test
Maltoni 2009	Median	12 days	9 days	P value = 0.95, log-rank test HR 0.92 (90% CI 0.80 to 1.06)
Maltoni 2012b	Mean	11 days (95% CI 9 to 11)	9 days (95% CI 7 to 11)	P value = 0.51, log-rank test
Muller-Busch 2003	Mean	21.5 days (SD 20.3)	21.1 days (SD 23.6)	NS, t-test

PALLIATIVE SEDATION

Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa



GIUSTIFICAZIONI ETICHE DELLA ST/SP

Le giustificazioni etiche della ST/SP sono presenti sia nella più generale etica Principialista che nelle teorie etiche più specifiche : etica della qualità della vita (EQV) e all'etica della sacralità della vita (ESV).

PALLIATIVE SEDATION

1) *Secondo l'Etica dei principi:*

Principi generali dell'etica medica:

AUTONOMIA: rispetto per l'autodeterminazione del paziente,

BENEFICIALITÀ: fare il bene del paziente

NON MALEFICIALITÀ: non fare il male del paziente

GIUSTIZIA (DISTRIBUTIVA): promuovere un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.

la ST/SP risulta moralmente accettabile **se rispetta l'autodeterminazione (con il consenso) del malato, se promuove il suo bene ed evita un male.**

PALLIATIVE SEDATION

2) *Secondo l'Etica della Qualità della Vita :*

L'EQV- nella versione deontologica : giustifica quindi la moralità delle azioni in base al rispetto del dovere di rispettare la qualità della vita.

L'EQV- nella versione consequenzialista : giustifica la moralità della azioni in base alla conseguenze prodotte sulla qualità di vita.

La ST/SP nell'EQV risulta quindi fondamentale rispettare la volontà del malato poiché è il malato stesso che giudica ciò che è bene per sé stesso; in tal senso, il principio di beneficialità viene subordinato a quello di autonomia. Il miglior bene del malato viene quindi raggiunto rispettando il principio etico di autonomia tramite il ricorso ai tre classici standard del processo decisionale etico, quali:

- 1) **il consenso informato**
- 2) **le direttive anticipate**
- 3) **il giudizio sostitutivo**

PALLIATIVE SEDATION

3) *Secondo l'Etica della Sacralità della Vita:*

L'ESV è un'etica di tipo deontologico caratterizzata dal divieto assoluto di interferire con il finalismo intrinseco alla vita umana, per cui viene anche detta **etica della indisponibilità della vita**

La **giustificazione morale** della ST/SP nell'ESV è tradizionalmente fondata sulla Dottrina del Doppio Effetto, che include sia i criteri dell'intenzionalità che della proporzionalità.

Secondo la dottrina del doppio effetto **è moralmente lecito** attuare **un trattamento che abbia un effetto positivo (alleviamento delle sofferenze) e un possibile o prevedibile effetto negativo** (ipotetica abbreviazione della vita), **purché quest'ultimo non sia intenzionalmente ricercato**.

Tre ulteriori condizioni di liceità:

- 1) **all'assenza di alternative terapeutiche** (obiettivo non altrimenti perseguiabile)
- 2) **proporzionalità fra effetto positivo e negativo** (nel confronto fra trattamento e gravità dei sintomi, l'effetto positivo deve essere prevalente sull'effetto negativo)
- 3) **distinzione fra mezzi ed effetti** (l'effetto negativo, la possibile anticipazione della morte, non deve essere il mezzo per ottenere l'effetto positivo)

ETHICS of CARE



In Cure Palliative

While an ethic of care starts from the premise that everyone should be treated the same—an ethic of justice starts from the premise of nonviolence. One should not . . .
—Carol Gilligan

"The most insightful book on women, men and the differences between them." —Ellen Goodman

Carol Gilligan

Psychological
Theory
and Women's
Development

IN A DIFFERENT VOICE

L'etica della cura . Carol Gilligan

I'Etica della Cura Paradigma di riferimento delle Cure Palliative

Individuano la moralità nell'attitudine a prendersi cura dell'altro

l'attenzione è posta **sull'individuo in relazione e sulla situazione concreta**, piuttosto che su principi morali astratti

Sottolinea la “vita biografica” intesa come insieme di ricordi, intenzioni, progetti, sensazioni , ecc.”

Superamento della “ricerca di giustificazione morale”

Sedazione come atto etico



WHO Definition of PALLIATIVE CARE 2019

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**.

Palliative care:

- **provides relief from pain and other distressing symptoms;**

- **affirms life and regards dying as a normal process;**
- intends neither to hasten or postpone death;
- **integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;**
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- **offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;**
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- **will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;**
- **is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.**

NON SOLO FINE VITA

ORIGINAL ARTICLE

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 Jacobson, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Patients with metastatic non-small-cell lung cancer have a substantial symptom burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

METHODS

We randomly assigned patients with newly diagnosed metastatic non-small-cell lung cancer to receive either early palliative care integrated with standard oncology or standard oncology alone. Quality of life was assessed

From Massachusetts General Hospital, Boston (J.S.T., J.A.G., A.M., E.R.G., V.A., C.M.D., J.J., W.F.P., J.A.B.); the State University of New York, Buffalo (S.A.); Adelphi Palliative Medicine, Department of Anesthesiology, Columbia University Medical Center, New York (C.D.B.); and Yale University, New Haven, CT (T.J.L.). Address reprint requests to Dr. Temel at Massachusetts General Hospital, 55 Fruit St, Yawkey 7B, Boston, MA 02114, or jtemel@partners.org.

N Engl J Med 2010;363:733-42.
Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society.

N Engl J Med 363;8 August 19, 2010

early palliative care had a better quality of life than did patients assigned to standard care (mean score on the FACT-L scale [in which scores range from 0 to 136, with higher scores indicating better quality of life], 98.0 vs. 91.5; $P=0.03$). In addition, fewer patients in the palliative care group than in the standard care group had depressive symptoms (16% vs. 38%, $P=0.01$). Despite the fact that fewer patients in the early palliative care group than in the standard care group received aggressive end-of-life care (33% vs. 54%, $P=0.05$), median survival was longer among patients receiving early palliative care (11.6 months vs. 8.9 months, $P=0.02$).

CONCLUSIONS

Among patients with metastatic non-small-cell lung cancer, early palliative care led to significant improvements in both quality of life and mood. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had less aggressive care at the end of life but longer survival. (Funded by an American Society of Clinical Oncology Career Development Award and philanthropic gifts; ClinicalTrials.gov number, NCT01038271.)

Nei Pazienti
seguiti in cure
palliativi precoci :

Più
consapevoli

Patients who underwent randomization, 27 died by 12 weeks and 107 (of 136 remaining patients) completed assessments. Patients assigned to early palliative care had a better quality of life than did patients assigned to standard care, as measured by scores on the FACT-L scale [in which scores range from 0 to 136, with higher scores indicating better quality of life], 98.0 vs. 91.5; P=0.03). In addition,

Nei Pazienti seguiti in Cure Palliativi Precoci :

meno depressione psichica

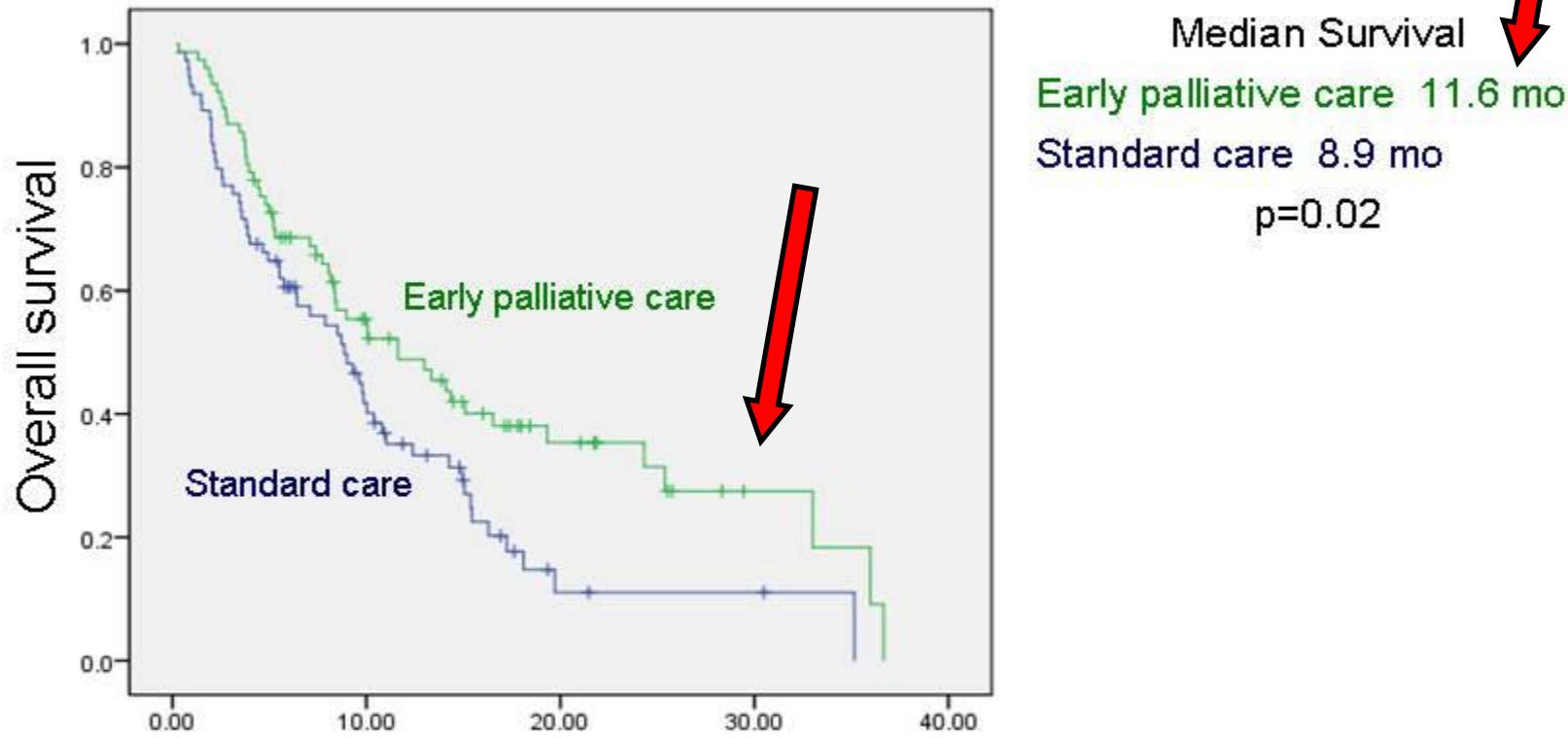
(misurata con scale internazionali validate)

più qualità di vita

(misurata con scale internazionali validate)

meno aggressività con chemioterapia

Survival Analysis

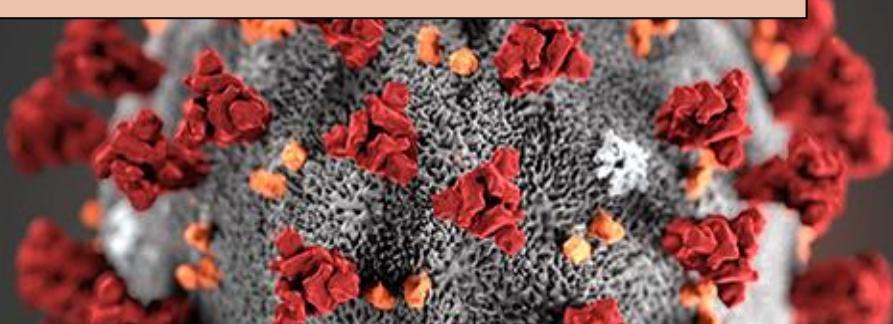


Nei Pazienti seguiti in cure palliativi precoci :

aumento della sopravvivenza di 2,7 mesi

Tesi

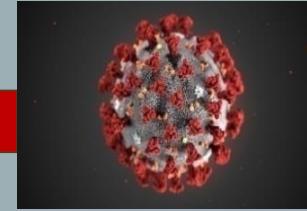
Nella tre ondate dell' emergenza COVID la Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna ha impostato modelli organizzativi diversi, correlati ai diversi bisogni emergenti, alle disponibilità dei DPI, alle conoscenze relative ai dati di efficacia delle terapie proposte per il trattamento della sindrome conseguente all'infezione sintomatica da SARS-CoV 2



Se nell'ambito della **prima ondata** di emergenza COVID, la non ancora matura conoscenza delle terapie utili all'infezione COVID ha reso necessario, **opportuno e appropriato ricoverare pazienti fragili**, pur nel rischio, noto nelle persone anziane, di aumentare il loro stato di fragilità,

nella **seconda ondata** le conoscenze scientifiche maturate hanno definito come **opportuno seguire gli anziani fragili presso il loro domicilio (abitazione o casa di riposo o struttura , casa di riposo/ RSA).**

IL CURIOSO CASO DELLA CASA DEL CLERO



22 dicembre: febbre – 1° Caso di positività al SARS COV-2

29 Sacerdoti

24 dicembre:

Su 29 Sacerdoti

4 sempre stati negativi

Età:

media: 87,4 mediana:
87 (range 97-78)

Indice di Comorbilità di Charlson:
media: 9,3 mediana:
9 (range 17- 4)

Indice di Fragilità sec Scala di Rockwood:
Media: 4,3 mediana:
4 (range 9-2)

25 Positivi

Età:

media: 88 mediana: 88 (range 97-81)

Indice di Comorbilità di Charlson:

media: 9,76 mediana : 9 (range 17-5)

Indice di Fragilità sec Scala di Rockwood:
Media: 4,6 mediana : 4 (range 9-2)

16 Sintomatici

Età:

media: 83,5 mediana: 88 (range 97-81)

Indice di Comorbilità di Charlson:

media: 9,5 mediana : 9 (range 17-8)

Indice di Fragilità sec Scala di Rockwood:

Media: 4,5 mediana : 4 (range 9-2)

13 pazienti FEBBRE > 38°C

2 febbre < 38°C

1 pz non ha presentato febbre

TOSSE in 7

DISPNEA in 6

ASTENIA in 12

VOMITO in 4

DIARREA in 1

SINGHIOZZO in 1

SAT 02 in aria ambiente : < 93 in 14 pz

9 pz = o < 93

5 pz = o < 87 (1 pz a 74, 1 pz a 80, 2 pz a 83
e 1 pz a 87)

16 Sintomatici

Età:

media: 83,5 mediana: 88 (range 97-81)

Indice di Comorbilità di Charlson:

media: 9,5 mediana : 9 (range 17-8)

Indice di Fragilità sec Scala di Rockwood:

Media: 4,5 mediana : 4 (range 9-2)

OSSIGENO TERAPIA :

6 Pz (con una media di 3,1 litri al minuto - range 2-4) di cui 2 presenti pre-prescritta per patologie non covid relate.

ANTIBIOTICOTERAPIA :

5 Pz

per 3 pz iniziata in 6°, 5° e 3° giornata dalla comparsa di Febbre da COVID (rispettivamente eseguiti 3 antibiotici, 2 antibiotici e 3 antibiotici)

per 2 pz la terapia antibiotica è stata eseguita per patologie non COVID relate

TERAPIA CORTISONICA :

4 Pz

in 2 pz per sintomatologia da COVID (la terapia è stata iniziata in 9° e 4° giornata dall'inizio dei sintomi)

in 2 pz per patologie NON COVID

ad una dose che, per personalizzazione della terapia, non ha mai superato i 16 mg di metilprednisolone per os.

IDRATAZIONE ARTIFICIALE :

1 Pz, 500 + 500 cc per via endovenosa

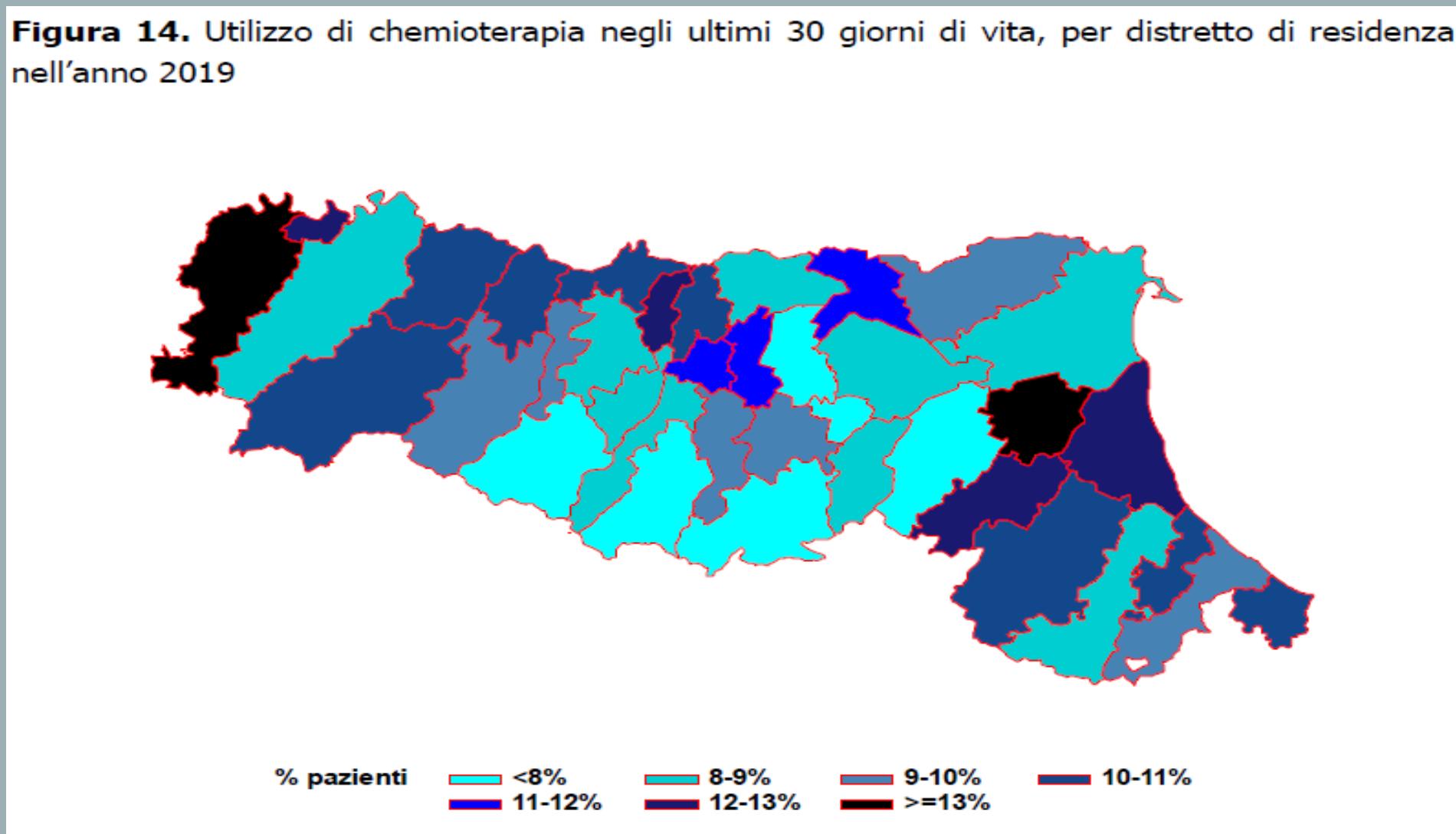
Deceduto solo paziente in fase terminale di malattia oncologica, oncologica per la malattia

HANNO TUTTI SUPERATO L'INFEZIONE

SONO INDICATORI INDIRETTI DI QUALITÀ DI VITA ?

- Riduzione dei decessi in Ospedale
- Riduzione degli accessi in PS
- Riduzione delle terapie oncologiche nell'ultimo mese di vita

Figura 14. Utilizzo di chemioterapia negli ultimi 30 giorni di vita, per distretto di residenza nell'anno 2019



REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2022

Figura 1. % Pazienti in trattamento con antineoplastici negli ultimi 30 gg di vita per Azienda di Residenza

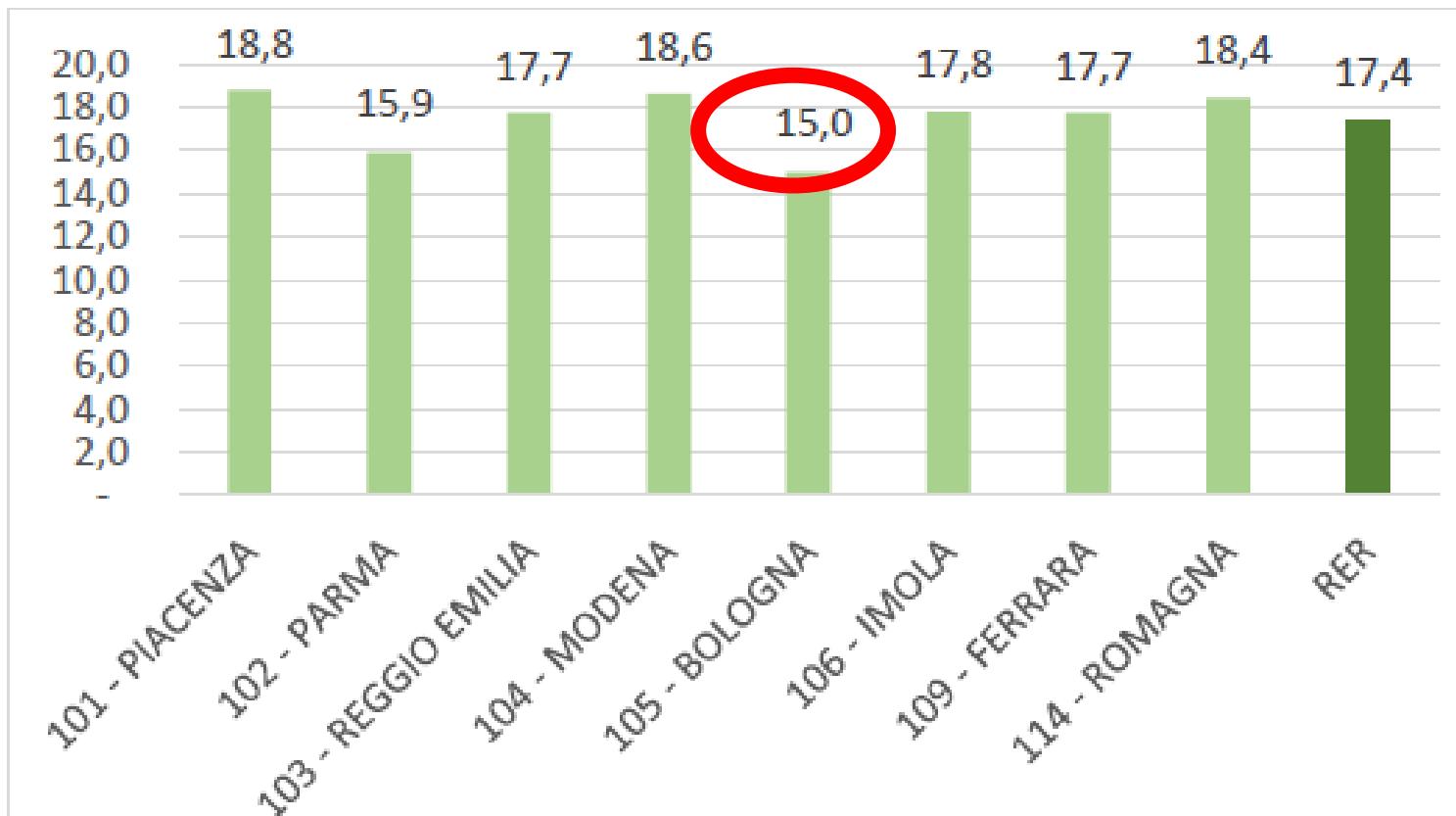


Tabella 1. Dati per Azienda Sanitaria di residenza e per Azienda Sanitaria erogatrice

Azienda Sanitaria Anno 2022	N° deceduti onco per Az. Residenza	N° Paz in trattamento farmacologico onco ultimi 30 gg per Az. Resid.	% Paz in trattamento farmacologico onco ultimi 30 gg per Az. Resid.	Spesa farmaci onco per Az. Residenza	N° Paz resid. RER in trattamento farmacologico onco ultimi 30 gg per Az. Erog.	Spesa resid. RER farmaci onco per Az. Erogatrice
101 - PIACENZA	1.170	220	18,8	194.191	221	192.577
102 - PARMA	1.691	269	15,9	326.415	176	118.843
902 - AOSPU PARMA					110	177.687
103 - REGGIO EMILIA	1.864	330	17,7	537.281	321	523.430
104 - MODENA	2.712	504	18,6	631.230	430	494.149
904 - AOSPU MODENA					114	161.609
105 - BOLOGNA	3.266	490	15,0	681.945	301	224.958
908 - IRCCS S. ORSOLA					225	532.599
960 - I.O.R.					3	10.819
106 - IMOLA	489	87	17,8	86.847	75	40.422
109 - FERRARA	1.734	307	17,7	397.031	165	110.425
909 - AOSPU FERRARA					149	258.714
114 - ROMAGNA	4.353	800	18,4	978.067	667	766.500
IRST					152	220.275
RER	17.279	3.007	17,4	3.833.007		3.833.007

dato relativo al territorio bolognese

Nella tabella i dati dell'AUSL di BOLOGNA :

Anno	ChTp negli ultimi 30 giorni di vita	ChTp negli ultimi 14 giorni di vita	Nuova ChTp negli ultimi 30 giorni di vita	Nuova ChTp negli ultimi 30 giorni di vita
2015	18,2%	8,1%	3,1%	1,3%
Delta	-10,3	-4,6	-1,4	-0,4
2019	7,9%	3,5%	1,7%	0,9%

Le evidenze di una riduzione di terapie, come le evidenze per le terapie comprensive, sono notevoli in tutta la Regione Emilia Romagna .

dato relativo alle Oncologie AUSL di Bologna , non a tutto il territorio bolognese

Imola e Bologna presentano i dati migliori (6,0 e 7,9% di chemioterapia negli ultimi 30 giorni - e 0,6 e 1,7 di NUOVE chemioterapie negli ultimi 30 giorni) con anche delta 2019-2015 molto significativi (pari a -12,1% a Imola e -10,3% a Bologna per le chemioterapie negli ultimi 30 giorni).

Tabella 3. Farmaci antineoplastici più utilizzati negli ultimi 30 giorni di vita, per principio attivo e relativo costo, per Azienda di residenza (estratto pari al 50% della spesa totale)

ATC - PRINCIPIO ATTIVO	N	costo totale	costo medio	% costo relativo	% relativa pazienti
L01FF02 - PEMBROLIZUMAB	180	536.420	2.980	13,99	5,99
L01EB04 - OSIMERTINIB	48	294.192	6.129	7,68	1,60
L04AX06 - POMALIDOMIDE	25	200.182	8.007	5,22	0,83
L01EL01 - IBRUTINIB	28	172.155	6.148	4,49	0,93
L02BB04 - ENZALUTAMIDE	52	144.591	2.781	3,77	1,73
L01FF01 - NIVOLUMAB	65	131.776	2.027	3,44	2,16
L04AX04 - LENALIDOMIDE	53	131.648	2.484	3,43	1,76
L01FC01 - DARATUMUMAB	19	122.102	6.426	3,19	0,63
L01FF05 - ATEZOLIZUMAB	50	112.391	2.248	2,93	1,66
L01EC02 - DABRAFENIB	20	106.761	5.338	2,79	0,67
L02BX03 - ABIRATERONE	35	100.692	2.877	2,63	1,16
L01FX04 - IPILIMUMAB	17	81.388	4.788	2,12	0,57

N.B. Alcuni pazienti hanno assunto più tipologie di farmaci

Effects of 24/7 palliative care consultation availability on the use of emergency department and emergency medical services resources from non-oncological patients: a before-and-after observational cohort study

POPULATION



2831 patients under home Palliative Care followed up in their last 90 days of life
Metropolitan area of Bologna (IT)

Adjusted results

1

Reduced ED admission rate

IRR: 0.390 (0.265 - 0.579). p<0.001

2

Reduced EMS interventions rate

IRR: 0.413 (0.276 - 0.618). p<0.001

3

Reduced Death in hospital probability

OR: 0.321 (0.219 - 0.472). p<0.001

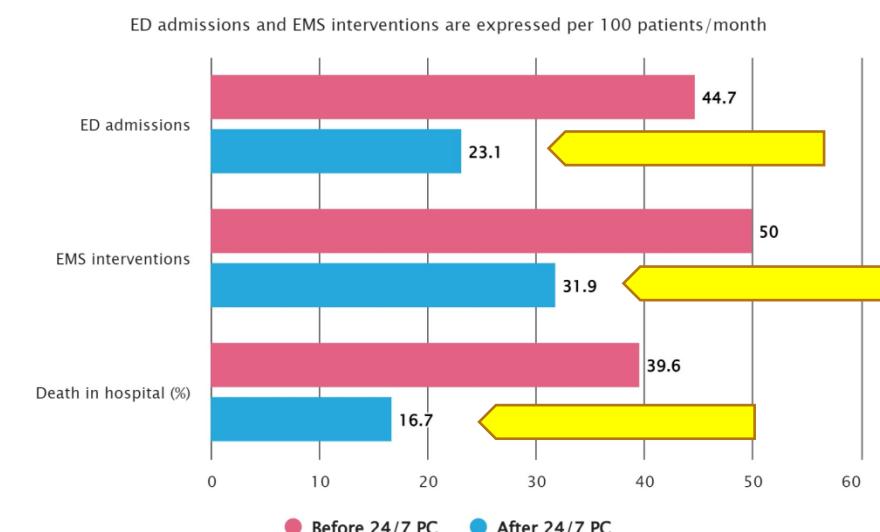
DOI: 10.1136/spcare-2023-004412

INTERVENTION



Extension of 24/7 palliative care consultation to non-oncological patients

Raw effects (non-oncological pts)



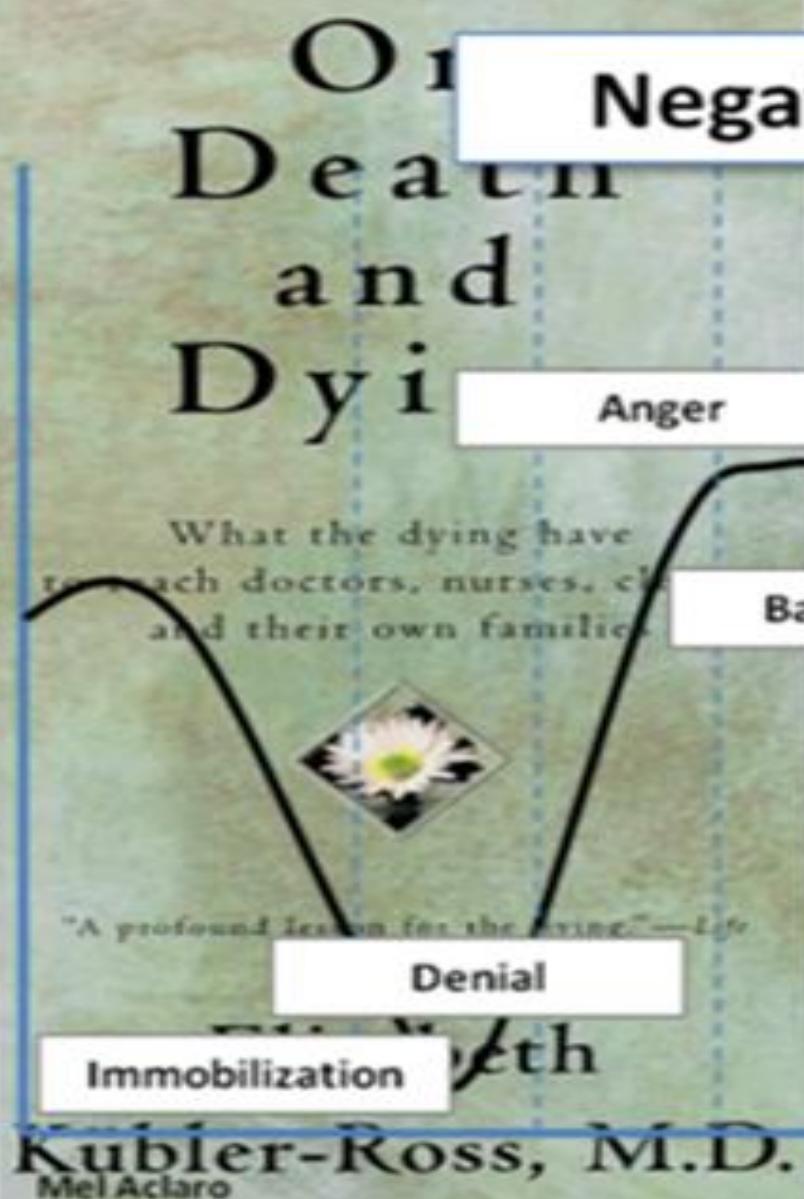
PERCORSO DI CONSAPEVOLEZZA

DEL PAZIENTE

DELLA FAMIGLIA

DEI MEDICI E INFERMIERI

DELLA SOCIETÀ



COMUNICAZIONE ONESTA

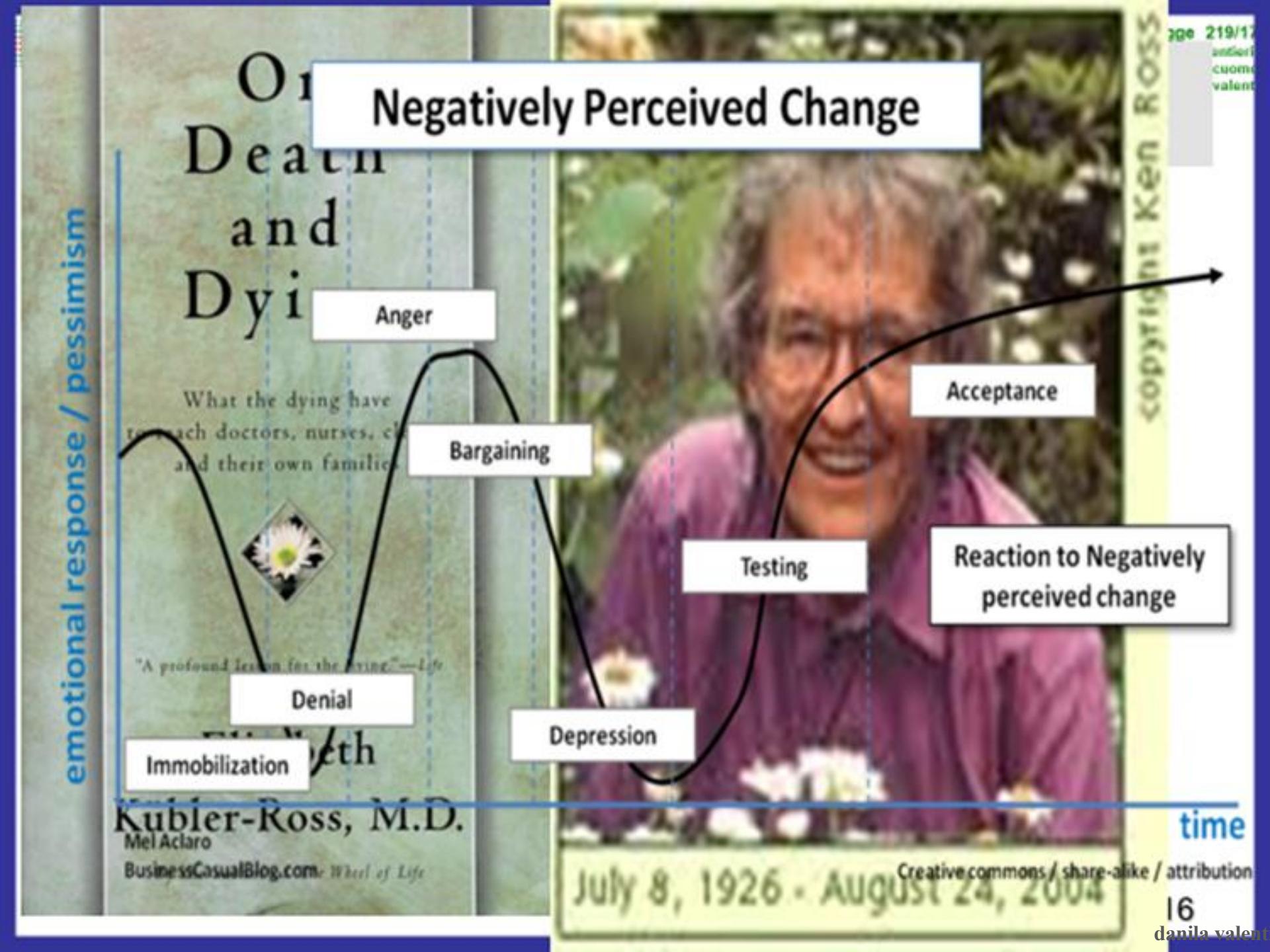
RESPONSABILITA' SOCIALE
di/nel
RICONOSCERE L'IMPORTANZA SOCIALE DELLA
CONSAPEVOLEZZA

QUALITY OF LIFE

Raggiungere la maggiore consapevolezza possibile
è solo un DOGMA ETICO ?

Cure Palliative e Qualità di Vita.....nella malattia

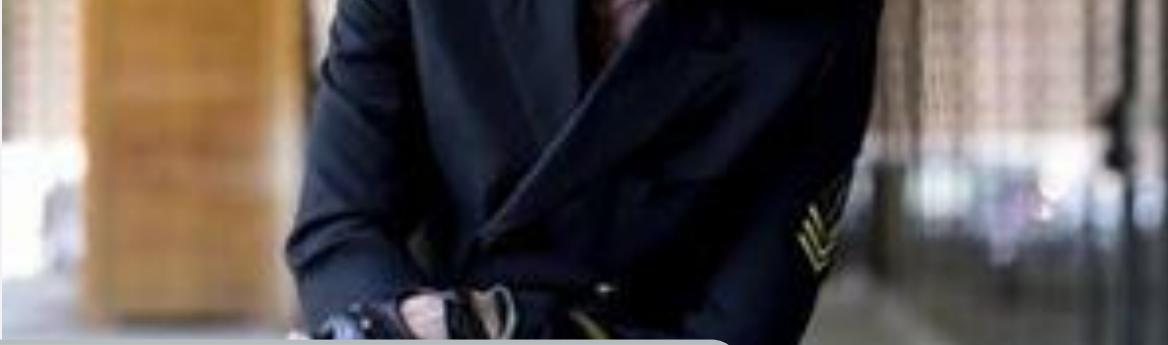
DA COSA DIPENDE LA MIA QUALITA' DI VITA ?





Responsabilità
personale e sociale
della consapevolezza

Calman's GAP



SI' - SOSTENERE UNA SPERANZA



LA SPERANZA sì. Ma la SPERANZA è' CONSAPEVOLE .



MA NON ALIMENTARE UN'ILLUSIONE