

FELICE E. AGRÒ\*

## QUALITÀ DELLA VITA E DIGNITÀ DELLA PERSONA CON DOLORE CRONICO PERSISTENTE: IL RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE

SOMMARIO: 1. *Introduzione.* 2. *Antropologia del dolore.* 3. *Obiettivi di fine vita.* 4. *Principi etici.* 5. *La morte.* 6. *L'eutanasia.* 7. *Aspetti medici delle cure palliative.* 7. 1. *L'approccio ai sintomi più frequenti alla fine della vita.* 7. 1. 1. *L'astenia.* a. *Terapia dell'astenia.* b. *Controllo dell'anemia.* c. *Controllo del dosaggio di farmaci.* d. *Terapia farmacologia.* e. *Terapie non farmacologiche.* 7. 1. 2. *Il dolore.* a. *Note di epidemiologia.* b. *Patogenesi.* c. *Clinica del dolore oncologico.* 7. 1. 3. *Sintomi neuro-psichiatrici.* a. *Disturbi del sonno.* 7. 1. 3. 1. *Confusione mentale e sintomi psicotici.* a. *Disordini mentali.* b. *Terapia dei disordini mentali.* d. *Depressione.* e. *Terapia della depressione.* 7. 1. 4. *Sintomi gastrointestinali.* a. *Anoressia.* b. *Terapia dell'anoressia.* c. *Nausea e vomito.* d. *Alterazioni della motilità intestinale.* 7. 1. 5. *Lesioni cutanee.* a. *Trattamento delle lesioni cutanee.* 7. 1. 6. *Infezioni ricorrenti.* a. *Sintomi.* b. *Prevenzione.* c. *Trattamento.* 7. 1. 7. *Alterazioni idroelettrolitiche.* a. *Terapia.* 7. 1. 8. *I sintomi alla fine della vita.* a. *La sedazione terminale.* 8. *Cure palliative: approccio globale al paziente.* 8. 1. *Il team di cure palliative.* 8. 2. *Cure palliative in regime di assistenza domiciliare.* 8. 3. *Concetto e significato di Hospice.*

### 1. INTRODUZIONE

LE possibilità odierne della medicina consentono di superare limiti prima invalicabili grazie alle crescenti specializzazioni della scienza medica. Nei paesi industrializzati lo sviluppo della medicina ha portato ad un aumento del numero di malattie che sono guaribili o comunque curabili e quindi all'allungamento della vita media e all'incremento del numero di pazienti affetti da malattie croniche evolutive ad esito infausto che inevitabilmente costituiscono delle situazioni molto complesse da gestire. Oggi l'estremo tecnicismo applicato alla scienza medica porta ad una visione frammentata del malato e dell'approccio terapeutico, e questo mal si adatta alle esigenze reali della cura del malato terminale con il rischio di non rivolgere una sufficiente attenzione alla qualità di vita del malato e alla sofferenza soggettiva. Oggi il malato si

\* Direttore della Cattedra e Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore, presso l'Università Campus Bio-medico di Roma, Facoltà di Medicina e Chirurgia, via Emilio Longoni 83, 00155 Roma.

Hanno collaborato alla stesura di quest'articolo: Bruno Marcello Fusco, Almerinda D'Antuono, Massimiliano Parassiti, ricercatori presso la Cattedra e Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore.

trova ad usufruire dei vantaggi della scienza medica ultratecnologica ma allo stesso tempo a subirne la disumanizzazione.

In questo contesto nascono le cure palliative per aiutare il paziente a convivere nel miglior modo possibile con la sua malattia. La medicina delle cure palliative è un servizio alla salute che cura i sintomi e allevia i dolori. Esistono malattie incurabili ma non esistono malati incurabili; quando non esiste più la possibilità di guarire esiste infatti la possibilità di curare.

Sebbene si inizi a parlare di controllo del dolore negli anni '50, solo negli anni '70 in Inghilterra si sviluppa il concetto di cure palliative: cura globale e multidisciplinare. In Italia solo dalla metà degli anni '80 si comincia a parlare di cure palliative. Nel 1986 viene costituita la S.I.C.P. (Società Italiana di Cure Palliative). Negli anni '80 non esiste ancora una specializzazione post-universitaria in questa disciplina.

Si inizia così ad affrontare in modo globale lo stato di sofferenza, caratterizzato da dolore grave e cronico, nonché tutti i sintomi di accompagnamento fisici, psicologici, sociali e spirituali. La presa in carico globale vuole migliorare il più possibile la qualità di vita del paziente durante il decorso di ogni malattia inguaribile e progressiva.

Per capire come curare il malato è necessario entrare nella sua dimensione ed è quindi fondamentale capire il problema del dolore cronico. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore: «Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale».<sup>1</sup>

Il dolore è un fenomeno complesso, in quanto esperienza vissuta e non semplice sensazione fisica che non è dissociabile dalla sofferenza intesa come stato soggettivo. Esso acquista un significato diverso a seconda del contesto in cui il paziente si trova ed acquista un significato diverso in base all'interpretazione che ne viene data.

## 2. ANTROPOLOGIA DEL DOLORE

Il dolore è caratterizzato da quattro componenti: la componente somatica, l'ansia, la rabbia e la depressione. La componente somatica causa *dolore*, debolezza e vari effetti collaterali. L'*ansia* è causata dalla paura del ricovero e dell'ospedale, dalla preoccupazione per la famiglia, dalla paura della morte,

<sup>1</sup> F. E. AGRÒ, *La malattia e la sofferenza nell'uomo, in quanto unità somatico-spirituale: inquadramento anatomico-fisiologico ed approccio clinico*, in R. ESCLANDA, F. RUSSO (a cura di), *Homo Patiens. Prospettive sulla sofferenza umana*, Armando, Roma 2003, p. 18.

dall'inquietudine spirituale, dalla paura del dolore, dai problemi finanziari, dall'incertezza per il futuro, dalla perdita della dignità e del controllo del proprio corpo. La *depressione* è determinata dalla perdita della posizione sociale, dalla perdita del prestigio professionale e del guadagno, dalle alterazioni dell'aspetto, dalla stanchezza cronica, dall'insonnia, dal *senso di abbandono*. La *rabbia* invece cresce con le difficoltà burocratiche, con la mancanza delle visite di amici, con il ritardo della diagnosi, con la scarsa reperibilità dei medici, con il fallimento terapeutico. Il concetto di dolore totale racchiude in sé tali componenti, e ben esprime il campo di intervento delle cure palliative.

Il dolore, in generale, può avere caratteristiche di tipo acuto e cronico. Il dolore acuto è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali nell'ambiente o nell'organismo stesso. È quindi un dolore "utile", che prima di essere affrontato e trattato va capito, interpretato e inserito nel corretto nesso etiopatogenetico per un'adeguata, quando possibile, terapia della patologia causale.

Il dolore cronico deve essere considerato in modo diverso e deve tener conto di diverse condizioni:

- condizione patologica nota che provoca il dolore e in buona parte non aggredibile;
- dolore persistente nel tempo;
- presenza continua del dolore per cui si instaura un circolo vizioso di depressione, ansia e altri disturbi emotivi, il dolore diviene sindrome autonoma con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali caratteristici della persona.

Allora il dolore diviene un sintomo "inutile" e va trattato nel modo più tempestivo e completo possibile. In questo senso, il dolore cronico non rappresenta solo una estensione temporale del dolore acuto, ma assume caratteristiche qualitative completamente diverse, che necessitano di un approccio mentale, culturale e professionale opposto.<sup>2</sup>

Se il dolore fosse caratterizzato solo da una componente anatomica, ogni lesione dovrebbe accompagnarsi al dolore e in mancanza di lesioni non dovrebbe esserci dolore. In realtà il dolore può essere presente anche in assenza di lesione, perché è una esperienza soggettiva, individuale non correlabile alla quantità di tessuto danneggiato.<sup>3</sup>

Nella multidimensionalità del dolore rientra anche lo stress fisico che non solo accompagna il dolore ma lo modula, e lo causa aumentando l'attività dei sistemi responsabili della stimolazione nociva aprendo i cancelli di controllo a vari livelli del nevrasso. La sensazione può essere quindi potenziata sia dallo

<sup>2</sup> Cfr. *ibidem*, pp. 38-41.

<sup>3</sup> Si veda H. LEVENTHAL, D. EVERHART, *Emotion, pain and physical illness*, in C. E. IZARD (ed.), *Emotion and psychopathology*, Plenum, New York 1970. Cfr. anche: H. F. BEECHER, *Relationship of significance of wound to the pain experienced*, «Jama», 161 (1956), pp. 1609-1613.

stress fisico che dalla depressione. Altri fattori fondamentali per la percezione del dolore sono i fattori familiari ed etno-culturali. Questi ultimi determinano la qualità e la manifestazione del dolore. È importante però considerare che è il dolore stesso ad agire anch'esso sullo stato emotivo. Infatti il dolore acuto si accompagna frequentemente ad ansia mentre il dolore cronico a depressione.<sup>4</sup> Il dolore cronico invade l'universo del malato, la vita in tutti i suoi aspetti, e in più si automantiene attraverso i rinforzi che perpetuano l'esperienza algica. Se il paziente perde la capacità e la forza di controllo, nasce l'incapacità di trovare sollievo associato a sentimenti di debolezza, disperazione e pessimismo.

La persona sofferente cambia la prospettiva della propria vita, mette in discussione i cardini della sua esistenza, quali se stesso, il mondo, gli altri. Inizia ad interrogarsi su se stesso, sulla propria vita, sul perché. Il malato si confronta con un'immagine di sé che cambia, si sgretola lasciando alle spalle l'immagine di sicurezza, efficienza, produttività; così cambia radicalmente il modo di vivere, di percepire, di gestire la propria vita, interrompe l'abituale esistenza per occuparsi di sé nella malattia. La sofferenza che viene vissuta come una forza esterna, aggredisce l'individuo che subisce una metamorfosi. Lo sfaldamento della propria identità si accompagna ad ansia, paura, depressione. Il malato, venendo meno il senso di eternità che ha coltivato per tutta la vita, percepisce la finitezza della propria vita e la precarietà dell'esistere. Questo è uno dei fattori che contribuiscono al sorgere dell'angoscia. Per questi motivi il sintomo dolore viene amplificato: «il dolore non è solamente sofferenza a causa di qualcosa ma è stato di sofferenza come percezione progressiva della riduzione del proprio spazio vitale, perciò come riduzione delle possibilità di vita. La sofferenza restringe di fatto le possibilità dei singoli e proprio per questo profila come possibile la chiusura di ogni possibilità».<sup>5</sup>

C'è un processo di individualizzazione del dolore in cui il paziente si sente insostituibile nell'affrontarlo e questa solitudine aumenta ancor più la sua sofferenza. Benché il dolore venga placato dagli analgesici, il paziente percepisce la sofferenza di sottofondo «l'uomo contemporaneo percepisce il rumore di fondo della sofferenza umana anche se essa è tolta dalla scena ed è occultata. La forza trapela e forza la congiura del silenzio che le molteplici, civili, e costruttive attività del giorno coprono con il loro rumore produttivo e fecondo. [...] L'eco sorda del dolore l'uomo contemporaneo se la porta dentro, la vive nella forma dell'inquietudine, se la tiene nel cuore come ansia».<sup>6</sup>

Altro aspetto fondamentale della sofferenza del malato diviene il rapporto di comprensione che stabilisce con gli altri. Non è il dolore che fa soffrire il malato ma l'indifferenza del mondo che lo circonda. La compassione reca sol-

<sup>4</sup> P. ZUCCHI, *Compendio di semantica del dolore, semiologia del dolore*, Istituto per lo Studio e la Terapia del Dolore, Firenze 1995, pp. 83-85.

<sup>5</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano 1988, p. 26.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p. 270.

lievo non tanto perché chi è accanto partecipa e prende in carico una parte di dolore ma perché il paziente si sente amato, capito. La comprensione mitiga la tristezza dell'animo. Tutte queste considerazioni ci portano a riflettere sul campo di azione delle cure palliative, complesso e multiforme.

### 3. OBIETTIVI DI FINE VITA

Il presupposto fondamentale della medicina palliativa è il saper riconoscere i propri limiti come curanti e terapisti, recuperando il senso profondo della medicina come scienza ed arte per la salute psicofisica del malato. La malattia non è soltanto il fenomeno biologico in sé ma l'esperienza della malattia ed in particolare i vissuti di sofferenza, dolore, stanchezza, paura, gli aspetti psicologici e relazionali. Le cure palliative non si limitano ad astenersi da provvedimenti orientati alla guarigione, ma affrontano tutti questi disagi cercando sollievo ad essi. Tutte le malattie infatti sono occasione di sofferenza fisica, psichica e spirituale, perché ci rivelano la fragilità della nostra condizione, ci ricordano che la salute e la vita biologica non sono beni che possediamo durevolmente, che il nostro corpo è una realtà biologica ma nelle sue condizioni attuali di esistenza non è dissociabile da una componente psichica complessa e da una dimensione spirituale più fondamentale della sua dimensione biologica. Il corpo infatti non esprime soltanto la persona ma è anche la persona, così la persona non soltanto ha un corpo, ma essa è anche il suo corpo, pur avendo la possibilità di trascenderne i limiti. È per questo che tutto quello che concerne il corpo, e quindi anche la malattia, implica la persona nella sua complessità.

Le cure palliative operano attraverso l'attività di *équipes* multidisciplinari altamente specializzate formate da medici, infermieri, psicologi, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, spirituali e volontari. La multidisciplinarietà è necessaria in virtù del manifestarsi del dolore totale nel paziente con malattia irreversibile che porta alla morte. Il paziente oltre ai problemi fisici, come abbiamo spiegato, può manifestare sofferenza psicologica e spirituale, difficoltà nei rapporti interpersonali e sociali. Questo spiega il coinvolgimento delle diverse figure professionali nella cura del paziente terminale.

Palliativo, dal latino "pallium" = mantello, significa coprire, avvolgere, proteggere (come in un mantello): l'aggettivo "palliative", riferito alla cura dei malati inguaribili, richiama il rispetto di tutti quei diritti che questi pazienti conservano: il diritto alla cura e alla dignità.

Esistono numerose definizioni di cure palliative, a livello nazionale e internazionale. Qui di seguito ne riportiamo alcune particolarmente autorevoli.

Secondo la definizione ufficiale del National Council for hospice and Palliative Care Services WHO 1990 e modificata dalla Commissione Ministeriale per le cure palliative 1999 del Ministero della Sanità, le cure palliative devono avere queste caratteristiche:

- affermano la vita e considerano il morire come un processo naturale;
- non accelerano né ritardano la morte;
- provvedono al sollievo del dolore e degli altri disturbi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

Le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento oncologico.<sup>7</sup>

La Commissione Ministeriale per le cure palliative istituita nel 1999 precisa le loro caratteristiche:

- la globalità dell'intervento terapeutico che, avendo per obiettivo la qualità della vita residua, non si limita al controllo dei sintomi fisici ma si estende al sostegno psicologico, relazionale, sociale e spirituale;
- la valorizzazione delle risorse del malato e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti;
- la molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura;
- il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
- l'intensità delle cure deve essere in grado di dare risposte pronte ed efficaci al mutare dei bisogni del malato;
- la continuità della cura fino all'ultimo istante;
- la qualità delle prestazioni erogate.<sup>8</sup>

Secondo l'“European association for Palliative care – EAPC”, le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali, e spirituali assume importanza primaria.

Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia, e la comunità in generale. Provvedono una presa in carico del paziente che si preoccupi di garantire i bisogni più elementari ovunque si trovi il paziente, a casa, in ospedale. Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accele-

<sup>7</sup> Cfr. *Cancer pain relief and palliative care*, World Health organization technical report series, 1990, p. 804.

<sup>8</sup> Cfr. *Letter to the Editor, Palliative care*, «British Medical Journal», 321 (2000), 2 sept., pp. 555-558.

rare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.

Secondo V. Ventafridda (1993), per Medicina o Cure Palliative si intende la disciplina che propone di migliorare la qualità della vita dei malati in fase terminale. La medicina palliativa riconosce la morte come un processo naturale che non va accelerato né rallentato. Le principali caratteristiche delle cure palliative consistono nei seguenti punti:

- sono focalizzate sulla qualità della vita del malato e considerano il morire un processo naturale;
- non affrettano né pospongono la vita;
- provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi soggettivi del paziente;
- integrano nella cura del paziente gli aspetti psicologici, sociali, culturali e spirituali;
- offrono sistemi di supporto per rendere il più possibile attiva la vita del paziente fino alla morte;
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia della persona e durante il lutto;
- sono multidisciplinari nella loro attività;
- le indagini sono ridotte al minimo e i trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi e non a quello della malattia.<sup>9</sup>

Attualmente si va verso la costruzione di strutture deputate ad alleviare la sofferenza come il St. Christopher Hospice (fondato nel 1969 a Londra). Il loro sviluppo si basa su alcune caratteristiche fondamentali:

- il miglior controllo del dolore cronico maligno attraverso l'uso di analgesici comuni, inclusi gli oppioidi, ed un riconoscimento che i disturbi neuropatici richiedono un trattamento aggiuntivo con anticonvulsivanti o antidepressivi triciclici;
- una miglior comprensione del ruolo dell'alimentazione e dell'idratazione nei pazienti terminali, soprattutto per quelli che hanno disturbi neurologici;
- maggior rispetto della volontà del paziente riguardo alla propria morte;
- un miglior controllo dei sintomi come nausea, vomito, dispnea, confusione, depressione;
- un diffuso rifiuto dell'accanimento terapeutico e accettazione della liceità del ricorso alle terapie del dolore anche nel caso in cui accelerino il processo del morire, in base al criterio etico del doppio effetto: cioè aumentando la dose dei sedativi si hanno due effetti, uno è sollevare le sofferenze del malato, l'altro anticipare non intenzionalmente la morte.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Agenzia per i servizi sanitari regionali, Glossario di riferimento in cure palliative, Ricerca sulle cure palliative finanziate dal Ministero della Salute ex-art. 12 DLgs 502/92.

<sup>10</sup> *Letter to the Editor, Palliative care*, «British Medical Journal», 321 (2000), 2 sept., pp. 555-558.

#### 4. PRINCIPI ETICI

Per capire meglio la base su cui si sono costruite le cure palliative si fa ricorso ad alcuni principi etici che sono applicati alla prassi assistenziale.

Principio di solidarietà. Indica la compartecipazione simpatetica, la condivisione e la capacità di identificazione con l'altro. Quindi accettazione della nostra comune condizione umana, dei limiti e dei bisogni cui essa dà origine. Questo principio è strettamente connesso al principio dell'equità dell'accesso alle cure in ragione del bisogno.

Principio di complessità. Le componenti esperienziali del dolore e della sofferenza sono multiple per cui sono complesse. Questo impone di non ricorrere a semplificazioni riduttive nel valutare e nel trattare il dolore e la sofferenza. Il dolore deve essere valutato nella sua reale dimensione (psicologica ed esistenziale) per superare la dimensione meccanicistica del corpo umano e della malattia.

Principio di proporzionalità. Il trattamento deve essere proporzionale allo scopo di liberare le persone dal dolore e dagli altri sintomi. Dare priorità al dolore rispetto al prolungamento della vita residua. Il trattamento deve essere proporzionato non solo ai sintomi ma anche ai desideri del paziente.

Principio di umanità. L'esperienza morale nasce dal riconoscimento della sofferenza. Il dovere di alleviare il dolore è un dovere che ci accomuna semplicemente come esseri umani, e costituisce il fondamento primario di ogni sistema etico.

Principio di dignità. Impone l'autenticità nei confronti del paziente e il rispetto del suo desiderio di conoscere o meno le sue condizioni. Comprendere il disagio provocato dalla dipendenza fisica e psicologica del paziente. Mettere in pratica le volontà del paziente rispetto ai trattamenti farmacologici e alla loro sospensione. Rispettare la dignità del morente significa anche la capacità di relazionarsi con i suoi cari, con il medico, con chi lo assiste e, se lo desidera, con il sacerdote, capacità questa seriamente compromessa dalla sofferenza.

Principi dell'etica professionale. Il medico, nel prendersi cura del malato ritrova la propria vocazione originaria che è tutelare il paziente. Merito della medicina palliativa è di aver contribuito ad una maggiore consapevolezza critica riguardo agli scopi della medicina: dare sollievo dal dolore e dalla sofferenza, curare i malati anche se non guaribili, evitare la morte prematura e cercare una morte pacifica e serena.<sup>11</sup>

Le cure palliative sono l'espressione massimale di una medicina che è al servizio della persona malata dando sostegno e significato al morire, a differenza dell'accanimento terapeutico che è rifiuto del morire e prolungamento della sofferenza del malato.

<sup>11</sup> *The Relief of Pain and Suffering: Ethical Principles and Imperatives*, «Journal of Palliative care», 14/2 (1998), pp. 3-5.

## 5. LA MORTE

La morte è l'unica esperienza universale, a tutti è dato di morire, e tuttavia nulla come la morte sta agli antipodi del nostro insopprimibile desiderio di vivere: di qui la sua estraneità al desiderio umano, sino a diventare rifiuto consapevole o inconsapevole, nell'inconscia o voluta illusione che si affacci il più tardi possibile. Non trova spazio nella cultura della fretta, del divenire, della distrazione anzi ci si sforza di cancellarla in nome della produttività, dell'efficienza e del gusto edonistico della vita. L'accettazione della morte è un problema che investe non solo il malato ma anche il medico che deve superare la frustrazione nell'ammettere il fallimento della propria opera professionale.

In realtà è proprio la cultura occidentale che tende a rimuovere e a negare la morte. L'antropologo L. V. Thomas confronta la concezione della morte nella società occidentale, mortifera, tanatocratica, ossessionata e terrificata dalla morte e quella africana, che accetta la morte come parte del vivere.<sup>12</sup>

La medicalizzazione della morte e la sua rimozione culturale costituiscono tra i più rilevanti problemi bioetici. L'obiettivo non è medicalizzare la morte ma offrire un aspetto umano a situazioni disumane e complesse. La morte non deve essere considerata come l'antagonista da combattere ma accettata a priori come evento inevitabile.

Da questa premessa teorica nasce una pratica clinica che pone al centro dell'attenzione non più la malattia ma il malato nella sua globalità. La filosofia delle cure palliative si basa sul rispetto dell'essere umano sofferente. L'ascolto, la presenza, la valorizzazione dei rapporti umani, l'attenzione al dettaglio, a tutto ciò che si deve e si può fare privilegiando gli aspetti qualitativi di una vita ormai brevissima, aiutano a dare un senso ad ogni istante della malattia.

Il comitato nazionale per la bioetica afferma: «l'accettazione della morte può essere favorita dall'attenuazione di dolori fisici che la impedirebbero; la gradualità, non del passaggio, ma dell'avvicinarsi al passaggio, può essere favorita da cure mediche che hanno per oggetto il vivente, però in vista della morte.

Anzi paradossalmente, qualsiasi cura può avere un effetto abbreviante e prolungante insieme che si compensano. In ogni caso l'interesse di cura non è cronologico, bensì qualitativo. La medicina però deve aiutare a morire bene nello stesso senso in cui deve aiutare a vivere bene».<sup>13</sup>

## 6. L'EUTANASIA

La malattia è un caso particolare di sofferenza e come tale pone due ordini di problemi: uno di ordine sociale e uno di ordine personale. Alle cure a cui

<sup>12</sup> L. V. THOMAS, *Antropologia della morte*, Garzanti, Milano 1976.

<sup>13</sup> Comitato nazionale per la bioetica, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, Roma 14 luglio 1995, p. 21.

si sottopone il malato si intersecano anche aspetti morali, scientifici ed economici. In quanto realtà soggettiva la malattia suscita nell'uomo una serie di interrogativi (sul significato della vita, sul male, sul dolore nelle sue diverse forme, sulla libertà dell'uomo e sul suo destino) e richiede una risposta personale da integrare nel progetto esistenziale, etico e spirituale. Nella realtà quotidiana il malato e i parenti cercano risposte a domande ben precise. Se il dolore è insopportabile, non è capito, non è trattato, non è prevenuto; se il paziente non ha più una vita dignitosa; se la morte è incomprendibile e non ha senso perché non impadronirsene? Perché non procurarla quando le sofferenze diventano insopportabili? Perché non porre fine dolcemente alla vita? È qui che entra in gioco il concetto di eutanasia. Eutanasia è una parola che deriva dal greco, *eu* (bene) e *thánatos* (morte), buona morte, morte senza sofferenza. *È un'azione o una omissione che intende procurare la morte per alleviare le sofferenze del malato terminale cioè il diritto a disporre della propria sopravvivenza.* Ci sono molti pareri e teorie sull'eutanasia.

La teoria sostenuta dalle religioni che si fondano sul concetto di un Dio creatore (ebraismo, cristianesimo, islamismo ecc.), ritiene che il consenso della vittima non escluda la natura delittuosa dell'interruzione violenta della vita, poiché questa, essendo un dono, può essere tolta solo da Dio; si tratterebbe piuttosto di assecondare una pericolosa tendenza suicida e pertanto: «Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una falsa pietà, anzi una preoccupante perversione di essa: la vera compassione, infatti, rende solidale con il dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza».<sup>14</sup> La Chiesa ritiene la vita sacra e di conseguenza l'inesistenza del diritto a morire.

La seconda teoria è quella dei panteisti ed è riassunta nel giuramento di Ippocrate: «Non darò mai a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiesto, né mai proporrò un tale consiglio».

Il terzo orientamento è quello dei materialisti riassumibile dal pensiero di G. Berlinguer: «io sono contro la morte procurata dal medico. Innanzitutto perché rappresenta un capovolgimento della figura, della tradizione, della fiducia del medico. In secondo luogo perché c'è un rischio (anzi una realtà che progredisce): in molti casi, la tendenza è verso l'introduzione di metodi selettivi nei confronti dei malati, basati sull'idea che non si deve più curare chi non può più raggiungere una certa qualità di vita. Ma chi giudica la qualità di vita di un altro? Ciascuno giudica la propria qualità di vita, prende su questa base le sue decisioni. Non può essere un giudice esterno di questo».<sup>15</sup>

Ci sono poi orientamenti a favore dell'eutanasia, come quelli americani ed

<sup>14</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1995, n, 66.

<sup>15</sup> A.M.C.I., *L'eutanasia alle soglie del 2000*, Convegno Nazionale di Bioetica, dal Prof. On. G. Berlinguer, 4 Aprile 1998.

olandesi. I principi su cui si fondano sono il principio di autonomia del paziente che decide per la propria vita e quello di beneficiabilità del medico che toglie la vita al paziente per non farlo soffrire.

La possibile conseguenza di quest'ultima scelta è chiara: un affievolimento dello sforzo teso a ridurre la sofferenza. L'eutanasia potrebbe diventare la soluzione più ovvia ed economica, e dare origine ad una inversione dell'onere della prova della dignità e del valore della vita umana, cioè il paziente dovrebbe giustificare il rifiuto dell'eutanasia. Infatti oltre all'eutanasia agonica, del malato terminale, si parla anche di eutanasia perinatale, per neonati nati deformati o con ritardi mentali o con infermità incurabili, di eutanasia psichica, per malati affetti da lesioni o infermità mentali irreversibili, di eutanasia sociale, per pazienti anziani o malati ritenuti socialmente improduttivi e gravosi da un punto di vista economico per la società.

Dal punto di vista giuridico in alcuni paesi è legale (come in Olanda ed in Oregon). La legge prevede che i medici possano porre fine alla vita dei pazienti gravi o morenti con la somministrazione di dosi letali di farmaci o interrompendo le cure ordinarie necessarie per la vita. È una qualsiasi forma di terapia, il suo controllo non è affidato alla magistratura ma esclusivamente ai medici.

In Italia le cose sono ben diverse, la legge la configura nel reato di omicidio del consenziente (5. art. 579 codice penale) e di istigazione o aiuto al suicidio (66. art. 580 codice penale). Anche l'art. 15 del codice civile: «gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine e al buon costume». <sup>16</sup> La legge italiana non ammette la disponibilità della vita. Questo impegno a favore della vita e contro la morte è ribadito dal codice deontologico: «Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte». <sup>17</sup> Purtroppo dietro la richiesta eutanastica si celano diverse problematiche che vanno al di là della malattia ed è così che si spiega perché alcuni richiedono l'eutanasia e altri no, e perché c'è un atteggiamento diverso di fronte alla sofferenza. La cosa importante però è capire perché esiste una richiesta eutanasia per cercare di risolverla, anche perché nessuno può negare che sia frutto di disagio, qualsiasi la sua motivazione.

Il malato terminale porta con sé tre problematiche fondamentali, il dolore, la depressione, la solitudine della malattia (il paziente è costretto a rinunciare al proprio lavoro, alla propria famiglia, alle proprie abitudini, alle proprie amicizie ed in più si sente un peso per la propria famiglia). Il medico può e deve risolvere le prime due problematiche, mentre la terza è di più difficile risolu-

<sup>16</sup> C. PUCCINI, *Istituzioni di Medicina Legale*, CEA, 2003<sup>6</sup>, p. 959.

<sup>17</sup> Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice deontologico medico*, 1998; art. 36.

zione perché il progresso tecnico non è andato di pari passo ad una valorizzazione della componente umana del paziente.

Per riuscire a dare senso alla morte è importante reintegrare la morte nella vita, accettare i limiti dell'uomo, sfatando il mito dell'onnipotenza scientifica, infine il medico deve capire il proprio compito ed accettare esso stesso la morte naturale accompagnando con scienza ed umanità il malato, garantendo l'adeguato sostegno spirituale facendosi aiutare dalla famiglia se presente o da altre figure professionali.

Chiarire il concetto di eutanasia è molto importante perché il limite tra eutanasia passiva, procurare la morte per omissione di un trattamento, e desistenza terapeutica, che elimina un trattamento che non dà più alcun beneficio in termini di qualità di vita prevedibile e di sofferenza, è molto sottile; infatti molte volte si esegue un *atto eutanasi* per rifiutare l'accanimento terapeutico.

Le cure palliative rispondono sedando il dolore e alleviando in grande misura le sofferenze del malato, rispondono alle necessità spirituali, sociali del malato non trascurando nessun aspetto. In questo modo vengono meno le ragioni di eventuali richieste eutanasiche da parte dei malati. Liberi dal dolore e alleviati dalle proprie sofferenze, i malati non hanno motivo di chiedere al medico di essere aiutati a morire. Dunque la questione dell'eutanasia si risolverebbe se si sviluppasse a dovere le cure palliative. In teoria la soluzione è elegante e non dà luogo a controversie, dato che sul principio delle cure palliative concordano le principali correnti di pensiero bioetico, di ispirazione sia laica sia confessionale. Naturalmente ciò non significa che il dilemma sia di fatto già risolto: a tutt'oggi lo sviluppo delle cure palliative, per lo meno in Italia, è senz'altro insufficiente, anche se da qualche anno a questa parte non mancano segnali incoraggianti.

## 7. ASPETTI MEDICI DELLE CURE PALLIATIVE

### 7. 1. *L'approccio ai sintomi più frequenti alla fine della vita*

Nella seguente tabella sono riportati i sintomi che più frequentemente si incontrano nei pazienti verso la fine della loro vita e che quindi rappresentano il target delle terapie attuate dalla équipe di cure palliative.<sup>18</sup>

	Pazienti Oncologici	Altri pazienti
Dolore	84%	67%
Problemi respiratori	47%	49%
Nausea e vomito	51%	27%
Insonnia	51%	36%
Confusione mentale	33%	38%
Depressione	38%	36%

<sup>18</sup> C. F. SEALE, A. CARTWRIGHT (1994), *The year before death* Avebury. ISBN 1-85628-604-605.

Perdita di appetito	71%	38%
Stipsi	47%	32%
Piaghe da decubito	28%	14%
Incontinenza	37%	33%

Questa classificazione rappresenta la sintesi di un'analisi statistica approfondita sui segni prevalenti che sono fonte di sofferenza complessiva per il paziente con prospettiva di vita breve. Secondo la nostra opinione va aggiunto anche lo stato astenico, che essendo praticamente presente in tutti i pazienti in maniera ingravescente viene persino dimenticato come sintomo da trattare clinicamente, ma che invece noi considereremo per primo in questo capitolo.

Inoltre vi sono altri due aspetti non riportati nella tabella perché probabilmente meno frequenti da un punto di vista statistico, che però rappresentano delle condizioni con cui il *team* delle cure palliative si deve confrontare in modo arduo. Si tratta delle infezioni ricorrenti a cui sono soggetti i pazienti con neoplasie gravi e gli squilibri idro-elettrolitici che colpiscono una porzione significativa degli stessi. Anche questi aspetti saranno riportati.

#### 7. 1. 1. L'astenia

L'astenia è una sensazione di debolezza, di stanchezza, di mancanza di energie. Solitamente un'astenia "fisiologica" è rappresentata dalla stanchezza fisica connessa ad un eccesso di carico psico-fisico e regredisce con il riposo. D'altra parte però una prolungata assenza di esercizio fisico, un insufficiente periodo di sonno, una dieta non consona, una scarsa idratazione, possono produrre stati astenici. La correzione delle cause migliora lo stato astenico. Al contrario una condizione cronica di astenia non migliora né con il riposo, né con altri accorgimenti, ma affligge senza speranza il soggetto che ne è affetto interferendo sulla sua vita non solo fisicamente, ma anche emozionalmente, socialmente e spiritualmente. Malattie importanti producono stati di astenia cronica che sono fonte di ulteriore grave disagio per chi ne è affetto.

L'astenia cronica è associata a numerose malattie, cardiache, renali, polmonari, neurologiche. Può anche essere presente in psico-patologie, ad esempio la depressione o essere causata dalle terapie attuate per fronteggiare queste patologie. L'astenia cronica è una condizione costante nei pazienti a cui si rivolgono le cure palliative. Come detto sopra, spesso è un sintomo trascurato dai manuali e dalla letteratura che si occupa di cure palliative, anche se di estrema frequenza, disagiata e di difficile approccio. Nei pazienti oncologici l'astenia può essere provocata dal decorso della malattia e/o dalle sue complicanze. Può essere dovuta ai trattamenti chirurgici, chemioterapici, radioterapici. Anche una immobilità forzata, condizione molto frequente nei pazienti affetti da neoplasia, è causa di astenia.

A dispetto della grande frequenza degli stati astenici nelle malattie croniche e particolarmente in quelle neoplastiche, i processi che la sottendono non so-

no ancora chiari. L'astenia può essere causata da molteplici condizioni. Uno stato anemico, una alterazione degli organi principali, quali le malattie cardiache e polmonari, insufficienza renale o epatica producono gravi astenie. Anche patologie endocrine quali quelle che colpiscono la tiroide o la corteccia surrenale, sono legate a stati astenici. Infine, disordini neuromuscolari, scarsa alimentazione, disidratazione, alterazioni elettrolitiche possono provocare astenia o più spesso esserne concause. Nei pazienti oncologici il dolore e le terapie per controllarlo (oppioidi ad esempio) amplificano lo stato astenico.

La valutazione del sintomo astenia deve prendere origine, come per tutti gli altri sintomi, da una dettagliata storia della sua insorgenza, provando a chiarire se possa essere legata a qualche evento specifico. Va valutato anche l'andamento ed i fattori che ne hanno determinato un peggioramento. Da un punto di vista diagnostico, i test emato-chimici di laboratorio (particolarmente emocromo) ed alcune indagini strumentali possono essere di aiuto.

Una valutazione di vari aspetti dell'astenia concerne l'intensità, il livello di disagio, il grado di influenza sulle comuni attività. A parte le attività fisiche, occorre valutare il grado di interferenza anche sugli stati emotivi, sociali (rapporti familiari e con l'ambiente esterno) e psicologici. Così come per altri sintomi non parametrizzabili potrebbe essere utile usare una scala verbale o numerica di valutazione della intensità della astenia.<sup>19</sup>

#### a. *Terapia dell'astenia*

Il trattamento dell'astenia consiste nella ricerca delle cause sulle quali poi intervenire terapeutamente. Inoltre si possono usare una serie di interventi atti al recupero di energie e al ripristino delle normali attività, includendo terapie farmacologiche, esercizi riabilitativi, nutrizione e idratazione adeguata, riduzione dello stress.

#### b. *Controllo dell'anemia*

L'anemia (valori di emoglobina al di sotto della norma) può essere un frequente fattore patogenetico di astenia nei pazienti neoplastici. La carenza di emoglobina e di converso quella di ossigeno nei tessuti crea un deficit di energia. Ove occorra, una terapia trasfusionale o un trattamento a base di eritropoietina ricombinante (l'ormone renale che stimola il midollo osseo a produrre eritrociti dalle cellule staminali mieloidi) sono le terapie di elezione nel trattamento della anemia in questi pazienti.

<sup>19</sup> P. LESAGE, R. K. PORTENOY, *Management of fatigue in the cancer patient*. *Oncology (Huntingt)*, 16, 2002, pp. 373-378, 381; discussion pp. 381-382, 385-386, 388-389. Cfr. anche D. CELLA, *The longitudinal relationship of hemoglobin, fatigue and quality of life in anemic cancer patients: Results from five randomized clinical trials*, «Ann Oncol», 15 (2004), pp. 979-986.

### c. Controllo del dosaggio di farmaci

I pazienti che assumono medicinali in grado di indurre astenia potrebbero essere trattati mediante un aggiustamento del dosaggio delle loro terapie. I farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (gli anti-emetici, gli ansiolitici, gli anti-istaminici e persino gli analgesici) potrebbero essere ridotti od eliminati là dove non ve ne sia più bisogno. Ad esempio il dosaggio degli oppioidi può essere disegnato in modo da controllare il dolore senza però indurre eccessiva astenia o altri sintomi il cui approccio farmacologico aggravi l'astenia.

### d. Terapia farmacologia

I trattamenti per la astenia nei pazienti neoplastici non sono stati validati da studi controllati. Alcuni studi suggeriscono l'uso di psicostimolanti quali il metilfenicato o la pemolina. Questi farmaci sono spesso usati per contrastare l'effetto cognitivo dei corticosteroidi. Sono anche state suggerite basse dosi di cortisonici.

L'amantadina è stata usata per anni nel trattamento della astenia nella sclerosi multilpla. Gli anti-depressivi sono stati usati per trattare l'astenia legata a depressione, con particolare riguardo agli inibitori del *re-uptake* della serotonina. Del resto i triciclici sono anche co-adiuvanti nell'analgesia centrale.<sup>20</sup>

### e. Terapie non farmacologiche

I pazienti devono essere preparati alla comparsa di astenia durante il decorso della malattia e del suo trattamento e devono essere addestrati alle strategie di conservazione e di recupero di energie.

Innanzitutto, va regolato il rapporto fra attività e riposo. Il paziente ed i familiari possono identificare le attività che producono astenia, senza però cadere in un eccesso di immobilità. Anzi un esercizio fisico programmato può essere di supporto alla conservazione e al recupero di energie. Sarebbe quindi opportuno stabilire un programma fisioterapico disegnato sulla base dei pa-

<sup>20</sup> H. LUDWIG, P. J. BARRETT-LEE, P. GASCON, M. SCHNEIDER, S. VAN BELLE, *European Cancer Anemia Survey (eECAS) defines factors surrounding anemia in thousands cancer patients* [Abstract 1546]. «Proc Am Soc Clin Oncol», 21 (2002), 387a. Cfr. anche: E. FERRARIO, L. FERRARI, P. BIDOLI, D. DE CANDIS, M. DEL VECCHIO, S. DE DOSSO, R. BUZZONI, E. BAJETTA, *Treatment of cancer-related anemia with epoetin alpha: A review*, «Cancer Treat Rev», 30 (2004), pp. 563-575; C. SWEENEY, H. NEUENSCHWANDER, E. BRUERA, *Fatigue and asthenia*, in: D. DOYLE, G. HANKS, N. CHERNY, K. CALMAN (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, 2004<sup>3</sup>, pp. 560-568; E. BRUERA, L. DRIVER, E.A. BARNES, J. WILLEY, L. SHEN, J.L. PALMER, C. ESCALANTE, *Patient-controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer: a preliminary report*, «J Clin Oncol», 21 (2003), pp. 4439-4443.

rametri del paziente (età, sesso, condizioni fisiche: parametri cardiovascolari, masse muscolari, patologie osteo-articolari). Gli esercizi dovrebbero prevedere movimenti ritmici e ripetitivi che coinvolgono numerosi gruppi muscolari. Gli esercizi devono essere gradualmente, di bassa intensità in modo da evitare l'insorgenza della stanchezza.

Una corretta alternanza del ciclo sonno-veglia è fondamentale per il controllo dell'astenia. Usando le tecniche di riduzione dello stress e/o le terapie cognitive (tecniche di respirazione, tecniche di rilassamento, ipnosi) si possono produrre degli effetti sulla componente psicologica dell'astenia.

In questo senso, è utile che pazienti che abbiano un'autonomia di movimenti, vengano incoraggiati a svolgere attività di piacere (dove possibile, passeggiate, cura delle piante) che producono un incentivo alle attività fisiche. Deve essere seguita una dieta bilanciata in grado di combinare un apporto calorico adeguato e quindi livelli energetici sufficienti e di compensare eventuali deficit di elementi essenziali (ad esempio il ferro). La disidratazione va prevenuta, in quanto può accentuare la stenia, direttamente o attraverso una ipotensione conseguente. Là dove non è possibile ottenere un'adeguata idratazione enterale si ricorre ad una idratazione parenterale, così come si ricorre alla alimentazione artificiale nel caso di impossibilità di corretta alimentazione naturale.<sup>21</sup>

### 7. 1. 2. Il dolore

Il dolore è il sintomo più frequente riferito dai pazienti oncologici in fase terminale. È una sensazione complessa generata dall'attivazione del sistema nocicettivo, che se prolungata nel tempo interferisce pesantemente con la qualità della vita di chi ne è affetto.

Il dolore è caratterizzato oltre che dall'aspetto puramente percettivo anche da una componente affettiva e da una componente cognitiva. La componente affettiva consiste in una reazione emotiva che può indurre una intensa attivazione del sistema neurovegetativo. Quest'aspetto caratterizza principalmente il dolore viscerale. L'aspetto cognitivo è responsabile delle reazioni comportamentali semplici o complesse sia durante l'esperienza diretta del dolore sia come memoria di essa.

#### a. Note di epidemiologia

La prevalenza del dolore oncologico è in generale correlata con lo stadio della malattia. Inoltre la distribuzione e la intensità del dolore è connessa non solo

<sup>21</sup> F. STRASSER, C. SWEENEY, J. WILLEY, S. BENISCH-TOLLEY, J. L. PALMER, E. BRUERA, *Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: A retrospective descriptive study*, «J. Pain Symptom Manage», 27 (2004), pp. 481-491.

alla localizzazione ma anche alla natura della neoplasia. Ad esempio, il cancro alla prostata e alla mammella hanno una propensione a diffondere con metastasi ossee e per questo producono dolore più facilmente. Il dolore è il sintomo iniziale nel 20-40% dei pazienti. La maggior parte del dolore riferito dai pazienti oncologici è prodotto dalla malattia di per sé. Un 20% è il risultato di sequele spesso legate alla terapia e meno del 10% è dovuto a comorbidità. I pazienti afflitti da sintomatologia dolorosa sono divisi in: un terzo con un solo tipo di dolore, un terzo con due differenti tipi ed i rimanenti con diverse localizzazioni o con algie generalizzate.

#### b. Patogenesi

Il dolore neoplastico può essere di natura nocicettiva (attivazione delle vie dolorifiche da causa estrinseca ad esse) o neuropatica (causa intrinseca alle vie nervose). Un terzo dei pazienti oncologici soffrono di dolore neuropatico che può insorgere da solo o in concomitanza con dolore di natura nocicettiva. Il dolore osseo ha un ruolo a sé stante, avendo dei meccanismi propri nella sua origine. Generalmente il dolore nei pazienti oncologici è intenso. Spesso si accompagna ad alterazioni funzionali dirette o reattive. L'origine del dolore nei pazienti oncologici è legata nella maggior parte dei casi a cause direttamente connesse alla patologia di per sé.<sup>22</sup>

La crescita tumorale può generare compressione degli organi, distensione delle capsule di rivestimento, distensione di organi cavi, reazione infiammatoria locale, distruzione di tessuto e tentativo di ricrescita, produzione di sostanze algogene da parte delle cellule tumorali. In caso di dolore neuropatico, le neoplasie possono comprimere od infiltrare le fibre o i plessi nervosi.

Il dolore oncologico inoltre può essere in relazione con i trattamenti attuati. Le procedure chirurgiche possono indurre dolore soprattutto attraverso dei danni al tessuto nervoso. Ad esempio il dolore post-mastectomia o post-toracotomia ha una frequenza discreta. La radioterapia induce delle infiammazioni molto dolenti delle mucose. Inoltre le procedure radioterapiche producono delle condizioni generanti intenso dolore come la fibrosi, l'osteonecrosi, le neuropatie, le mielopatie. La chemioterapia produce danni in vari tessuti. L'osteonecrosi asettica e la polineuropatia sono le più importanti cause di dolore indotto da chemioterapia. Una misura accurata del dolore è essenziale per implementare un piano terapeutico efficace per il raggiungimento della analgesia. Per questo motivo sono state progettate numerose scale di misurazione (scale verbali, scale numeriche etc).

<sup>22</sup> R. L. DAUT, C. S. CLEELAND, *The prevalence and severity of pain in cancer*, «Cancer», 50 (1982), p. 1913. Cfr. anche: H. L. FIELDS, F. BASBAUM, *Central nervous system mechanism of pain modulation in Textbook of pain 1999*, edited by P. D. WALL, R. MELZACK (Churchill Livingstone Ediburg, UK); P. HONORE, S. D. ROGERS, M. J. SCHWEI, *et al.*

### c. Clinica del dolore oncologico

Un inquadramento completo della sintomatologia dolorosa prevede un'attenta anamnesi ed un completo esame obiettivo. Una dettagliata storia del dolore considera la localizzazione, l'irradiazione, la qualità ed infine l'intensità. Spesso queste caratteristiche forniscono informazioni essenziali sulla eziologia della sintomatologia dolorosa. Anche un incremento d'intensità del dolore o una variazione del suo andamento possono fornire indicazioni importanti sullo sviluppo della malattia. La valutazione clinica va anche diretta verso la misura delle risposte alla terapia analgesica sia attuata in precedenza che quella corrente. Infine per un corretto piano terapeutico analgesico è di cruciale importanza la valutazione degli aspetti psicologici. Il dolore oncologico può essere tenuto sotto controllo nell'80-90% dei pazienti. Questi risultati sono generalmente ottenuti con una analgesia farmacologica.<sup>23</sup>

La figura 1 mostra il sito d'azione dei farmaci analgesici in rapporto alle vie nocicettive.

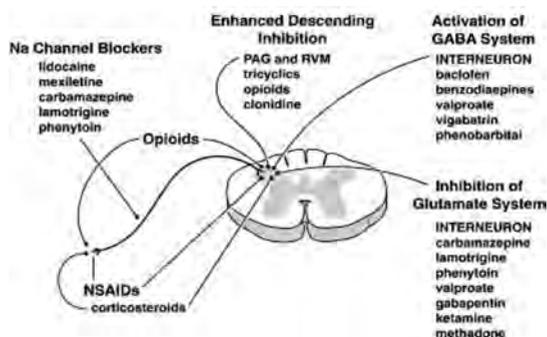


FIGURA 1.

Per ottenere il massimo effetto devono essere seguite delle regole dettate da un piano terapeutico disegnato scrupolosamente. La scelta dei farmaci da usare dovrebbe tener conto dei meccanismi che generano il dolore, potendo essere nocicettivo o neuropatico. Una buona guida è rappresentata dallo schema a gradini proposto dall'OMS e mostrato in figura 2.

Il primo gradino corrisponde allo stadio iniziale del dolore oncologico. Generalmente l'intensità è limitata e l'analgesia può essere ottenuta mediante l'uso di antinfiammatori non steroidei insieme o in alternativa con farmaci adiuvanti. Il secondo gradino segue l'evoluzione della malattia con un possibi-

<sup>23</sup> M. DAVIS, D. WALSH, *Cancer pain syndromes*, «Eur J Pall Care», 7 (2000), p. 206. Cfr. anche: K. M. FOLEY, *Advances in cancer pain*, «Arch Neurol», 56 (1999), p. 413.

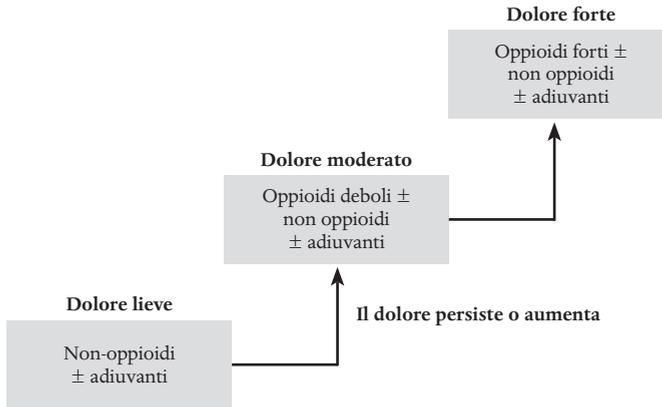


FIGURA 2.

le aumento dell'intensità del dolore o una resistenza alle misure terapeutiche precedenti.

I farmaci usati in questa fase sono degli oppioidi deboli quali tramadolo, codeina, metadone, ossicodone somministrati singolarmente o in associazione con paracetamolo, FANS o farmaci adiuvanti. L'ultimo stadio di terapia corrisponde ad una fase in cui l'aspettativa di vita è limitata ed il dolore è aumentato d'intensità ed è fuori controllo. In questo caso la terapia centrale si basa sull'uso di potenti oppioidi (fentanyl, morfina, bruprenorfina). In tutti gli stadi sopradescritti accanto alla somministrazione di analgesici si possono usare farmaci con significato adiuvante. La somministrazione dei farmaci deve seguire un criterio temporale rigido, dettato dall'andamento clinico della sintomatologia del dolore e dalla farmacocinetica degli agenti usati.

In dettaglio l'uso di paracetamolo e FANS è più indicato nel dolore nocicettivo, mentre farmaci ad azione centrale quali la gabapentina, l'acido valproico e la lamotrigina trovano un razionale di impiego nel dolore neuropatico. La prolungata somministrazione di FANS produce effetti collaterali importanti soprattutto a livello gastrico per cui occorre associare farmaci in grado di proteggere la mucosa gastrica. La via di somministrazione orale è quella da preferire per tutti i farmaci, ove possibile. La via transdermica può essere una alternativa efficace, mentre le somministrazioni sottocutanee o endovenose (elastomeri, pompe d'infusione) dovrebbero essere limitate in base alla durata del trattamento (preferite le somministrazioni per breve durata) e alla impossibilità di usare vie più semplici. I dosaggi da usare devono essere "calibrati" sulla base dell'intensità del dolore, del peso corporeo, sulla funzionalità epatica, renale ecc. Per quanto riguarda gli oppioidi l'incremento delle dosi deve essere graduale e calcolato in base ad un'accurata stima dell'adattamento recettoriale. Una particolare attenzione va dedicata alla *switch* fra oppioidi

deboli ed oppioidi potenti, nella scelta del dosaggio di questi ultimi, tenendo conto dell'adattamento recettoriale avvenuto in precedenza. Va inoltre tenuto presente che l'uso prolungato di alte dosi di oppioidi potenti può portare ad un effetto paradossale di induzione di iperalgesia o di algie franche indipendenti dalla causa iniziale. Gli oppioidi posseggono degli effetti collaterali che possono peggiorare la qualità della vita dei pazienti. Quando si instaura una terapia con oppioidi, vanno previste delle misure in grado di prevenire la stipsi e la nausea che nella maggior parte dei casi sono concomitanti alla loro somministrazione.<sup>24</sup>

### 7. 1. 3. Sintomi neuro-psichiatrici

#### a. *Disturbi del sonno*

I disturbi del sonno sono molto frequenti nei pazienti oncologici potendo essere causati da molteplici fattori quali il dolore, la sofferenza fisica, la sofferenza emotiva e spirituale, i farmaci assunti per il controllo della patologia. Brevemente il sonno ha due fasi: una con rapidi movimenti oculari (REM) e non REM (NREM). Il sonno REM, anche conosciuto come "dream sleep" (nel quale compaiono i sogni), è la fase del sonno durante la quale il cervello ha una attività intensa. Il sonno NREM è la fase di riposo. Gli stadi del sonno si ripetono con una alternanza di fasi REM e NREM. Ogni ciclo dura circa 90 minuti e si ripete per 4-6 volte durante 7-8 ore di sonno. Ci sono 4 grandi categorie di disordini del sonno: l'incapacità di addormentarsi e/o dormire per un periodo congruo (insonnia), le alterazioni del ciclo sonno-veglia; disordini associati con alterazioni degli stadi del sonno o *partial waking* (para-insonnia), un eccesso di sonno. L'insonnia è di gran lunga il disturbo più frequente in questi pazienti seguito dalle alterazioni del ciclo sonno-veglia.

Gli effetti connessi alla crescita neoplastica e/o ai suoi trattamenti che possono indurre disturbi del sonno sono molteplici: ansia, depressione, dolore, febbre, tosse, dispnea, prurito, astenia, cefalea, sudorazione notturna, diarrea, stipsi, nausea e incapacità di controllo delle attività evacuative. Anche l'ospedalizzazione dei pazienti può essere fonte di effetti negativi sul ciclo sonno-veglia (disadattamento ambientale, rumori etc.). Il primo accorgimento da usare per controllare i disturbi del sonno è quello di applicare una corretta igiene del sonno, che durante il giorno andrebbe limitato ad un breve periodo durante le ore centrali, evitando in ogni caso le ore serali perché questo potrebbe interferire con l'induzione spontanea del sonno notturno, questo deve essere favorito diminuendo i rumori e la luce, favorendo attività ipno-indut-

<sup>24</sup> D. WALSH, *Pharmacological management of cancer pain*, «Seminars in Oncol», 27, (2000), p. 45. Cfr. anche J. L. DAHL, *Effective pain management in terminal care*, «Clinics in Geriatric Medicine», 12 (1996), p. 279; R. K. PORTENOY, P. LESAGE, *Management of cancer pain*, «Lancet», 353 (1999), p. 1695.

trice (musica a basso volume, massaggi), evitando stimolanti (e.g., caffeina, steroidi, methylphenidate) ed eventualmente usare ipno-induttori.

### 7. 1. 3. 1. CONFUSIONE MENTALE E SINTOMI PSICOTICI

#### a. *Disordini mentali*

I disordini mentali, quali confusione mentale e delirio, insorgono con frequenza elevata nei pazienti affetti da neoplasia in fase terminale. Essi consistono in disfunzioni cerebrali non specifiche caratterizzate da disturbi della coscienza, del livello di attenzione e di percezione, da alterazioni della memoria, della emotività, da distorti comportamenti psico-motori. Questi sintomi sono spesso fluttuanti, fra improvvisi aggravamenti e frequenti remissioni. Questi sintomi possono essere irreversibili durante le ultime ore della vita (24-48) (agitazione terminale) dovuta alle gravi disfunzioni multiorgano.

I disordini mentali nei pazienti terminali devono essere differenziati dalla demenza. In generale nei pazienti oncologici alla fine della vita l'insorgenza ed il decorso sono acuti, con repentine *poussè* e remissioni, mentre nei soggetti con demenza l'insorgenza è graduale e la sintomatologia ha un decorso più lento.

I disordini mentali nei pazienti oncologici sono legati generalmente a lesioni organiche dovute ad effetti diretti (metastasi cerebrali) o indiretti (presenza di metaboliti tossici) delle neoplasie. Spesso sono un segno di un cambiamento nel decorso della malattia. Essi possono inoltre essere in rapporto con effetti conseguenti alla malattia o ai suoi trattamenti come ad esempio alterazioni elettrolitiche, ipofosfatemia, iperglicemia, ipercalcemia, infezioni, accidenti vascolari, gravi insufficienze degli organi vitali. Tra gli agenti terapeutici, gli oppioidi possono produrre stati confusionali se non dosati appropriatamente.

Gli agenti chemioterapici quali methotrexate, fosfamida, fluorouracile, vincristina, vinblastina, bleomicina, carmustina, cisplatino, asparaginasi, procarbazine e soprattutto glucocorticoidi inducono confusione mentale o delirio franco.<sup>25</sup>

#### b. *Terapia dei disordini mentali*

Il trattamento dei disordini mentali dovrebbe innanzitutto essere orientato alla ricerca e alla eliminazione delle possibili cause che li hanno determinati. Dove non sia possibile, occorre attuare un trattamento psicologico nei confronti del paziente stesso e dei suoi familiari. Questi dovrebbero essere edotti

<sup>25</sup> F. C. STIEFEL, W. S. BREITBART, J. C. HOLLAND, *Corticosteroids in cancer: neuropsychiatric complications*, «Cancer Investigation», 7/5 (1989), pp. 479-491. Cfr. anche P. G. LAWLER, B. GAGNON, I. L. MANCINI, *et al.*, *Occurrence, causes, and outcome of delirium in patient with advanced cancer: a prospective study*, «Archives of Internal Medicine», 160/6 (2000), pp. 786-794.

sul fenomeno e assicurati il più possibile. Per il paziente, occorre garantire un ambiente sereno, anche da un punto di vista ambientale, una camera tranquilla, ben illuminata priva il più possibile di rumori fastidiosi. L'ascolto di musica scelta secondo dei criteri ben determinati può essere di grande vantaggio. Un monitoraggio attento di questi sintomi è di cruciale importanza per impedire che repentini cambi di umore o stati di agitazione possano portare nocimento al paziente stesso o ai suoi familiari. Nella maggior parte dei casi un trattamento farmacologico è necessario. L'aloperidolo, un agente neurolettico che è un potente bloccante dopaminergico è il farmaco di prima scelta nel trattamento dei sintomi psicotici presenti nei pazienti terminali. Infatti a fronte di una ottima azione neurolettica, l'aloperidolo ha scarsa incidenza di effetti cardiovascolari e anticolinergici. Relativamente basse dosi di aloperidolo sono in grado di controllare agitazione, paranoia e stati di panico. La via di somministrazione endovenosa è da preferire in caso di agitazione importante. L'aloperidolo può causare sintomi extrapiramidali, ma difficilmente gli effetti collaterali sono così intensi da consigliarne la sospensione. Altri neurolettici possono essere usati, soprattutto se vi sia necessità di maggiore sedazione. Tranquillanti maggiori quali la tioridazina, la clorpromazina, sono stati impiegati con successo sebbene provvisti di effetti collaterali importanti a livello del SNC e del sistema cardiovascolare. Il lorazepam è un farmaco usato insieme all'aloperidolo. Il midazolam e la metotrimeprazine sono usati per indurre una sedazione terminale (vedi successivamente).<sup>26</sup>

### c. *Depressione*

I pazienti a cui viene diagnosticata una neoplasia maligna vanno incontro ad una serie di eventi psicologici che ne possono alterare l'emotività. La paura della morte, il radicale cambiamento dei progetti di vita, la modificazione della propria immagine fisica e sociale, sono fattori che producono un intenso carico psicologico. Questa condizione può spesso evolvere in uno stato depressivo, anche se questa non è una regola assoluta. Nei soggetti con neoplasia avanzata, la depressione può essere pre-esistente alla patologia, concomitante, o indotta da essa. La presenza di depressione può modificare il decorso della malattia e la reazione dei pazienti alle cure.

La depressione è una condizione medica che condiziona pesantemente le funzioni cognitive, emotive e la vita di relazione di chi ne è affetto. Sebbene una terapia antidepressiva è in grado di controllare i sintomi, più della metà dei soggetti affetti da depressione non sono adeguatamente curati. Da un punto di vista fisiopatologico la depressione è causata da alterazioni presenti nel

<sup>26</sup> S. FLEISCHMAN, L. LESKO, W. BREITBART, *Treatment of organic mental disorders in cancer patients*, in W. BREITBART, J. C. HOLLAND (eds), *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993, pp. 23-48.

SNC. La depressione è il risultato di una interazione fra alterazioni genetiche ed eventi che accadono lungo il corso della vita.

#### d. *Terapia della depressione*

Un luogo comune è quello che la depressione sia un fatto ineluttabile nei pazienti affetti da neoplasia incurabile e che non possa essere trattato. Al contrario un approccio razionale alla depressione fa parte della completezza delle cure da somministrare a questi pazienti allo scopo di garantire la migliore qualità della vita possibile. Il trattamento della depressione può aiutare i pazienti ad affrontare meglio la realtà in cui vivono ed i trattamenti a cui vanno incontro. Vi sono evidenze che dicono come il miglioramento generale dell'umore possa contribuire ad aumentare i tempi di sopravvivenza. Un approccio psicologico sarebbe auspicabile, insieme ad una igiene di vita come quella descritta in precedenza (luce adeguata, abolizione dei rumori molesti, musicoterapia). L'affetto dei familiari è anche necessario. Un aiuto psicologico è fondamentale e, là dove sia richiesta, anche un'assistenza spirituale. Gli anti-depressivi, particolarmente quelli di ultima generazione, sono generalmente ben tollerati anche per pazienti spesso sottoposti a multiterapia. Alcuni anti-depressivi attraverso la loro azione analgesica centrale possono essere usati anche come completamento della terapia del dolore. I farmaci anti-depressivi potenziano l'azione della serotonina a livello centrale. La fluoxetina, la paroxetina, la sertralina hanno una azione selettiva di inibizione del re-uptake della serotonina. I più vecchi triciclici (amitriptilina, imipramina) sono meno tollerati a causa delle loro interferenze sul sistema cardiovascolare, ma rappresentano una buona alternativa, grazie alla documentata azione analgesica. Le interazioni farmacologiche vanno sempre tenute presenti. I tempi di azione degli agenti anti-depressivi sono lunghi. Spesso è necessario attendere alcune settimane per ottenere un effetto considerevole. Le dosi ed i tempi di somministrazione vanno aggiustati in corso di terapia.<sup>27</sup>

### 7. 8. *Sintomi gastrointestinali*

#### a. *Anoressia*

L'anoressia (perdita di appetito e di desiderio di mangiare) è un sintomo molto comune nei pazienti affetti da neoplasia incurabile. L'anoressia in genere va aggravandosi in relazione alla crescita tumorale. L'anoressia è la più frequente causa di malnutrizione nei pazienti affetti da neoplasia. La cachessia è una

<sup>27</sup> J. S. MCDANIEL, D. L. MUSSELMAN, M. R. PORTER, *et al.*, *Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment*, «Archives of General Psychiatry», 52/2 (1995), pp. 89-99. Cfr. anche: F. C. STIEFEL, A. B. KORNBLITH, J. C. HOLLAND, *Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period*, «Cancer», 65/4 (1990), pp. 1048-1053.

condizione frequente durante le ultime fasi della vita, caratterizzata da profonda debolezza, perdita di peso, di tessuto grasso e muscolare. L'anoressia e la cachessia spesso concomitano. Frequentemente la cachessia è prodotta dall'insufficiente apporto calorico, sia a causa dell'anoressia che per la diminuzione dell'assorbimento. La cachessia può anche essere dovuta ad un eccessivo consumo di energia da parte della crescita della neoplasia.

#### b. *Terapia dell'anoressia*

La correzione dei comportamenti nei confronti dell'apporto di cibo è auspicabile. Una terapia psicologica di supporto sarebbe importante per fornire le necessarie motivazioni per una corretta alimentazione anche dove non vi sia desiderio di essa o addirittura un rifiuto franco. Il ripristino di un adeguato apporto calorico aiuta i pazienti a mantenere un peso corporeo sufficiente, a prevenire degenerazioni tissutali e impedire l'insorgenza di infezioni. La terapia nutrizionale disegnata per i pazienti oncologici potrebbe differire da quella attuata in altre situazioni cliniche. La strategia nutrizionale deve essere stabilita in base alle esigenze metaboliche derivanti dalla patologia o da eventuali misure terapeutiche. L'alimentazione naturale dovrebbe essere sempre scelta fino a quando sia attuabile. L'alimentazione artificiale enterale o parenterale può essere introdotta nelle situazioni di impossibilità a continuare l'apporto di cibo in modo naturale. La preparazione delle sacche di nutrizione artificiale deve seguire le esigenze metaboliche derivanti dalla situazione clinica dei pazienti, stabilendo un corretto apporto glicidico, proteico e lipidico in funzione di essa.<sup>28</sup>

#### c. *Nausea e vomito*

La nausea ed il vomito sono sintomi comuni nei pazienti con neoplasie avanzate. Una nausea cronica influenza pesantemente la qualità della vita dei pazienti. Nei soggetti oncologici la nausea persistente ha un'origine multifattoriale. Notoriamente viene indotta da radioterapia e da chemioterapia; inoltre alcuni farmaci di uso frequente nelle cure palliative, in particolare gli oppioidi hanno come effetto collaterale la nausea. I cortisonici, gli anti-depressivi inibitori del *re-uptake* della serotonina sono gli agenti coinvolti nella produzione della nausea. Spesso però quest'effetto collaterale si risolve dopo pochi giorni dall'inizio della terapia. Altre cause di nausea persistente possono essere legate ad aumento della pressione endocranica (presenza di neoplasie primarie o secondarie), ad alterazioni metaboliche come ipercalcemia, iponatriemia, uremia, a patologie gastroduodenali, patologie del cavo orale, faringe ed esofago.

<sup>28</sup> E. BRUERA, Z. CATZ, R. HOOPER, *et al.*, *Chronic nausea and anorexia in advanced cancer patients: a possible role for autonomic dysfunction*, «J Pain Symptom Manage», 2/1 (Winter 1987), pp. 19-21.

La nausea può anche avere una matrice di origine psicologica che la produce o la aggrava.

La terapia della nausea e del vomito consiste innanzitutto nella identificazione di eventuali fattori che li determinano e nella loro eliminazione. Metoclopramide e domperidone sono gli agenti di prima scelta per il loro effetto inibitorio sui chemorecettori che stimolano la nausea ed il vomito, attraverso la loro azione antidopaminergica. La metoclopramide può essere somministrata sia per via orale che per via parenterale (sub-cutanea o endovenosa). Il domperidone al contrario è disponibile solo in formulazione orale o rettale. Questi farmaci non hanno in generale effetti collaterali importanti. I sintomi extrapiramidali sono estremamente infrequenti. In caso di ostruzione intestinale farmaci ad azione antistaminica (fenotiazine, clorpromazina) possono essere una alternativa, prestando attenzione agli effetti collaterali. L'aloiperidolo con la sua azione antidopaminica è un farmaco di seconda scelta. Se concomita uno stato di dolore colico, la yoscina butilbromide può essere aggiunta ad una terapia antiemetica. Nei pazienti con nausea persistente può essere opportuno somministrare metoclopramide in infusione parenterale. Gli antagonisti dei recettori (ondasentron) sono usati per controllare la nausea prodotta da radio e chemioterapia, mentre il loro ruolo in altre situazioni non è ancora chiarito. Nella nostra esperienza possono essere una valida alternativa là dove gli antidopaminici non funzionano.<sup>29</sup>

#### d. Alterazioni della motilità intestinale

I pazienti con neoplasie avanzate mostrano spesso delle alterazioni della motilità intestinale. La stipsi è di gran lunga la condizione più frequente, potendo sfociare in un quadro grave di blocco intestinale. La diarrea è un sintomo meno frequente e relativo a situazioni inerenti la patologia neoplastica. La stipsi può essere indotta da compressione meccanica esercitata direttamente dalla crescita neoplastica o indirettamente come ad esempio in caso di versamento ascitico secondario. Aspetti psicologici intervengono in modo significativo. Anche la scarsa assunzione di cibo e liquidi contribuiscono all'instaurazione della stipsi. Alcuni farmaci normalmente assunti per il controllo di altri sintomi, in particolare gli oppioidi, hanno come effetto collaterale la stipsi.

La somministrazione degli oppioidi dovrebbe sempre prevedere l'uso contemporaneo di lassativi. Gli oppioidi inducono una disfunzione autonoma che è caratterizzata da diminuita motilità intestinale, senso di sazietà, nausea cronica.

<sup>29</sup> C. RIPAMONTI, E. BRUERA, *Chronic nausea and vomiting*, in C. RIPAMONTI, E. BRUERA (eds.), *Gastrointestinal Symptoms in Advanced Cancer Patients*, Oxford University Press, New York and Oxford 2002, pp. 169-174. Cfr. anche: E. BRUERA, L. SEIFERT, S. WATANABE, et al., *Chronic nausea in advanced cancer patients: a retrospective assessment of a metoclopramide-based antiemetic regimen*, «J Pain Symptom Manage», 11/3 (1996), pp. 147-153.

Un'accurata raccolta della storia della stipsi aiuta la comprensione della sua genesi. Una terapia adeguata dovrebbe però essere instaurata nel più breve tempo possibile. Il trattamento della stipsi consiste in un tentativo di terapia causale e nell'uso di lassativi. Il primo approccio consiste nell'eliminare le possibili cause promuoventi o aggravanti. Ad esempio potrebbe essere opportuno ridisegnare lo schema terapeutico con oppioidi, per contenere gli effetti collaterali. Un trattamento profilattico può essere previsto in caso di regimi terapeutici inducenti stipsi. Una dieta con alto contenuto di fibre può essere raccomandata se le condizioni lo consentono. Agenti in grado di produrre volume hanno una funzione analoga. Queste procedure sono sconsigliabili nei pazienti con neoplasie avanzate e in coloro che hanno una patologia che coinvolge l'intestino. La terapia per la stipsi può essere somministrata per via orale o per vie rettali. I lassativi orali comprendono gli agenti che producono volume (lattulosio), gli agenti osmotici, i catartici da contatto, e gli agenti per il lavaggio colico. I lassativi osmotici sono i sali di sodio ed i sali di magnesio. I fosfati di sodio sono generalmente somministrati per via rettocolica (enteroclisma). Il magnesio citrato è invece somministrato per via orale. I catartici da contatto (bisacodil) sono disponibili attraverso formulazioni rettali. Una volta che la stipsi è sbloccata, dovrebbero essere usati agenti promuoventi la motilità intestinale. Oli minerali o biologici potrebbero anche essere usati sia per via orale sia per enteroclisma. La somministrazione di questi agenti deve tenere conto della capacità deglutitive che se compromesse, potrebbero produrre polmonite *ab ingestis*. Per combattere la stipsi da oppioidi potrebbe essere una soluzione la somministrazione di loro antagonisti (naloxone) per via orale.<sup>30</sup>

#### 7. 1. 5. Lesioni cutanee

La cute rappresenta la principale barriera protettiva per le noxae patogene ambientali. Le lesioni cutanee sono frequenti nei soggetti affetti da neoplasie in fase avanzata e rappresentano motivo di sofferenza fisica e psicologica. La cute è infatti riccamente innervata anche da fibre nocicettive, per cui le lesioni sono particolarmente dolenti. Essendo poi la pelle la parte più visibile del corpo la visione delle sue alterazioni, talvolta davvero drammatiche, è fonte di disagio ed intensa preoccupazione. Nei pazienti affetti da neoplasia in fase avanzata vi sono numerose lesioni cutanee e varie cause che le determinano:

stravasamento degli agenti chemioterapici: i farmaci chemioterapici somministrati per via endovenosa possono stravasare nei tessuti limitrofi producendo dolore e lesioni cutanee in rapporto alla quantità.

<sup>30</sup> I. MANCINI, E. BRUERA, *Constipation in advanced cancer patients*, «Support Care Cancer», 6/4 (1998), pp. 356-364. Cfr. anche: M. P. DAVIS, C. NOUNEH, *Modern management of cancer-related intestinal obstruction*, «Curr Pain Headache Rep», 5/3 (2001), pp. 257-264.

Lesioni cutanee da radioterapia: le radiazioni usate per la terapia radiante possono danneggiare anche le cellule sane. In particolare, i trattamenti possono generare desquamazioni fino alla perdita dell'epidermide. Le lesioni cutanee si instaurano in 1-2 settimane mentre la loro guarigione necessita anche di mesi.

Ulcere da decubito: le ulcere da decubito sono delle lesioni che si formano a causa di una pressione costante su un'area del corpo. Questa pressione è spesso il risultato del posizionamento in decubito fisso. Le aree più coinvolte in questo processo sono le regioni dei piedi, particolarmente il tallone e la regione lombo sacrale. Le ulcere sono meno frequenti dove è più rappresentato il tessuto adiposo. Le ulcere si classificano in quattro stadi di evoluzione cronologica e dipendente dal livello e dalla profondità dei tessuti coinvolti:

il primo stadio è caratterizzato da un eritema che si forma su una cute intatta. L'area si caratterizza anche con un aumento della temperatura, presenza di edema, o indurimento franco.

Il secondo stadio è caratterizzato da ispessimento più accentuato e da ulcere superficiali che coinvolgono la cute e il derma in modo marginale (le lesioni appaiono come abrasioni o bolle).

Il terzo stadio è caratterizzato da perdita di sostanza di origine necrotica che coinvolge l'epidermide ed il derma ma non travalica oltre la membrana limitante.

Il quarto stadio è caratterizzato da necrosi tissutale profonda che coinvolge anche i muscoli ed in taluni casi anche il tessuto osseo.

La valutazione delle lesioni cutanee deve tener conto oltre al grado della lesione, anche dei sintomi che la accompagnano, la possibile evoluzione e la tendenza alle complicazioni. Le lesioni sono generalmente molto dolorose, evolvono velocemente e possono essere caratterizzate da complicanze anche potenzialmente pericolose quali le sovrainfezioni.

#### a. *Trattamento delle lesioni cutanee*

La prima regola è la prevenzione. Occorre individuare le situazioni che presuppongono la insorgenza delle piaghe ed usare delle strategie in grado di prevenirle. Il cambiamento costante di posizione è la norma che non sempre è facile applicare a causa delle condizioni del paziente. In particolare, occorre evitare che il peso corporeo poggi sempre sulle stesse aree, particolarmente quelle con sporgenze ossee. Alcuni benefici sia in termini di prevenzione che in termini di sollievo possono venire dall'uso di alcuni dispositivi (materassini ad acqua o ad aria) anche se i risultati reali riportati in letteratura sono scarsi. Il trattamento delle ferite è caratterizzato innanzitutto da un *couvrettage* con rimozione del materiale necrotico. Questa manovra riduce la possibilità di infezione, facilita la riparazione ed aiuta a valutare la profondità della ferita. In genere si usano tecniche chirurgiche ma se non vi è necessità urgente è possibile

usare metodiche enzimatiche o autolitiche. L'igiene delle lesioni deve essere svolta giornalmente. Usualmente si usa irrigare le cavità ulcerose con acqua distillata o soluzioni saline, mentre l'uso degli antisettici è limitato a presenza d'inflammatione. Nel caso di sospetta contaminazione batterica di rilievo, presenza di materiale purulento e maleodorante, si provvede a terapia antibiotica locale e se necessario di tipo sistemico, per periodi limitati onde evitare l'instaurarsi di resistenza antibiotica. Le lesioni vanno coperte con materiale sterile leggero e devono comunque mantenere una sufficiente umidità per evitare che la secchezza tissutale promuova ulteriori fenomeni di necrosi.<sup>31</sup>

#### 7. 1. 6. Infezioni ricorrenti

I pazienti affetti da neoplasia grave incurabile sono generalmente defedati per la compromissione delle difese immunitarie sia naturali che specifiche documentata da una neutropenia più o meno grave che è presente in questi pazienti. Le cause di questa compromissione sono molteplici. Possono essere ricondotte a meccanismi legati alla progressione della malattia oppure a sequele delle terapie causali attuate. La crescita tumorale induce alterazioni metaboliche con la diminuzione di principi vitali (es. vitamine) necessarie per la riproduzione cellulare particolarmente vivace nelle cellule ematiche. L'anoressia precedentemente descritta è un'altra condizione di carenza degli elementi essenziali per un efficace ricambio cellulare. Condizioni correlate alla localizzazione della neoplasia (leucemie, linfomi e metastasi ossee diffuse) aggravano in modo significativo le alterazioni sopra descritte. La radio e soprattutto la chemioterapia causano generalmente diminuzione della popolazione cellulare nei tessuti ad alto ricambio. Per questo motivo tali terapie hanno come conseguenza una neutropenia.

Le alterazioni immunologiche predispongono i pazienti ad infezioni ricorrenti legate anche a microrganismi altrimenti innocui.

##### a. Sintomi

I sintomi più frequenti che sono indicativi per una sovra-immissione infettiva sono la febbre, aumento dell'astenia, cefalea e senso di malessere generalizzato. Altri sintomi sono legati alla localizzazione dell'infezione stessa. Le manifestazioni cliniche più frequenti sono a carico del sistema respiratorio: imponente presenza di secrezioni, tosse, dispnea.

Altre localizzazioni frequenti sono a carico del sistema genito-urinario. I

<sup>31</sup> J. B. REULER, T. G. COONEY, *The pressure sore: Pathophysiology and principles of management*, «Ann Intern Med», 94 (1981), pp. 661-666. Cfr. anche: Jr. STAAS WE, J. G. LAMANTIA, *Decubitus ulcers and rehabilitation medicine*, «Int J. Dermatol», 21 (1982), pp. 437-444; J. ROGERS, L. F. WILSON, *Preventing recurrent tissue breakdowns after "pressure sore" closures*, «Plast Reconstr Surg», 56 (1975), pp. 419-422.

sintomi più frequenti sono caratterizzati da dolori urenti in sede uretrale-vescicale, pollachiuria, minzione frequente.

Le infezioni urinarie sono rese più frequenti dalla presenza di catetere endovescicale posizionato nei casi di incontinenza (vedi sopra).

Infezioni opportunistiche particolarmente quelle micotiche, si localizzano spesso a livello delle mucose a stretto contatto con l'ambiente esterno, buccale, nasale, genito-urinario, potendo però se non adeguatamente trattate divenire sistemiche.<sup>32</sup>

#### b. Prevenzione

Per la situazione particolare in cui versano i pazienti con neoplasie non curabili, un'infezione anche banale, può avere delle sequele importanti fino all'exitus. Per questo motivo è indispensabile adottare tutte le misure di prevenzione possibili. Una igiene personale accurata e scrupolosa va seguita sia dal paziente sia dai familiari e dal personale sanitario che presta le cure mediche.

Il lavaggio frequente delle mani è la prima misura di prevenzione anche se l'igiene complessiva del corpo non va trascurata. Bisogna accuratamente evitare fonti di contagio, sicché qualunque persona affetta da patologia di probabile eziologia infettiva, anche banale, non deve avere frequentazioni con il paziente. L'attuazione delle procedure di igiene medica deve essere costante e seguire delle norme rigide.

La pulizia e la cura delle lesioni cutanee previene come sopra detto, le complicanze infettive sia locali che sistemiche. Gli eventuali cateteri presenti devono essere costantemente disinfettati e sostituiti frequentemente. Gli accessi venosi, ove presenti, devono essere sottoposti a costanti misure di pulizia e disinfezione.

#### c. Trattamento

Forme gravi di neutropenia possono essere trattate con cicli di agenti farmacologici che stimolano la riproduzione cellulare. In particolare si usano ormoni che selettivamente possano agire sulle cellule progenitrici della linea mieloide e linfoide.

Il trattamento delle infezioni ricorrenti si basa essenzialmente sulla terapia antibiotica che va attuata sia come terapia eziologica che come terapia di prevenzione delle sovra-infezioni batteriche. La scelta degli antibiotici, come in qualsiasi altra attività, deve seguire le indicazioni di farmaco-economia e soprattutto di attenzione ai meccanismi di resistenza batterica, frequenti in soggetti sottoposti continuamente a cicli di terapie antibiotiche. Le infezioni

<sup>32</sup> S. L. SCHAFER, *Infection due to leukopenia*, in J. M. YASKO (eds.), *Nursing Management of Symptoms Associated With Chemotherapy*, Bala Cynwyd, PA, Meniscus, 1998, 4th ed., pp. 135-162.

micotiche, tra l'altro aggravate da contemporanea terapia antibiotica, vanno precocemente identificate e trattate, ove possibile, per via locale o altrimenti per via sistemica. Accanto alle strategie eziologiche terapeutiche si usano presidi terapeutici sintomatici.<sup>33</sup>

### 7. 1. 7. Alterazioni idro-elettrolitiche

L'omeostasi idro-elettrolitica è spesso turbata nei pazienti con neoplasia terminale. A causa di un alterato metabolismo gli elettroliti quali sodio, cloro, potassio, calcio e fosforo vanno incontro a degli squilibri che producono dei sintomi peraltro importanti. Anche il bilancio idrico è spesso alterato in questi pazienti con conseguenze sia sulla distribuzione dei liquidi sia sulla loro eliminazione. Conseguenza frequente di quest'alterazione è l'insorgenza di edemi.

La distribuzione dei liquidi fra il comparto vascolare ed extra vascolare, segue delle leggi idrostatiche e idrodinamiche. In particolare essa è la risultanza degli equilibri fra le pressioni idrostatiche e le pressioni osmotiche e colloid-osmotiche.

Un'alterazione di questi equilibri porta ad un accumulo di liquidi nel comparto extra vascolare (edema). Gli edemi possono essere localizzati o generalizzati: le cause possono essere sia un aumento della pressione idrostatica sia una diminuzione della pressione colloid-osmotica ed infine la presenza di reazioni infiammatorie (essudati).

Un tipo di edema da alterazione della pressione idrostatica è quello provocato da blocco linfatico per compressione neoplastica o per manovre chirurgiche. Gli edemi possono essere localizzati agli arti superiori e inferiori in relazione alla sede della neoplasia. Una situazione frequente è l'edema dell'arto superiore provocato dalla mastectomia con escissione dei linfonodi ascellari.

Gli edemi provocati da alterazioni osmotiche e colloid-osmotiche tendono ad essere generalizzati o comunque ad avere delle localizzazioni diffuse. Un'alterazione di questo tipo può provocare edema a livello peritoneale (ascite) o edemi diffusi alle parti declivi.

#### a. Terapia

Il mantenimento dell'equilibrio idro-elettrolitico inteso sia come bilancio dei liquidi sia come assetto omeostatico degli agenti osmotici e colloid-osmotici è una delle principali attività delle cure palliative. La misura del bilancio idrico è facilitata dalla presenza di cateteri con le annesse sacche di accumulo. Il conforto dei parametri emato-chimici supporta la prescrizione dei presidi

<sup>33</sup> M. E. ROSTAD, *Current strategies for managing myelosuppression in patients with cancer*, «Oncology Nursing Forum», 18/2 (Suppl) (1991), pp. 7-15.

terapeutici. La somministrazione di soluzioni contenenti molecole osmoticamente attive deve essere disegnata sulla base dei rilievi ematochimici (soluzioni isotoniche, ipertoniche, K flebo etc). Gli edemi devono essere trattati sulla base della loro origine. Gli edemi localizzati sono di difficile approccio. Il mantenimento delle dimensioni che si siano instaurate in seguito a blocco può essere ottenuto attraverso cure farmacologiche sistemiche (vedi dopo), se non è possibile attuare una terapia di intervento fisico.

Gli edemi con la tendenza alla distribuzione sistemica possono essere controllati con l'ausilio di alcune procedure terapeutiche. L'uso dei diuretici deve innanzitutto prendere in considerazione i parametri cardio-vascolari. Davanti ad edemi importanti con pressione arteriosa normale o persino aumentata, l'uso di diuretici è necessario per la riduzione dell'edema. La scelta del diuretico deve essere confortata dai parametri ematochimici. Un normale assetto della potassiemia e della natriemia, indica una scelta di farmaci diuretici in grado di diminuire la capacità idrica complessiva (diuretici dell'ansa). La diminuzione del potassio suggerisce l'uso di diuretici risparmiatori dello ione. Il dosaggio dei diuretici deve seguire la valutazione dei bilanci. La patogenesi degli edemi in funzione del calo della pressione colloidale-osmotica (patologie a carico del fegato e/o dei reni) può indicare l'uso di terapia proteica, in relazione con i parametri ematochimici di riferimento. L'albumina rappresenta la proteina più concentrata a livello plasmatico, con il più alto peso molecolare. Per questa ragione essa rappresenta la principale fonte di attrazione colloidale-osmotica. Una carenza di albumina da diminuita produzione (patologia epatica) o una eccessiva escrezione (sindrome nefrosica) predispone ad un'alterata distribuzione di liquidi con accumulo interstiziale. Inoltre, la diminuzione di albumina può anche alterare l'azione dei farmaci, essendo la proteina uno dei principali vettori. L'integrazione dei livelli di albumina attraverso la somministrazione esogena è spesso di aiuto nel trattamento degli edemi.

#### 7. 1. 8. I sintomi alla fine della vita

Tutta la sintomatologia descritta ha un'accelerazione quando l'equilibrio vitale già precario, a causa della malattia, si avvia verso lo scompensamento terminale. Fra i sintomi che è opportuno mettere in rilievo vi sono quelli respiratori. Le alterazioni della respirazione non sono state trattate in precedenza, perché spesso legate a situazioni cliniche particolari (neoplasie primarie e secondarie che colpiscono le vie respiratorie o complicazioni cardiovascolari). Nello scompensamento terminale i sintomi respiratori rappresentano una componente importante, spesso quella predominante. L'insufficienza respiratoria, con respiro frequente e superficiale caratterizza generalmente gli ultimi momenti della vita. La sua genesi è complessa, potendo dipendere sia da alterazioni locali ma soprattutto da grave compromissione omeostatica sistemica, con perdita della capacità di utilizzo dell'energia. Il rantolo (respiro superficiale

con rumori stertorosi intensi) è la somma dell'insufficienza della respirazione con accumulo edematoso su tutto l'ambito delle vie aeree. Il rantolo è uno dei segnali più indicativi di morte imminente. Sempre in ottemperanza di una condotta assistenziale che sia di sollievo della sofferenza senza accanimento terapeutico, i sintomi presenti alla fine della vita devono essere curati solo se sono veramente in grado di recare sofferenza al paziente, ma mai in modo da continuarne artificialmente l'esistenza. La morte deve essere un evento naturale, il più sereno possibile, senza che alcuno ne anticipi o posponga l'avvento.

#### a. *La sedazione terminale*

Uno degli aspetti più controversi delle cure palliative è rappresentato dalla sedazione terminale. Per sedazione si intende quella procedura per cui un soggetto viene posto in condizione di assoluta perdita di coscienza là dove le funzioni vitali sono conservate. La sedazione terminale è una pratica non rara nell'ambito delle cure palliative, motivata dalla necessità di alleviare completamente le sofferenze della persona a fronte dell'impossibilità etica di anticiparne la sua fine. Va comunque sempre ricordato che la persona che soffre, ha una esistenza non soltanto del suo corpo ma è una unità psico-fisica che, al di là di ogni aspetto religioso (quello del paziente in particolare) va rispettata in quanto tale. L'induzione della perdita della coscienza, non motivata dal tentativo di alleviare le sofferenze rispettando l'identità di persona umana, può essere una forma di violenza sull'unità psico-fisica di un individuo. La sedazione terminale va riservata esclusivamente a casi di sofferenza intrattabile. La sedazione terminale può essere presa in considerazione in caso di delirio e gravi stati di agitazione non altrimenti controllabili, in caso di dispnea fuori controllo ed in generale in caso di sintomi che alterano pesantemente la dignità della persona (dolore) realmente refrattari ad ogni altro tipo di approccio terapeutico. Vari agenti farmacologici sono in grado di indurre una sedazione. Alcune benzodiazepine (midazolam o soprattutto lorazepam) sono comunemente usati per questa procedura. Questi agenti sono generalmente usati in infusione, all'inizio con dose di carico e successivamente con dosaggi infusionali costanti. In ambito ospedaliero si può usare il propofol. Un farmaco promettente per l'induzione della sedazione è il metotrimeprazine non in commercio in Italia.<sup>34</sup>

<sup>34</sup> I. BYOCK, *The nature of suffering and the nature of opportunity and the end of life*, «Clinic GeriatrMed», 12 (1996), pp. 237-252. Cfr. anche: J. D. COWAN, D. WALSH, *Terminal sedation in palliative medicine - definition and review of the literature*, «Support Care Cancer», 9 (2001), pp. 403-407; J. HARDY, *Sedation in terminally ill patients*, «Lancet», 356 (2000), pp. 1866-1867; J. L. HALLENBECK, *Terminal sedation: ethical implications in different situations*, «J Palliat Med. Fall», 3/3 (2000), pp. 313-320.

## 8. CURE PALLIATIVE: APPROCCIO GLOBALE AL PAZIENTE

### 8. 1. *Il team di cure palliative*

Le cure palliative sono elettivamente fornite da team organizzati *ad hoc* a svolgere questa funzione. Le cure palliative possono essere condotte sia in strutture murali (ospedali o in alternativa siti di ricovero dove ospitare i pazienti impossibilitati ad essere curati presso la propria abitazione, tipo *Hospice*), sia in regime di assistenza domiciliare che ha il vantaggio di garantire ai pazienti l'ambiente familiare che è il più consono a dare una maggiore serenità. Le cure palliative vanno iniziate presso le strutture ospedaliere di riferimento per la patologia principale, sia in regime di ricovero (limitate a causa dei costi elevati) che di visite ambulatoriali. La gestione delle cure palliative spetta inizialmente ai sanitari curanti che si avvalgono successivamente della competenza dei *team*, ai quali i pazienti vengono affidati definitivamente quando le terapie causali siano esaurite. A questo punto la cura della persona ammalata è assicurata da medici, infermieri, psicologi, volontari, assistenti spirituali (se richiesti) che compongono l'organizzazione del *team* di riferimento, che individua i bisogni dell'ammalato e dei suoi familiari e provvede alla loro soddisfazione nel miglior modo possibile.

Il *team* di cure palliative, quando inizialmente è affiancato in modo consultivo ai sanitari di riferimento per le patologie principali, conosce il paziente in modo completo e partecipa alle decisioni sulle strategie terapeutiche da attuare. Successivamente diviene il riferimento principale. La sinergia fra servizio di assistenza per la patologia principale (Strutture Oncologiche) e i *team* per le cure palliative rappresenta una esigenza funzionale alla piena conoscenza del paziente e della sua situazione per l'instaurarsi di un rapporto fiduciario con esso ed i suoi familiari fin dall'inizio. La sua attività si svolge sia a livello intramurale, organizzazione di ambulatori o *Day-Hospital*, sia a livello domiciliare quando i pazienti sono impossibilitati a recarsi presso i centri ambulatoriali. I componenti di un *team* di cure palliative devono essere in grado di garantire un servizio ad alta specializzazione e a bassi costi. Per questo motivo tutti i componenti del *team* di cure palliative devono aver seguito un percorso di alta formazione sia da un punto di vista medico (adeguata esperienza per il controllo dei sintomi ed in particolare del dolore), sia da un punto di vista psicologico e di comunicazione. Il *team* deve programmare continui *meeting* fra i tutti i componenti con l'intento di comunicazione, formazione e confronto. Il sanitario coordinatore deve essere in grado di amalgamare gli altri componenti sia da un punto di vista professionale (modalità e qualità di approccio devono essere omogenei per non disorientare il paziente e i familiari), sia umano. L'armonia del gruppo è fondamentale, per cui il coordinatore deve smussare la dialettica fra i componenti e prendere decisioni di sostituzione dei componenti nel momento in cui si accorge che i conflitti possano essere insanabili.

### 8. 2. *Cure palliative in regime di assistenza domiciliare*

La permanenza della persona ammalata presso la sua abitazione, nel suo mondo, è la scelta più auspicabile. Spesso i pazienti provengono da prolungati periodi di lontananza a causa di lunghi ricoveri. Il ritorno a casa spesso rappresenta un sollievo psicologico da non trascurare. Il provvedere alle cure a domicilio vuole dire coniugare le esigenze assistenziali spesso complesse con la serenità di una vita trascorsa all'interno delle mura familiari. Il medico responsabile del team deve programmare le strategie di intervento personalizzate in base alle reali necessità del paziente. Figura centrale dell'assistenza domiciliare è l'infermiere professionale. L'infermiere valuta le condizioni generali del paziente, esegue la terapia (o ne valuta la corretta esecuzione), provvede all'igiene di lesioni cutanee, stomie, cateteri, etc, riferisce ad ogni accesso al medico responsabile. Vengono programmati gli accessi infermieristici con regolarità in base alla condizione del paziente. Generalmente sono necessari almeno tre accessi settimanali, ma spesso divengono indispensabili le visite a cadenza giornaliera. Le figure infermieristiche devono essere costanti, anche se non completamente uniche. La rotazione fra due operatori su un paziente sarebbe l'ideale. Il medico responsabile (affiancato idealmente da soggetti da formare) accede con cadenza variabile, a sua discrezione, stando in continuo contatto con gli infermieri ed essendo il riferimento di massima reperibilità anche per il paziente ed i suoi familiari. I volontari partecipano al rapporto umano e aiutano la famiglia nell'affrontare la gestione di una condizione drammatica. A discrezione del medico responsabile si programma l'intervento dello psicologo e di altre figure professionali che possano essere di reale aiuto al paziente ed ai suoi familiari.

Nell'attuazione delle cure palliative domiciliari il ruolo dei familiari è essenziale e centrale. In particolare, è importante l'identificazione del "care giver", cioè colui o colei che ha la responsabilità della cura tra i familiari e rappresenta l'interlocutore privilegiato per il *team*, al quale spetta la decisione in assenza di volontà provata da parte del paziente. Il *team* di Assistenza Domiciliare, pur mantenendo un'immagine di efficienza e professionalità deve istaurare un rapporto umano e di affetto con il paziente e i suoi familiari. La loro completa fiducia, il loro senso di conforto nei confronti del *team* dell'assistenza è la migliore terapia che si possa dare.<sup>35</sup>

### 8. 3. *Concetto e significato di Hospice*

I servizi assistenziali attuati dalle strutture ospedaliere e in regime di assistenza domiciliare sono le vie migliori per garantire le cure palliative intese nel modo

<sup>35</sup> S. BOOTH, E. BRUERA, D. OLIVER, *Palliative Care Consultations in Primary and Metastatic Brain Tumours*, Oxford University Press, New York and Oxford 2003; R. WOODRUFF, D. DOYLE, *IAHPC Manual of palliative care*, 2004.

più completo. Soprattutto l'assistenza domiciliare dovrebbe in particolare seguire il paziente fino all'evento finale. In alcune situazioni, non è possibile curare il paziente nelle condizioni descritte. In questi casi ed in particolare quando la previsione di vita è veramente limitata, nei limiti della fallacità umana, si può prevedere il ricorso ad una struttura di ospitalità protetta, l'*Hospice*.

Un *Hospice* non è una struttura sanitaria organizzata, ma un modo particolare di prendersi cura di una persona alla fine della sua vita, prevedibile sulla base di una patologia cronica che si aggrava progressivamente. L'*Hospice* deve cercare il raggiungimento di una qualità della vita che possa essere la migliore possibile con il controllo dei sintomi clinici, ma anche attraverso un supporto umano intenso e la garanzia della dignità di essere umano alla fine della sua esperienza. L'organizzazione di un *Hospice* deve anche garantire un supporto alla famiglia che è gravata da una situazione di responsabilità e di dramma umano assolutamente unica. L'*Hospice* è un ambiente sereno, in cui il paziente vive all'interno di una sua *privacy*, in una serenità che se pur non può essere quella della sua casa, debba essere la migliore possibile. L'*Hospice* garantisce al suo interno la presenza continuativa di personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) che insieme ai familiari si prende cura delle fasi finali della vita del paziente. L'*Hospice* fornisce un'assistenza più continuativa, sempre nel rispetto delle regole sopradescritte evitando l'accanimento terapeutico ma favorendo una progressione verso l'esito finale in maniera naturale.

**ABSTRACT:** *The progress of medicine in the more developed societies has led to an increase in the number of curable diseases. Other incurable diseases have been rendered treatable. The overall result has been a lengthening of the average lifespan and an increase in the number of patients with chronic progressive diseases which inevitably constitute situations that are very complex to handle. Palliative care consists in the ensemble of therapies administered to patients who do not respond to causal treatments. The purpose of palliative care is to attain the best quality of life for the patients themselves and for their families. Palliative care is a multidisciplinary therapeutic model for a global approach that includes the consideration of not only the physical but also the psychological, social and spiritual aspects of a patient afflicted with incurable progressive disease and of the family members who look after him. The model, which is applied over the course of the disease, consists in all those treatments aimed at maintaining an acceptable quality of life or at least the reduction of the sufferings of the patient and his family. The approach of death should be characterized by the intensification of palliative care, avoiding therapeutic overkill and always seeking to guarantee maximum serenity in a difficult moment of life. To care for an individual who needs palliative care means being alert to his suffering, alleviating it through definite, highly specialized and low-cost medical treatments, respecting the human being in his personal dignity.*