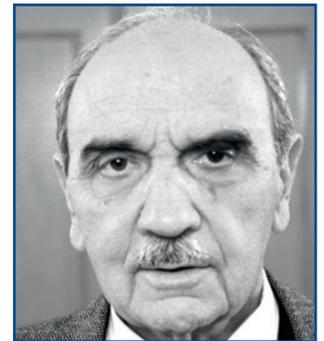


Tra “supporto” e “palliazione” in oncologia toracica: una proposta funzionale alle realtà attuali

Supportive and palliative care in thoracic oncology: a proposal for present needs



Franco Salvati

L'espressione “best supportive care (BSC)” si ritiene sia stata introdotta per la prima volta in letteratura nel report finale del *Canadian Multicenter Randomized Trial* ad opera di Rapp et al. ¹ nel 1988 per indicare il braccio di controllo sino allora definito nei trial “no treatment”; l'espressione nel 1991 fu ripresa da Cellerino et al. ² nel *Journal of Clinical Oncology* in un trial relativo a pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato. L'appropriatezza del termine BSC venne fortemente contestata da Cullen e Billingham ³ nel 2000 alla 8th *Word Conference on Lung Cancer* in quanto ritenuta “fuorviante” soprattutto in riferimento alla palliazione intesa come “standard non-chemotherapy” ovvero intesa come “palliative chemotherapy”.

Altrettanto critici erano stati Ausili-Cefaro et al. ⁴, che, nel commentare i risultati di una “Indagine multicentrica nazionale” (1998-99) da loro coordinata, sottolineavano come negli anni si fosse creata a riguardo una sorta di difformità concettuale e terminologica, che spesso ha portato a sovrapporre e/o a confondere i termini “terapia di supporto” e “terapia palliativa”. Tale difformità ha riguardato essenzialmente i concetti “supporto” e “palliazione” e si è accentuata negli ultimi anni 1900, e ne ritroviamo ancora tracce nella letteratura recente (2010-2013) nei lavori di Temel et al. ⁵, di Jacobsen et al. ⁶ e di Irwin et al. ⁷ e ancor più da quando sono stati introdotti i termini di “early supportive care” e di “early palliative care”: la difformità si è appalesata con chiara evidenza persino nel recente, autorevole Editoriale di Peruselli ⁸. È proprio in questo contesto che (anche tenendo in considerazione i risultati della citata indagine nazionale) ⁴ nel Trattato Italiano di Pneumologia – edito sotto l'egida dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) – si suggeriva ⁹ che la terapia di supporto doves-

se essere intesa come “parte integrante” della strategia globale di trattamento del carcinoma broncogeno insieme agli altri interventi cardine del trattamento stesso (chirurgici, chemioterapici, radioterapici, biomolecolari, ecc.) in modo da garantire al meglio il conseguimento della “migliore risposta possibile in condizione di qualità di vita le migliori possibili”, come sintetizzato nella felice espressione coniata da Soresi e Portalone ¹⁰.

La terapia di supporto deve essere intesa come “parte integrante” della strategia globale di trattamento del carcinoma broncogeno.

Pienamente funzionale al raggiungimento di questo obiettivo è quanto emerge da uno studio sistematico di Maguire et al. ¹¹, secondo cui i bisogni e le esigenze che si individuano tra i pazienti con carcinoma polmonare si concentrano in nove aspetti fondamentali: quelli legati ai sintomi, i problemi del vivere quotidiano, le situazioni psicologico-emozionali e quelle esistenziali-spirituali e religiose, le problematiche relative all'informazione e quelle di ordine pratico, nonché la corretta comunicazione medico-paziente, i rapporti sociali e familiari e gli aspetti di ordine cognitivo. È significativo che gli autori sottolineino con forza la scarsa attenzione che viene riservata a quanto concerne il vivere quotidiano e le esigenze di ordine pratico, ma soprattutto quelle nell'ambito cognitivo dei pazienti: al contrario, attualmente queste ultime vengono rilevate spesso durante il decorso della malattia tanto che Whitney et al. ¹² hanno coniato per esse il singolare termine “chemiobrain”. Peraltro ancor più recenti ricerche effettuate attraverso tecniche di neuroimaging hanno evidenziato che anche in sottogruppi di pazienti non

FONICAP – Forza Operativa
Nazionale Interdisciplinare contro il
Cancro del Polmone
Primario Emerito di
Broncopneumologia, Azienda
Ospedaliera San Camillo-Forlanini,
Roma



Franco Salvati
via Civitella D'Agliano, 31
00191 Roma
francosalvati@infinito.it

ancora trattati sono presenti alterazioni comportamentali di ordine cognitivo¹³.

Nella problematica della terapia di supporto si dovrebbe andare oltre al semplice riferimento ai sintomi.

Da quanto sin qui prospettato ben si comprende che nella problematica della terapia di supporto si dovrebbe andare oltre al semplice riferimento ai sintomi e come si siano infatti sviluppate varie forme di approccio di più ampio respiro che hanno focalizzato la loro attenzione su aspetti che finiscono con riflettersi non soltanto sulla qualità di vita, ma anche sulla sopravvivenza. Ne è conseguito che sono entrati in gioco nuovi e rilevanti bersagli nel complesso ambito “terapia di supporto” e che alcuni di quelli originari hanno acquisito un maggior peso specifico. Le sopraccitate reviews sistematiche a carattere multinazionale (Amsterdam, Melbourne, Hong Kong, Los Angeles, Dundee, ecc.) ne hanno fatto oggetto di analitico approfondimento ed è auspicabile che anche le Società Scientifiche italiane di Pneumologia – attraverso i Gruppi di Studio di Oncologia toracica – prendano l’iniziativa di promuovere una sistematica indagine su base nazionale che vada oltre quella, assai pregevole ed ampia ma limitata ai sintomi, a suo tempo promossa da Ausili-Cefaro et al.⁴.

In tal modo, si potranno approfondire gli aspetti che successivamente sono emersi e che, pur noti all’epoca, necessitano ormai di un’ulteriore analisi che tenga conto dell’evoluzione verificatasi nell’ultimo decennio in ambito oncologico in generale e in quello pneumoncologico in particolare nonché delle conseguenti nuove o modificate esigenze sulle quali intervenire: da citare, tra le tante, la maggiore complessità del concetto “qualità di vita” in rapporto al “*patient reported outcomes*”, l’aumentata incidenza della lungo sopravvivenza, le nuove tossicità quali, ad esempio, quelle indotte dai farmaci Tirocinasi inibitori, il rilevante significato acquisito dal “*continuous maintenance therapy*”, le avviate esperienze di immunoterapia nella malattia broncogenica metastatica, la sempre più frequente influenza di un’ottimale terapia di supporto sulla sopravvivenza, la valorizzazione delle nuove tecniche di riabilitazione respiratoria, la ricerca di più perfezionati modelli assistenziali che assicurino la “*early integration*” con cure palliative tempestive e che siano modulati anche in funzione delle singole caratteristiche personali e psicosociali del paziente, come prospettato di recente da Shin e Temel¹⁴ e pienamente condiviso da Molassiotis et al.¹⁵.

Su questi obiettivi il sopra auspicato impegno multicentrico di qualificati Gruppi di Studio di Oncologia toracica è certamente in grado di dare le più ampie garanzie quanto a completezza di risultati, consentendo anche di delineare finalmente una marcata linea di confine tra le due prassi “terapie di supporto” e “terapie palliative” nonché di individuare i giusti tempi

e modalità con cui le prime vanno integrate con quelle palliative: “*when and how?*”.

Le difficoltà alla “early palliative care” sono attualmente legate sia alle ridotte risorse umane sia alle ridotte risorse economiche.

Tale integrazione dovrebbe comunque essere presa in considerazione precocemente, nell’ambito delle terapie oncologiche standard, al fine di una migliore gestione del tumore polmonare, tenendo ben presente che le difficoltà alla “early palliative care” sono attualmente legate sia alle ridotte risorse umane (in termini di “specialisti” in cure palliative), sia alle ridotte risorse economiche. Oncologi, e pneumologi in particolare, debbono superare le loro remore al riguardo, ma è incontrovertibile che ciò comporta l’esigenza di incentivare un’educazione specifica che li coinvolga insieme ai pazienti ed ai loro familiari: ne conseguirebbe anche un risparmio in termini di costi sanitari globali^{16 17}.

Bibliografia

- Rapp E, Pater J, Willan A, et al. *Chemotherapy can prolong survival in patients with advanced non-small cell lung cancer. Report of a Canadian Multicenter Randomized Trial.* J Clin Oncol 1988;6:633-41.
- Cellerino R, Tummarello D, Guidi F, et al. *Randomized trial of alternating chemotherapy versus best supportive care in advanced non-small cell lung cancer.* J Clin Oncol 1991;9:1453-61.
- Cullen MH, Billingham LJ. *What is best supportive care? Proceedings of 9th World Conference on Lung Cancer Tokyo 2000.* Lung Cancer 2000;29(suppl 2):122.
- Ausili-Cefaro G, Fallai C, Marmioli L, Olmi P. *Terapia di supporto in oncologia. Risultati di una indagine nazionale.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2001, p.1.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. *Early palliative care for patients with non-small cell lung cancer.* N Engl J Med 2010;363:733-42.
- Jacobsen J, Jackson V, Dahali C, et al. *Components of early outpatients palliative care consultation in patients with metastatic non-small cell lung cancer.* J Palliat Med 2011;459-64.
- Irwin KE, Greer JA, Khatib J, et al. *Early palliative care and metastatic non-small cell lung cancer. Potential mechanisms of prolonged survival.* Chron Respir Dis 2013;10:35-47.
- Peruselli C. *Le cure palliative precoci.* Recenti Prog Med 2015;106:203-7.
- Salvati F. *La terapia di supporto nel carcinoma polmonare.* In: Donner CF, Sanguinetti CM (eds). *Trattato Italiano di Pneumologia.* Vol III. Pisa: Edi-AIPO-Scientifica 2001, pp. 2443-70.
- Soresi E, Portalone L. *Follow-up e terapia di supporto.* In: Santi L, Salvati F (eds). *Il carcinoma del polmone.* Protocolli di studio FONICAP, Roma: Sedac 1996, pp. 129-33.
- Maguire R, Papadopolou C, Simpson ME, et al. *A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer.* Eur J Oncol Nurs 2013;17:449-64.
- Whitney KA, Lysaker PH, Steiner AR, et al. *Is “chemo-brain” a transient state? A prospective pilot study among*

persons with non-small cell lung cancer. *J Support Oncol* 2008;6:313-21.

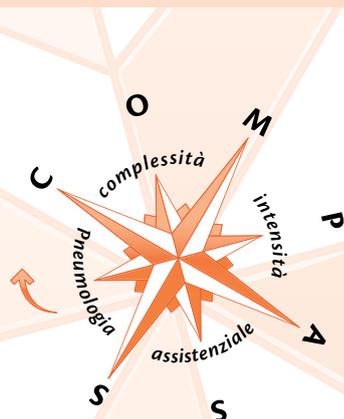
- ¹³ Simò M, Root JC, Vaquero L, et al. *Cognitive and brain structural in a lung cancer population*. *J Thorac Oncol* 2015;10:38-45.
- ¹⁴ Shin J, Temel J. *Integrating palliative care: when and how?* *Curr Opin Pulm Med* 2013;19:344-9.
- ¹⁵ Molassiotis A, Utterlinde W, Hollen P, et al. *Supportive care*

in lung cancer. Milestones over the past 40 years. *J Thorac Oncol* 2015;10:10-8.

- ¹⁶ Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et al. *Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs*. *Arch Intern Med* 2008;168:1783-90.
- ¹⁷ Gade G, Venohr I, Conner D, et al. *Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial*. *J Palliat Med* 2008;11:180-90.

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Quanto è complessa l'attività clinica in Pneumologia? La risposta allo **Studio COMPASS**



Le pressioni socio-economiche e la riduzione della spesa sanitaria, con centralizzazione delle risorse in modelli organizzativi "per intensità di cura", sono le condizioni a cui vuole rispondere lo Studio COMPASS, progetto finalizzato a comprendere il ruolo della Pneumologia nella gestione e nell'assistenza di pazienti complessi.

COMPASS, studio *no-profit* promosso da AIPO, permetterà di **valutare la criticità dei soggetti** ricoverati in circa 30 Centri Pneumologici e di definire, attraverso il monitoraggio di precisi indicatori, il **livello di complessità dell'attività clinica in Pneumologia** e quindi la capacità di **governance** del "paziente cronico complesso".

Lo Studio COMPASS è inserito tra gli obiettivi del Dipartimento AIPO per i Rapporti Istituzionali e le Politiche Sanitarie in Pneumologia

CRO registrata AIFA (n. 192 OsSC)

AIPO
RICERCHE



Via Antonio da Recanate, 2 – 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590350 – Fax +39 02 67382337
aipocentrostudi@aiporicerche.it – www.aiporicerche.it

 aiponet

Dal 2004 al servizio della Pneumologia Italiana
aiposegreteria@aiporicerche.it
www.aiponet.it