
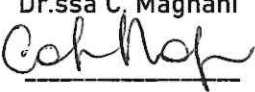
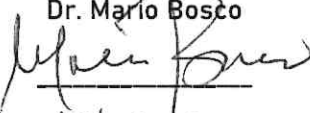
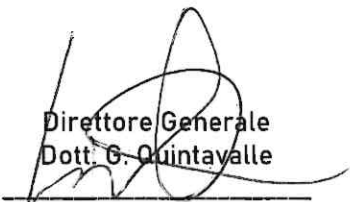
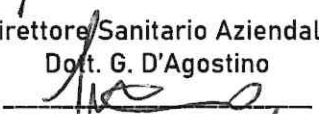
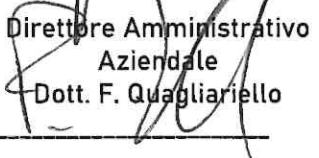


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE COORDINATORE: DR.SSA C. MAGNANI		 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELLA DISPNEA NELL'AMBITO DELLA RLC		REV. 0 DEL 01/04/2025	PAG. 1 DI 8

RLC POS 05

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	01/04/2025	GdL	Direttore AGR Dr.ssa Rita Lucchetti  <hr/> Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa C. Magnani  <hr/> Direttore Area Interdipartimentale Anestesiologica Dr. Mario Bosco  Data: 16/04/2025	 Direttore Generale Dott. G. Quintavalle <hr/> Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino  <hr/> Direttore Amministrativo Aziendale Dott. F. Quagliarello 

Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative

Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera Referente Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa S. Greghini, F.O. Risk Management UOC Risk Management

Dott. Mario Bosco, Direttore Area Interdipartimentale Anestesiologica

Dott.ssa Anna Giberti, Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione Ospedale Santo Spirito

Dott.ssa Antonella Sgrambiglia, Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione Ospedale San Filippo Neri

Dott.ssa Maria Segneri, Direttore UOS Accessi Vascolari e Terapia del dolore Ospedale San Filippo Neri

Dott.ssa Maria Concetta Pecora, F.O. di Coordinamento UOS Terapia del Dolore e Servizio Accessi Vascolari SFN

Dott.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO	3
3.CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
5. MODALITÀ OPERATIVE	4
5.1 VALUTAZIONE E DIAGNOSI	4
5.2 TRATTAMENTO.....	5
6.RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	8

1. PREMESSA

La dispnea è riconosciuta come la percezione più temibile e spiacevole per il paziente e per il *caregiver*. Può essere correlata a numerosi meccanismi che determinano un aumento del lavoro respiratorio, anche mediati e percepiti in base alle esperienze precedenti e alle emozioni personali. La "fame d'aria" può diventare refrattaria, soprattutto nei pazienti affetti da patologia respiratoria, cardiaca o neoplastica in fase avanzata. Si parla di dispnea refrattaria quando il sintomo diventa non controllabile in modo adeguato e/o in un periodo accettabile, poiché nessuna delle convenzionali modalità di trattamento è risultata efficace o adeguata e/o tali modalità di trattamento sono accompagnate da inaccettabili effetti collaterali.

Nei pazienti affetti da BPCO, neoplasie o altre patologie in fase avanzata, il vissuto di uno o più episodi di dispnea è frequente, raggiungendo una prevalenza fino al 90% negli ultimi 3 giorni di vita. La dispnea nel cancro in fase avanzata è spesso accompagnata da ansia e paura di soffocamento e si associa in modo significativo a: peggioramento del performance status, riduzione della sopravvivenza, sintomi come dolore, ansia, astenia e anoressia.

2. SCOPO

Questa procedura intende fornire strumenti operativi per omogeneizzare le modalità di gestione della dispnea nei pazienti con bisogni di Cure Palliative assistiti nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) della ASL Roma 1

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile a tutti i nodi della rete locale di cure palliative della ASL Roma 1, che comprendono:

- Ospedale: cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: strutture residenziali per la cura di pazienti con malattia terminale.
- Domicilio: servizi di cure palliative domiciliari

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Dispnea: è definita come un'esperienza soggettiva di disagio respiratorio che consiste in sensazioni qualitativamente distinte e di intensità variabile. In base all'eziologia la dispnea può essere distinta in cardiaca, respiratoria e psicogena. Il sintomo può essere più o meno associato a ipossia, tachipnea o ortopnea. È una condizione che riduce significativamente la qualità di vita del paziente e la cui gravità non è sempre correlata all'entità della condizione patologica che ne è la causa.

ESAS-r: Edmonton Symptom Assessment System. È una scala di valutazione validata a livello internazionale utilizzata per valutare l'impatto dei sintomi principali sulla qualità della vita dei pazienti in Cure Palliative. La scala consiste di scale di misurazioni numeriche (NRS: Numerical Rating Scale) relative a specifici sintomi che variano da 0 (assenza del sintomo) a 10 (peggiore severità del sintomo). I sintomi valutati includono: dolore, astenia, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, percezione personale di benessere, dispnea e un decimo sintomo indicato dal paziente.

NRS: Numerical Rating Scale (scala unidimensionale numerica che varia da 0 - assenza del sintomo - a 10 -peggiore severità del sintomo).

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELLA DISPNEA NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 05	Rev. 0 del 01/04/2025	pag. 3 di 8
--	-------------	-----------------------	-------------

MRC-DS: Medical Research Council – Dyspnoea Scale, è una scala di valutazione del Medical Research Council, utilizzata per classificare la dispnea in base al livello di sforzo necessario per provocarla

PCC: Pianificazione Condivisa delle Cure. È un processo dinamico e continuo, basato sul dialogo e su una comunicazione aperta, empatica e sincera. Prevede la pianificazione del piano di assistenza e cura nella traiettoria di malattia di una persona affetta da patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

5. MODALITÀ OPERATIVE

L'approccio alla dispnea nel paziente assistito nell'ambito della RLCP prevede diverse fasi: la valutazione clinica, l'eventuale effettuazione di indagini diagnostiche, la rivalutazione della terapia in atto e l'impostazione di interventi medici, infermieristici, psicologici, sociali, ambientali e di educazione sanitaria.

Identificare la causa della dispnea in Cure Palliative è essenziale per definire gli interventi più appropriati in considerazione delle condizioni cliniche generali del paziente, del Performance Status, di quanto condiviso nel percorso di PCC e della prognosi.

5.1 VALUTAZIONE E DIAGNOSI

Una gestione efficace della dispnea in Cure Palliative non può prescindere da un'accurata valutazione globale e ripetuta del paziente. La valutazione deve comprendere almeno: misurazione dell'intensità del sintomo, modalità di insorgenza e di variazione nel tempo, fattori scatenanti e allevianti, sintomi di accompagnamento (ESAS-r), efficacia e tollerabilità dei trattamenti in uso, target di controllo del sintomo che si vuole raggiungere. Poiché la dispnea è una sensazione soggettiva, ciò che il paziente riferisce come tale deve essere riconosciuto, accettato e misurato con strumenti validati. L'uso di una scala numerica (NRS) da 0 a 10 (dove 0 indica l'assenza di dispnea e 10 una dispnea insopportabile.), anche nell'ambito dell'ESAS-r è utile per misurare l'intensità della dispnea e monitorarne l'andamento. Un'altra scala validata consigliata per la misurazione della dispnea è la MRC-DS.

Scala MRC-DS (Medical Research Council – Dyspnoea Scale)	
Le facciamo alcune domande riguardo il suo respiro:	
Descrizione	Grado
Mi manca il fiato solo per sforzi intensi	0
Mi manca il fiato se cammino veloce (o corro) in piano, o in lieve salita	1
Su percorsi in piano cammino più lentamente dei miei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi quando cammino a passo normale	2
Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti	3
Mi manca il fiato per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi	4

Punteggio

MRC-DS Score	Grado di severità
0	Lieve
1	Bassa
2	Moderata
3	Severa
4	Molto severa

Eventuali indagini ematochimiche come emocromo, elettroliti, creatininemia, BNP, D-dimero, esami culturali ecc. oppure ossimetria, ECG, EGA ecc dovrebbero essere finalizzate alla diagnosi eziologica della dispnea nei casi in cui sia indicato attuare il trattamento specifico. L'effettuazione di eventuali indagini radiologiche (Rx,TC) nell'ambito della RLCP, dovrebbe essere limitata e attentamente valutata da un team multidisciplinare.

5.2 TRATTAMENTO

Nell'impostazione del trattamento del paziente con dispnea, nell'ambito della RLCP, è opportuno valutare la potenziale reversibilità delle cause del sintomo e prevedere interventi proporzionati e specifici. L'intervento specifico non deve mai ritardare il trattamento sintomatico. Nella tabella 1 sono riportati gli interventi specifici da avviare, contemporaneamente alla terapia sintomatologica, se proporzionati rispetto al Performance Status e alla prognosi del paziente.

CAUSE DI DISPNEA	TRATTAMENTI SPECIFICI
Anemia grave	Supporto trasfusionale
Ansia, sofferenza esistenziale, disagio sociale	Supporto psico-sociale
Asma/BPCO	Steroidi, broncodilatatori
Ostruzione neoplastica delle vie aeree	Radioterapia, stent, terapie specifiche
Polmonite/infezione delle vie aeree	Antibiotici, antivirali, antimicotici
Fibrosi polmonare	Steroidi, terapie specifiche
Linfangite carcinomatosa	Steroidi
Scompenso Cardiaco	Diuretici, ACE-inibitori, beta-bloccanti, digitale
Versamento pleurico	Toracentesi, diuretici, steroidi
Sindrome della Vena Cava Superiore	Steroidi, diuretici, radioterapia
Ascite	Paracentesi, diuretici
Embolia Polmonare	Anticoagulanti, eventuale filtro cavale
Dolore	Terapia antalgica
Decondizionamento motorio da ipomobilità	Consentire attività fisica senza superare la tolleranza; può essere utile la fisioterapia

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

È consigliato:

- privilegiare la posizione semiseduta o comunque fare in modo che l'operatore sia guidato dal paziente nell'assunzione di posture per lui confortevoli
- mantenere un ambiente illuminato e ventilato
- usare un ventilatore ambientale in particolare in estate, anche se è disponibile un climatizzatore
- evitare di lasciare solo il paziente
- parlare con voce serena, tranquillizzante, pacata
- favorire un ambiente sereno
- evitare troppe presenze contemporanee attorno al letto
- specificare scopo e modalità di somministrazione di ogni farmaco (in particolare degli oppioidi) assicurandosi che il paziente e il caregiver abbiano compreso l'uso dei farmaci a orario e al bisogno

Considerando il modello biopsicosociale della dispnea (analogo a quello del dolore), lo psicologo, l'assistente sociale e spirituale possono svolgere un ruolo importante nel contenimento del sintomo insieme agli altri provvedimenti.

OSSIGENOTERAPIA

L'ossigenoterapia può essere utile nei pazienti oncologici con ipossiemia, nei pazienti con malattie cardiache o polmonari avanzate e con ipossiemia a riposo o da sforzo minimo. L'ossigenoterapia non ha sicuri vantaggi rispetto all'inalazione di aria ambiente nei soggetti non ipossiemici e ci sono dati discordanti sull'efficacia nel sollievo della dispnea.

Un tentativo terapeutico di 72 ore può essere giustificato dal momento che ci possono essere benefici individuali, ma l'uso di ossigenoterapia per alleviare la dispnea nei malati oncologici non ipossiemici non può essere raccomandato.

La valutazione del beneficio sintomatologico sul singolo paziente può essere effettuata utilizzando bassi flussi (2-3 L/min) con verifica del beneficio sul breve-medio periodo. Tutti gli interventi devono essere modulati e temporizzati sul singolo paziente.

Anche l'eventuale applicazione di ventilazione non invasiva (NIV) a scopo palliativo, se ben accettata, non ha l'obiettivo di prolungare la sopravvivenza, anche se ciò può accadere, ma quello di alleviare la sofferenza dovuta alla dispnea, migliorando il comfort e la qualità della vita residua del malato. È fondamentale valutare il beneficio sintomatico sempre in relazione ai potenziali effetti collaterali come il disagio arrecato dalla maschera e la possibile insorgenza di lesioni da pressione.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Oppioidi

La morfina è il farmaco più studiato nel trattamento della dispnea da neoplasia, BPCO avanzata, malattie interstiziali polmonari, insufficienza cardiaca cronica, malattie neurologiche e renali; gli effetti collaterali come la stipsi, la possibile nausea e sonnolenza che prevalgono all'inizio del trattamento, devono essere conosciuti dai medici prescrittori e prevenuti con una posologia

personalizzata e con terapie di supporto adeguate. La Determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 "Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo a farmaci per le cure palliative nell'adulto.." riporta la somministrazione di Morfina solfato/cloridrato per il trattamento della dispnea incontrollata che non risponde alla terapia della patologia di base nel paziente in fase avanzata di malattia.

Il dosaggio è individuale, pertanto deve essere eseguita la titolazione finché il paziente non riferirà un adeguato controllo del sintomo a fronte di un buon livello di tollerabilità.

In pazienti oncologici "opiod naïve" si consiglia di effettuare titolazione con morfina solfato a pronto rilascio 5-5 mg per os ogni 6-8 ore per individuare la dose minima efficace.

In paziente già in trattamento analgesico con morfina si consiglia di somministrare formulazione di morfina solfato a pronto rilascio al bisogno: 1/6 della dose totale giornaliera ad intervalli di circa 6-8 ore, aumentando così del 30% circa la dose totale giornaliera.

Nei pazienti non oncologici la titolazione deve essere ancora più prudente (2.5 mg di morfina solfato a pronto rilascio ogni 6-8 ore)

Nei pazienti anziani/con insufficienza renale cronica ridurre il dosaggio.

Benzodiazepine

Una recente revisione Cochrane suggerisce che le evidenze per raccomandare l'uso di routine delle benzodiazepine nel trattamento della dispnea sia insufficiente, sebbene altri studi mostrino l'efficacia delle benzodiazepine nel controllo della dispnea, in presenza di ansia che impatta significativamente sulla percezione del sintomo. Nei pazienti in cui l'ansia e l'agitazione peggiorano la percezione del sintomo, possono essere prese in considerazione benzodiazepine come Lorazepam e Delorazepam al minore dosaggio efficace.

Corticosteroidi

Il Documento AIFA-SICP "Farmaci off-label in Cure Palliative per la popolazione adulta" 2018 e la relativa Determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 riportano l'utilizzo di Desametasone per via endovenosa/sottocutanea per il trattamento della dispnea nei pazienti in fase terminale di malattia. Per il trattamento della dispnea, particolarmente in situazioni quali polmonite atipica o linfangite carcinomatosa, il desametasone rappresenta il trattamento di prima scelta con dosaggi normalmente compresi tra gli 8 mg/die ed i 24 mg/die. I corticosteroidi possono essere utilizzati nel trattamento della dispnea anche in presenza di broncospasmo, BPCO, fibrosi polmonare e sindrome mediastinica.

Dispnea nelle ultime ore di vita

La presenza di dispnea grave acuta da angoscia respiratoria che può comparire nelle ultime ore di vita richiede un intervento immediato attraverso l'uso di oppioidi (morfina sc/ev) eventualmente associati a benzodiazepine, fino al raggiungimento del comfort soggettivo e oggettivo del paziente.

Rantolo terminale

In caso di secrezioni/rantolo terminale: evitare aspirazione o effettuare aspirazione cauta per evitare fastidio. Iniziare il trattamento farmacologico il più precocemente possibile con butilbromuro di scopolamina sottocutanea/endovenosa (indicazione documento e determina AIFA-SICP "Farmaci off-label in Cure Palliative per la popolazione adulta"2018) per ridurre le secrezioni tracheobronchiali nel paziente in cure palliative con aspettativa di vita presumibile < 2 settimane.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELLA DISPNEA NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 05	Rev. 0 del 01/04/2025	pag. 7 di 8
--	-------------	-----------------------	-------------

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Trentin L et al. AIOM—ESMO. Valutazione e trattamento dei sintomi nel malato oncologico per una precoce integrazione delle cure oncologiche e palliative 2014
- Caraceni A, Antonione R, Veronese S, Maltoni M. Manuale di Medicina e Cure Palliative. Poletto Editore 2024.
- Membe SK, Farrah K. Pharmacological management of dyspnea in palliative cancer patients: Clinical review and guidelines. Health Technology Inquiry Service. Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health. 2008 July.
- Kobierski, L et al. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Fraser Health Authority.
- 2009 April. Available at: <https://www.fraserhealth.ca/employees/clinical-resources/hospice-palliative-care>
- Documento AIFA-SICP 2018. Farmaci off-label in cure palliative per la popolazione adulta.
- Determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 "Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo a farmaci per le cure palliative nell'adulto istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (Determina n. 128843/2018)
- Henson LA et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol 38:905-914. 2020
- Crombeen AM et al Management of dyspnea in palliative care. Current Oncology, Vol. 27, No. 3, June 2020
- BC Guidelines. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease - Part 2: Pain and Symptom Management. Link to: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/palliative-pain-management#part2-dyspnea> Last updated on September 19, 2023