

Utilizzo della Scala ESAS nella pratica clinica oncologica (Edmonton Symptom Assessment Scale)

Enrica Milanesi¹, Lucia Evangelisti¹, Antonella Varetto², Cristina Capello¹

1: SSD Oncologia, Ospedale Martini, Polo Oncologico Torino Ovest

2: SCU Psiconcologia, ASO San Giovanni Battista, Torino

Corrispondenza a:

Cristina Capello

e-mail: criscapello@libero.it

Riassunto

Nella pratica clinica esistono spesso discrepanze fra aspettative, problemi sanitari dei pazienti e gestione degli stessi da parte dell'équipe curante, con possibili ripercussioni sul paziente e sulla compliance al trattamento. Da maggio a settembre 2003, 44 pazienti afferenti alla nostra struttura e affetti da malattia oncologica avanzata hanno compilato la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) costituita da 10 scale analogiche visive per valutare dolore, attività, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, benessere, respiro ed un eventuale sintomo opzionale, una VAS relativa alla soddisfazione per le cure ricevute e il questionario Hospital Anxiety and Depression (HAD). La ESAS relativa a ogni paziente è stata compilata anche dal medico che ha eseguito la visita ambulatoriale. Per valutare l'accordo tra gli osservatori (medici e pazienti) e le varie scale impiegate è stata utilizzata la *k* di Cohen. La *k* di Cohen per la scala ESAS e per la soddisfazione circa le cure ricevute è risultata essere rispettivamente 0,17 ($p = 0,19$) e 0,05 ($p = 0,8$), evidenziando così uno scarso accordo tra gli osservatori. Per valutare la correlazione esistente tra la scala ESAS per ansia e depressione e il questionario HAD si è utilizzato il coefficiente di Pearson che ha evidenziato una discreta correlazione per le valutazioni fatte dai pazienti (ansia 0,46; depressione 0,36).

Parole chiave: cure palliative, ESAS, rapporto medico-paziente.

Summary

In oncological clinical practice there are often discrepancies between clinical problems and expectations of patients. These discrepancies can be not easily recognised and may influence the doctor-patient relationship and the compliance of patients to treatment. Since May until September 2003, 44 patients with advanced disease entered the study and filled in the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS: 10 visual analogous scales –VAS– to assess the intensity of pain, activity, nausea, depression, anxiety, drowsiness, appetite, well-being, breath and optional symptom), a VAS to evaluate satisfaction for received cares and the Hospital Anxiety and Depression (HAD). After each medical examination the doctor compiled an ESAS too. *k* of Cohen was employed to evaluate the correlation between doctor and patient's subjective evaluation and the different scales. *k* of Cohen for ESAS was 0.17 (p 0.19) and for satisfaction for received care 0.05 (p 0.8), that identifies a poor agreement between doctor and patient observation. The Pearson's coefficient (*P*) was employed to study the correlation between ESAS for depression and anxiety and HAD and point out a fairly good correlation (anxiety 0.46, depression 0.36).

Key words: palliative treatment, ESAS, doctor-patient relationship.

INTRODUZIONE

L'aumento della sopravvivenza media della popolazione generale ha fatto rilevare, nelle ultime decadi, un relativo aumento di incidenza della patologia tumorale. Nonostante i programmi di screening sviluppati e le innovazioni diagnostico-strumentali degli ultimi decenni,

rimane elevata la percentuale di pazienti affetti da patologia tumorale avanzata alla diagnosi o che sviluppano una progressione di malattia nel tempo. Per contro, la disponibilità di trattamenti oncologici nuovi ed efficaci ha determinato un incremento della quota di pazienti

affetti da malattia avanzata cosiddetti "lungosopravvivenenti", portando alla luce problematiche di importanza crescente che l'équipe medico-infermieristica curante si trova a dover affrontare nella pratica clinica, come ad esempio il mantenimento di una qualità di vita accettabile.

Nell'ottica di un approccio olistico al paziente oncologico, i problemi e le necessità di ogni singolo paziente che il personale sanitario deve quotidianamente affrontare riguardano diversi aspetti: problematiche cliniche, sociali, culturali e familiari. Queste considerazioni acquistano ancora più importanza se si opera nell'ambito delle cure palliative, ossia "le cure prestate a pazienti affetti da una malattia non più responsiva alle terapie aventi come scopo la guarigione" (Associazione Europea per le cure palliative)⁽¹⁾.

Sempre più negli anni recenti è aumentata l'attenzione per l'approccio *patient-centred* della pratica clinica e l'importanza della correlazione tra la valutazione dei sintomi eseguita dal medico e dal paziente stesso⁽²⁻⁶⁾. Nell'ambito della relazione medico-paziente, esistono in letteratura alcuni studi che mettono in evidenza una mancanza di correlazione tra la valutazione dei sintomi eseguita dal medico e la stessa valutazione eseguita dai pazienti⁽⁷⁻⁹⁾. In questi studi è stato evidenziato come l'intensità dei sintomi valutata da parte dell'équipe curante, e soprattutto dal medico, è significativamente inferiore all'intensità degli stessi sintomi riferita dal paziente, suggerendo la necessità di ulteriori studi sulla attendibilità della valutazione dei sintomi allo scopo di migliorare la gestione degli stessi. L'esperienza clinica quotidiana ma anche alcune esperienze di letteratura⁽¹⁰⁾ riportano che, in generale, sia l'équipe curante sia i familiari *caregivers* tendono a sottostimare la qualità di vita e il *performance status* dei pazienti, mentre

sovrastimano i sintomi psicologici come l'ansia e la depressione. Questa discrepanza tra la valutazione del medico e del paziente riguardo all'intensità di sintomi cui conseguono problemi, necessità e aspettative può influenzare, in ultima analisi, la soddisfazione del paziente rispetto all'équipe curante, alle cure ricevute e il rapporto medico-paziente.

Nella gestione di pazienti con malattia oncologica in fase avanzata, non minore importanza dovrebbe essere posta alla valutazione di eventuali disturbi psicopatologici, quali ansia e depressione, che potrebbero influenzare la compliance del paziente ai trattamenti e l'evoluzione della malattia⁽¹¹⁻¹³⁾.

In relazione ai concetti esposti, il presente studio ha lo scopo di valutare alcune problematiche che un'équipe medica si trova ad affrontare nella pratica clinica quotidiana riguardo alla gestione di pazienti affetti da neoplasia in fase avanzata tramite l'utilizzo di validati strumenti di valutazione della qualità di vita come la *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS)⁽¹⁴⁻²³⁾ e il questionario *Hospital Anxiety and Depression* (HAD)⁽²⁴⁻²⁶⁾.

MATERIALI E METODI

La popolazione in studio è costituita da pazienti affetti da patologia neoplastica in fase avanzata che afferiscono alla SSD di Oncologia dell'Ospedale Martini per essere sottoposti a trattamento chemioterapico palliativo, a terapia di supporto per tossicità da chemioterapia o per sintomi legati alla malattia o a visite periodiche presso l'ambulatorio di cure palliative nel periodo maggio-dicembre 2003. In occasione dell'accesso presso la struttura ospedaliera sono stati consegnati ai pazienti la ESAS (allegato 1) e il questionario HAD (allegato 2) che essi stessi hanno compilato e riconsegnato entro poche ore.

Allegato I. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Assenza di dolore	_____	Massimo dolore
Massima attività	_____	Assenza di attività
Assenza di nausea	_____	Massima nausea
Assenza di depressione	_____	Massima depressione
Assenza di ansia	_____	Massima ansia
Assenza di sonnolenza	_____	Massima sonnolenza
Massimo appetito	_____	Assenza di appetito
Massimo benessere	_____	Minimo benessere
Respiro normale	_____	Massimo respiro corto

Allegato 2. Hospital Anxiety and Depression (HAD)

1. Mi sento teso come una corda

- a. la maggior parte del tempo
- b. molte volte
- c. qualche volta o occasionalmente
- d. mai

2. Riesco ancora a godere delle cose che mi sono sempre piaciute

- a. sempre
- b. non sempre
- c. solo alcune volte
- d. mai

3. Sono spaventato/a dal fatto che mi possa accadere qualcosa di terribile

- a. sempre, e ciò mi spaventa moltissimo
- b. spesso, e ciò mi preoccupa abbastanza
- c. talvolta, ma ciò non mi preoccupa
- d. per nulla

4. Riesco ancora a ridere e a vedere il lato divertente delle cose

- a. come sempre
- b. ora non molto spesso
- c. ora raramente
- d. mai

5. Ho la mente piena di preoccupazioni

- a. la maggior parte del tempo
- b. molte volte
- c. talvolta, ma non spesso
- d. solo occasionalmente

6. Mi sento allegro/a

- a. per niente
- b. un po'
- c. abbastanza
- d. la maggior parte del tempo

7. Riesco a stare tranquillo/a e a sentirmi rilassato/a

- a. sempre
- b. spesso
- c. talvolta
- d. per nulla

8. Mi sento fiacco/a

- a. quasi sempre
- b. molto spesso
- c. talvolta
- d. per nulla

9. Ho la fastidiosa sensazione di crampi allo stomaco

- a. per niente
- b. occasionalmente
- c. abbastanza spesso
- d. molto spesso

10. Ho perso interesse riguardo al mio aspetto fisico

- a. decisamente o molto
- b. abbastanza, ma non vi do l'importanza che dovrei
- c. un po' e non vi do molta importanza
- d. per nulla o non ho affatto perso l'interesse

11. Mi sento inquieto/a come se fossi costretto/a a muovermi

- a. moltissimo
- b. abbastanza
- c. un po'
- d. per niente

12. Guardo con gioia e speranza a ciò che mi può capitare

- a. come al solito
- b. un po' meno del solito
- c. molto meno del solito
- d. per nulla

13. Ho improvvise sensazioni di panico

- a. molto spesso
- b. abbastanza frequentemente
- c. raramente
- d. mai

14. Riesco a godere della lettura (libro, giornali) o dell'ascolto di un programma alla radio o alla televisione

- a. spesso
- b. talvolta
- c. raramente
- d. molto raramente o mai

La ESAS è una scala composta di nove scale analogiche visive (VAS) relative a specifici sintomi cui i pazienti danno un punteggio di severità su una linea di 100 mm: dolore, stato di attività generale, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, benessere generale, mancanza di respiro. È presente una VAS per un decimo sintomo opzionale, che può essere aggiunto dal paziente. Il punteggio totale, *Symptom Distress Score* (SDS) è dato dalla somma dei valori delle singole VAS e può variare da 0 a 900; all'aumentare dei valori si ha un peggioramento dei sintomi e quindi della qualità di vita del paziente. In letteratura non esistono studi che indichino un valore di cut-off relativo all'SDS che possa identificare situazioni di migliore o peggiore qualità di vita. Nel nostro studio, basandoci retrospettivamente sull'analisi degli SDS dei pazienti, abbiamo identificato un cut-off di 200 che ci ha permesso di suddividere la nostra popolazione in un gruppo di pazienti con buon controllo dei sintomi e buona qualità di vita (SDS tra 0 e 200) e un gruppo con peggiore qualità di vita (SDS > 200). Alla ESAS è allegata una VAS per la valutazione della soddisfazione delle cure ricevute.

Il questionario HAD è uno strumento autovalutativo tarato su una popolazione oncologica e mirato al rilevamento di ansia e depressione, composto di 14 item (7 per l'ansia e 7 per la depressione) che indagano sintomi psicologici cognitivi. Per tale questionario è stato considerato come indicativo di livello patologico di ansia e di depressione un cut-off per ogni sottoscala di 8. Valori di 6-7 sono indicativi di una patologia subclinica.

Nel giorno stesso i questionari sono stati compilati dal medico che ha eseguito la visita.

Per la valutazione statistica dei dati sono stati utilizzati la k di Cohen come misura dell'accordo tra osservatori (medico e paziente) per la scala ESAS e per la soddisfazione delle cure ricevute. Il coefficiente di Pearson è stato utilizzato per lo studio della correlazione tra la scala ESAS e l'età del paziente e per lo studio della correlazione tra ESAS per ansia e depressione e il punteggio del questionario HAD. Queste valutazioni statistiche sono state limitate alla prima valutazione vista la riduzione di numerosità dei pazienti alla seconda rilevazione.

RISULTATI

Da maggio a settembre 2003 sono stati valutati 44 pazienti le cui caratteristiche sono riportate nella tabella 1. Per il

Numero totale di pazienti	44	
Sesso	Maschi	28
	Femmine	16
Età media	64,7 ± 9,58 (range 29-78)	
Stato civile	Coniugati/e	84,2%
	Vedovi/e	6,8%
	Nubili/Celibati	6,8%
	Separati/e	2,2%
Residenza	Urbana	79,6%
	Suburbana	18,2%
	Rurale	2,2%
Scolarità	Elementare	52,3%
	Scuola Media Inferiore	31,8%
	Scuola Media Superiore	15,9%
Sede primitiva di neoplasia	Colon-retto	40%
	Mammella	25%
	Polmone	9%
	Stomaco	9%
	Ovaio	5%
	Pancreas	5%
	Prostata	5%
	Testicolo	2%
Fase di malattia	avanzata 100%	
Tipo di accesso c/o la SSD Oncologia	Chemioterapia	80%
	Terapia di supporto	11%
	Visite periodiche	9%

solo confronto tra ESAS relativa ai sintomi ansia e depressione e HAD i pazienti analizzati sono risultati essere 43 (1 paziente non aveva compilato il questionario HAD). A 35 pazienti è stata ripetuta la valutazione a distanza di un mese.

Prima determinazione (44 pazienti)	SDS pazienti: 0 - 200 in 13 pz (29,5%) > 200 in 31 pz (70,5%) SDS medio 264,66 (DS ± 173,54)	SDS medici: 0 - 200 in 27 pz (61%) > 200 in 17 pz (39%) SDS medio 201,14 (DS ± 136,54)
Seconda determinazione (35 pazienti)	SDS pazienti: 0 - 200 in 12 pz (34,28%) > 200 in 23 pz (65,72%) SDS medio 267,14 (DS ± 134,57,54)	SDS medici: 0 - 200 in 10 pz (28,57%) > 200 in 25 pz (71,43%) SDS medio 278,85,14 (DS ± 145,94)

L'adesione allo studio è stata del 100% sia alla prima valutazione sia alla seconda. L'équipe medica di riferimento è costituita da due medici oncologi.

Valutazione della ESAS

La valutazione della ESAS è stata eseguita in 44 pazienti. I valori SDS relativi alla nostra popolazione sono riportati nella tabella 2. Nessuno dei 44 pazienti ha indicato un sintomo aggiuntivo rispetto a quelli proposti. Per analizzare l'accordo tra le valutazioni eseguite dai pazienti e le valutazioni eseguite dai medici è stata calcolata la k di Cohen che è risultata pari a 0,17 (IC 0,17 ± 0,25; p 0,19). Non si è evidenziata una correlazione significativa tra i valori degli SDS ed età dei pazienti (coefficiente di Pearson uguale a 0,03). Per la prima e la seconda valutazione si sono calcolate le medie dei valori dei singoli sintomi valutati dai medici e dai pazienti alla prima e alla seconda valutazione, rappresentate nei grafici 1-2-3-4.

Valutazione della HAD

Allo scopo di valutare l'attendibilità delle valutazioni soggettive eseguite da parte dei medici e dei pazienti riguardo ai sintomi ansia e depressione, è stata eseguita un'analisi tra il risultato del questionario HAD compilato dai pazienti e il valore di ansia e depressione valutato dai pazienti e dai medici nelle sottoscale VAS per tali sintomi contenute nella ESAS. I valori di riferimento identificati sulla ESAS e sul questionario HAD sono stati suddivisi in valori normali, valori sottosoglia, che identificano una situazione subclinica di ansia e/o depressione, valori patologici e valori che corrispondono a situazioni gravi di ansia e/o depressione. In base alle diverse classi di valori i pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi come schematizzato nella tabella 3. Il coefficiente di Pearson (P) ha evidenziato come esista una discreta correlazione tra le valutazioni dei pazienti rilevate mediante la VAS e il punteggio del questionario HAD, correlazione non è rilevabile quando si analizzano le valutazioni VAS compilate dai medici (tabella 4).

Grafico 1. Medie dei valori dei singoli sintomi valutati dai medici e dai pazienti alla prima valutazione

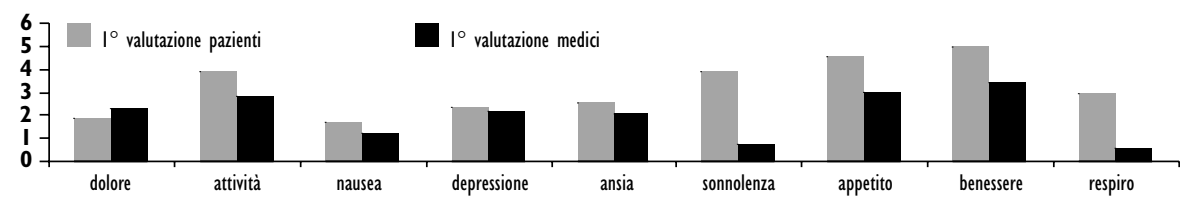


Grafico 2. Medie dei valori dei singoli sintomi valutati dai medici e dai pazienti alla seconda valutazione

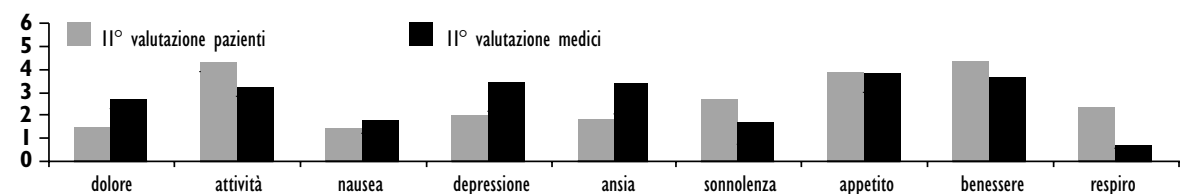


Grafico 3. Medie dei valori dei singoli sintomi valutati dai pazienti alla prima e alla seconda valutazione

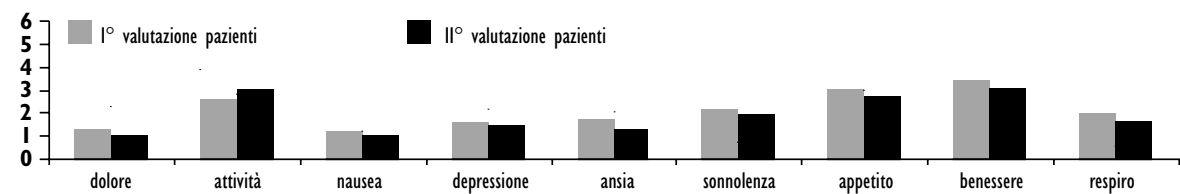
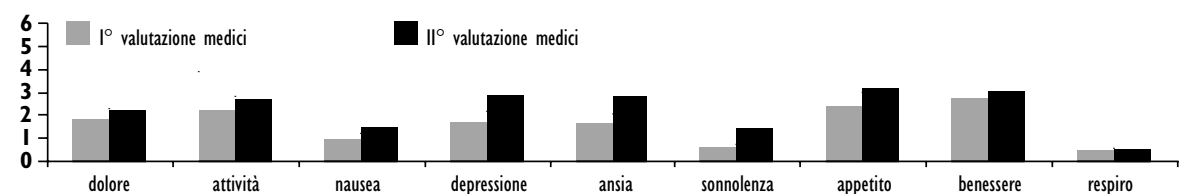


Grafico 4. Medie dei valori dei singoli sintomi valutati dai medici alla prima e alla seconda valutazione



Valutazione della soddisfazione per le cure ricevute

I valori medi di soddisfazione per le cure ricevute percepiti dai pazienti dai medici sono riportati nella tabella 5. La k di Cohen anche in questo caso evidenzia uno scarso accordo tra le percezioni dei pazienti e dei medici, peraltro non statisticamente significativo (k = 0,05; IC 0,05 ± 0,37; p 0,8).

DISCUSSIONE

Alcuni studi presenti in letteratura hanno evidenziato una discrepanza tra la rilevazione dei sintomi eseguita dal paziente e quella eseguita dal medico; tali studi hanno confrontato le valutazioni dei sintomi indicate in questionari compilati dai pazienti con quanto riportato dal medico nella cartella clinica del paziente stesso.

Tabella 3. Valori di riferimento ESAS e questionario HAD

	Soggetti normali	Gruppo A patologia subclinica	Gruppo B patologia	Gruppo C patologia grave
Scala ESAS	0 - 3	4 - 5	6 - 7	≥ 8
Questionario HAD	0 - 5	6 - 7	8 - 10	≥ 11

Tabella 4. Coefficiente di Pearson per ESAS (VAS ansia e depressione) e HAD

	Pazienti	Medici
Ansia	0,46	0,1
Depressione	0,36	0,21

Tabella 5. Soddisfazione per le cure ricevute

Paziente	Medico
media 9,09 (6-10; DS ± 2,10)	media 8 (5-10) DS ± 1,3
Valutazioni:	Valutazioni:
insufficiente (0 - 6): 1 pz	insufficiente (0 - 6): 9 pz
discreto (7 - 8): 41 pz	discreto (7 - 8): 18 pz
buono (>8): 2 pz	buono (>8): 34 pz

Questi valutazioni si riferiscono sia alla “quantità” dei sintomi segnalati sia alla “intensità” di tali sintomi.

Nel nostro studio i differenti valori tra le rilevazioni del medico e del paziente sulla scala ESAS, pur non raggiungendo la significatività statistica, confermano quanto descritto in letteratura evidenziando uno scarso accordo tra i due osservatori. Questo dato può essere interpretato come una sottostima dei sintomi da parte dei medici o come una sovrastima da parte dei pazienti. In qualsiasi caso, tale discrepanza ha una rilevanza clinica notevole soprattutto in un setting di cure palliative, dove l’identificazione dei sintomi, delle problematiche e delle esigenze del paziente deve rappresentare il cardine del rapporto medico-paziente.

Nella seconda parte dello studio è stata valutata l’attendibilità del medico stesso e del paziente ad identificare la presenza di quadri psichiatrici subclinici o patologici attraverso la compilazione della ESAS. I risultati per l’ansia e la depressione valutati alla ESAS compilata dal paziente e dal medico sono stati comparati con i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario HAD al paziente. Tale questionario permette di eseguire una valutazione oggettiva della presenza di ansia e/o depressione andando ad indagare gli aspetti psicologico/emotivi di tali patologie e quindi eliminando l’influenza di eventuali sintomi fisici legati alla malattia o alle terapie. Considerando i risultati dell’applicazione del coefficiente di Pearson tra la scala ESAS e il questionario HAD sia per i pazienti sia per i medici (tabella 4) si evidenzia che quanto percepito dai pazienti abbia una certa correlazione con test clinici specifici per rilevare ansia e depressio-

ne, mentre per quanto riguarda il medico tale correlazione non si rileva. Ciò potrebbe essere dovuto alla maggiore attenzione che il medico tende a porre riguardo altri sintomi come il dolore, l’attività (grafico 4). Questo risultato permette di confermare una validità generale dell’autovalutazione di ansia e depressione con il VAS all’interno dell’ESAS, che però non si può sostituire a valutazioni più specifiche come quelle ottenibili con la HAD e da una diagnosi clinica per riconoscere situazioni patologiche, tenendo conto anche del fatto che la correlazione statisticamente significativa, è al più moderata.

L’approccio olistico al paziente oncologico con malattia avanzata ha reso particolarmente rilevante per la pratica clinica l’identificazione di stati psicopatologici che possono influenzare l’andamento della malattia, la compliance ai trattamenti e il controllo dei sintomi. Sono presenti numerose evidenze in letteratura sulla possibilità di una riduzione della soglia del dolore in pazienti affetti da depressione patologica e sull’efficacia di farmaci antidepressivi introdotti come coadiuvanti agli analgesici. Nella gestione di un paziente oncologico è quindi di fondamentale importanza non omettere una valutazione oggettiva della sfera psicopatologica, con strumenti che permettano di indagare anche le situazioni subcliniche, identificate dai valori sottosoglia, che potrebbero ripercuotersi in modo grave sull’equilibrio psicofisico, spesso precario, del paziente.

Per valutare la soddisfazione delle cure ricevute è stata allegata alla ESAS una VAS specifica. Tale misurazione è stata fatta anche dal medico, chiamato ad indicare la propria valutazione circa la soddisfazione del paziente per le cure ricevute. I risultati sono stati analizzati nuovamente con la k di Cohen che ha nuovamente mostrato un basso livello di concordanza tra i due osservatori, con una differenza non statisticamente significativa.

È auspicabile incrementare nella pratica clinica l’utilizzo di strumenti che permettano di evidenziare le discrepanze di valutazione dei sintomi e quindi della qualità di vita da parte dei medici e dei pazienti in quanto ciò potrebbe rendere più facile la creazione di un piano terapeutico che realmente risponda alle aspettative del paziente. L’utilizzo di validi e semplici strumenti per la misurazione della qualità di vita, come la ESAS, assume così un ruolo fondamentale nella

valutazione dei sintomi e delle problematiche del paziente, soprattutto nell'ambito delle cure palliative e sintomatiche. La minore discrepanza possibile tra le necessità dettate dal programma diagnostico/terapeutico pianificato dal medico e le aspettative del paziente permette di incrementare la *compliance* del paziente al programma stesso, la sua soddisfazione per le cure ricevute e, in ultima analisi, di rinforzare ulteriormente l'alleanza terapeutica con il curante.

Inoltre, nelle fasi avanzate di una malattia oncologica, la valutazione dello stato soggettivo di salute del paziente può essere utilizzata per il monitoraggio della qualità dell'assistenza.

L'utilizzo standardizzato della valutazione del controllo dei sintomi nell'ambito delle cure palliative è un mezzo per facilitare la discussione sulle problematiche relative alla qualità di vita e per rendere i medici più consapevoli delle problematiche riguardanti i propri pazienti. Gli sforzi futuri dovrebbero essere diretti al miglioramento della flessibilità e della precisione degli strumenti di valutazione per quanto riguarda la qualità di vita e alla ricerca di strumenti di correlazione tra la qualità di vita dei pazienti e la strategia di cura identificata dall'équipe curante.

Bibliografia

1. European Association for Palliative Care. Newsletter 1989; No. 1
2. Di Palo MT. Rating satisfaction research: is it poor, fair, good, very good, or excellent? *Arthritis Care Res* 1997; 10: 422-30.
3. Mira JJ, Aranaz J. Patient satisfaction as an outcome measure in health care. *Med Clin* 2000; 114 (Suppl 3): 26-33.
4. Galignoni E, Veronesi A, Trovo MG, *et al.* Oncology outpatient clinic in a general hospital. *Tumori* 1980; 66: 77-83.
5. Bredart A, Razavi D, Delvaux N, *et al.* The comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients. *Support Care Cancer* 1988; 6: 518-23.
6. Williams R. Cancer. How was it for you? *Health Serv J* 2000; 13(110): 28-9.
7. Stromgren AS, Groenvold M, Pedersen L, *et al.* Does the medical record cover the symptoms experienced by cancer patients receiving palliative care? A comparison of the record and patient self-rating. *J Pain Symptom Manag* 2001; 21: 189-96.
8. Nekolaichuk CL, Bruera E, Spachynski K, *et al.* A comparison of patient and proxy symptom assessments in advanced cancer patients. *Palliat Med* 1999; 13: 311-23.
9. Stromgren AS, Groenvold M, Sorensen A, *et al.* Symptom recognition in advanced cancer. A comparison of nursing records against patient self-rating. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 1080-85.
10. CL Nekolaichuk, TO Maguire, M Suarez-Almazor, *et al.* Assessing the reliability of patient, nurse and family caregiver symptom ratings in hospitalised advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 1999; 17: 3621-30.
11. Cullivan R, Crown J, Walsh N. The use of psychotropic medication in patients referred to a psycho-oncology service. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 301-06.
12. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jankins V, *et al.* Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *BJC* 2001; 84: 1011-15.
13. Torta R, Mussa A. *Psiconcologia: basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici.* Ed. Centro Scientifico Editore, 1997.
14. Bruera MA, Kuhen N, Miller M, *et al.* The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2): 6-9.
15. Dudgeon DJ. The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) as an audit tool. *J Palliat Care* 1999; 15: 14-9.
16. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer* 2000; 88: 2164-71.
17. Price DD, McGrath P, Raffi A, *et al.* The validation of a visual analogue scale or ratio scale for pain. *Pain* 1983; 17: 45-6.
18. Donnelly S, Walsh TD. Quality of life assessment in advanced cancer. *Palliat Med* 1996; 10: 275-83.
19. Donnelly S, Walsh TD. The symptoms of advanced cancer. *Semin Oncol* 1995; 22: 67-72.
20. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988; 18: 1007-19.
21. Higginson I, Wade AM, McCarthy M. Effectiveness of two palliative support teams. *J Public Health Med* 1992; 14: 50-6.
22. Heedman PA, Strang P. Symptom assessment in advanced palliative home care for cancer patients using the ESAS: clinical aspects. *Anticancer Research* 2001; 21: 4077-82.
23. Stromgren AS, Goldschmidt D, Petersen M, *et al.* Self-assessment in cancer patients referred to palliative care. *Cancer* 2002; 15: 512-20.
24. Kathol RG, Mutgi A, Williams J, *et al.* Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1021-24.
25. Costantini M, Musso M, Viterbori P, *et al.* Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression scale. *Support Care Cancer* 1999; 7: 121-27.
26. McDaniel JS, Musselman DL, Nemeroff CB. Cancer and depression: theory and treatment. *Psych Ann* 1997; 27: 360-64.