

Qualità della vita e previsione di sopravvivenza in un gruppo di malati oncologici terminali

Sara Danti¹, Saulo Sirigatti², Antonio Gabbriellini³, Valeria Cavallini³,
Alejandra Berardi¹, Marco Maltoni¹

¹Unità Cure Palliative Hospice, AUSL Forlì

²Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Firenze

³Associazione Scientifica Pallium, Firenze

Corrispondenza a:
Sara Danti
e-mail: saradanti@libero.it

Riassunto

La misurazione della qualità della vita (qdv) è una parte essenziale della valutazione globale dei malati con cancro incurabile, soprattutto quando la sopravvivenza è breve. Per questo i punteggi relativi alla qdv vengono usati anche per il loro valore prognostico, al fine di identificare i veri bisogni dei malati e di pianificare cure adeguate. Lo scopo di questo studio è quello di accertare se alcuni aspetti della qdv possono essere predittori di sopravvivenza in un gruppo di malati oncologici terminali. I 58 pazienti sono reclutati in un servizio di assistenza domiciliare in base alla valutazione clinica da parte del medico oncologo attraverso la scala Karnofsky (KPS) e l'Indice di autonomia di Katz (ADL). Per indagare la qdv viene utilizzato il questionario multidimensionale dell'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Nell'intero gruppo di pazienti è significativamente predittiva di sopravvivenza solo la sottoscala dell'appetito ($\beta = -0.46$, $t = -2.58$, $p < .05$). Nel gruppo maschile risultano predittive di sopravvivenza la qdv globale, l'attività cognitiva e l'appetito; nel gruppo femminile non ci sono valori significativi. I dati evidenziano, come in altri studi, che nel gruppo totale dei malati solo la percezione dell'appetito è predittiva di sopravvivenza, mentre la qdv misurata dal questionario multidimensionale non ha valore predittivo. Riteniamo interessante in futuro continuare ad indagare il valore prognostico della qdv e in particolare se esistano diversità nel modo di percepirla nel gruppo maschile e femminile, ambiti che ancora oggi necessitano di ulteriori approfondimenti.

Parole chiave: cure palliative, qualità della vita, sopravvivenza, pazienti oncologici in fase terminale.

Summary

The measurement of quality of life is an essential part of the overall evaluation of terminally ill cancer patients, especially those with short-term life expectancy. Scores relating to quality of life also provide important prognostic information that helps to identify the real needs of the patient and to plan adequate treatment. The aim of the present study was to verify whether some aspects of quality of life are predictive of survival in a group of far advanced cancer patients. Fifty-eight patients were recruited from a home care setting on the basis of clinical evaluation and assessment of the Karnofsky Scale and Katz ADL Index by their respective oncologists. The multidimensional questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) was used to score quality of life. Appetite was the only significantly predictive factor of survival in the entire group of patients ($\beta = -0.46$, $t = -2.58$, $p < .05$). Within the male subgroup, overall quality of life, cognitive activity and appetite proved predictive of survival, whereas no significant factors of survival were found in the female arm. Our results show, in agreement with those of other authors, that only the perception of appetite was predictive of survival, and that quality of life measured by the multidimensional questionnaire did not have a predictive value. We feel it is important to continue evaluating the prognostic value of quality of life, especially as men and women may have different ways of perceiving it.

Key words: palliative care, quality of life, survival, terminal cancer patients.

INTRODUZIONE

Man mano che l'oncologia medica avanza con i suoi progressi, aumenta sempre più l'evidenza di una serie di problemi assistenziali, umani e di vita dei pazienti.

I curanti hanno dovuto necessariamente cominciare a spostare la loro attenzione dalla malattia alla centralità della persona del malato tumorale, nella sua complessità bio-psico-sociale⁽¹⁾.

In questo percorso di riumanizzazione della medicina, le cure palliative sottolineano l'importanza dell'empatia nel rapporto medico-paziente, permettendo al malato di sentirsi riconosciuto in quanto persona e nella sua sofferenza⁽²⁾.

La fase terminale nel paziente oncologico rimane un momento complesso nell'ambito della storia naturale della malattia neoplastica: in esso vengono a confluire problematiche di tipo assistenziale, psicologico, sociale e spirituale⁽³⁾. Il lavoro in questo caso deve essere inteso come un intervento all'interno di una fase di vita breve, nella quale il tempo non deve essere sprecato ma vissuto secondo i desideri, le motivazioni, le speranze e le capacità della persona malata^(4,5). Il benessere del paziente, infatti, non deriva da una salute fisica non più ottenibile, e va perseguito indipendentemente dalla prognosi, sulla base del mantenimento di una "buona" qualità della vita (qdv). Tutto questo diviene possibile solo attraverso un bilanciamento tra qualità e durata di vita^(6,7).

La cura palliativa perseguendo come fine proprio la qdv entra prepotentemente nel dibattito etico attuale, proponendo di non accelerare né ritardare la morte, ma "accompagnare" la persona lungo il suo cammino nell'ultima fase della vita⁽⁸⁾.

La qdv non solo è uno degli obiettivi comuni dei servizi di cure palliative, ma dovrebbe essere considerata la principale misura del loro risultato⁽⁹⁾ al fine di valutare il beneficio e l'efficacia delle terapie⁽¹⁰⁾. Tale rilievo prepara la scena per la rinascita della previsione come categoria clinica. Difatti la caratterizzazione prognostica di una malattia, e conseguentemente la previsione di sopravvivenza, rappresenta un atto irrinunciabile nel contesto della presa in carico del paziente ed è necessaria sia dal punto di vista clinico, organizzativo da parte dei servizi eroganti prestazioni sanitarie⁽¹¹⁾, ma soprattutto etico, per permettere all'équipe di non mettere in atto cure inappropriate⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A prescindere dalla previsione clinica di sopravvivenza, numerosi autori riportano come la presenza di determinati

sintomi^(5,15-18) quali ad esempio la valutazione del *performance status* (KPS) e dell'Indice di autonomia (ADL), la sindrome da anoressia-cachessia (perdita di peso e disfagia), la dispnea, il delirium o le turbe cognitive rappresentano parametri in grado di caratterizzare la sopravvivenza attesa del paziente⁽¹⁹⁻³¹⁾.

Solo un'attenta misurazione della qdv consente una rilevazione unitaria delle caratteristiche del malato terminale. Per quanto riguarda i parametri clinici (tipo di tumore, caratteristiche biologiche) e i parametri relativi alla qdv, i dati sulla previsione e sul valore prognostico sono piuttosto contraddittori^(33,34). Mentre alcuni autori considerano la qdv come un fattore "soft" meno importante rispetto a fattori organici e fisici^(5,15,28,35), altri riscontrano una correlazione significativa fra qualità e attesa di vita, anche se più spesso tali risultati sono emersi in popolazioni di pazienti affetti da singole patologie e in fase meno avanzata di malattia^(33,34,36). Comunque negli ultimi vent'anni, si è dimostrato che la durata della sopravvivenza è associata positivamente con misure di salute relative alla qdv in gruppi eterogenei di pazienti oncologici, soprattutto in quegli studi che abbracciano il generale consenso all'utilizzo di strumenti di valutazione di tipo multidimensionale⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

Obiettivo

Lo scopo della presente ricerca è quello di indagare la qdv e in particolare, se alcuni suoi aspetti possono essere considerati predittori del numero medio di giorni di sopravvivenza in un gruppo di malati oncologici terminali reclutati in un servizio di assistenza domiciliare. Viene indagato, inoltre, il valore prognostico indipendente di altre dimensioni quali lo stato di integrità fisica e il grado di autonomia nelle normali attività del vivere quotidiano.

MATERIALI E METODI

Partecipanti

La ricerca conta un campione di 58 malati oncologici, ugualmente distribuiti per genere (50% uomini, 50% donne), entrati nella fase terminale della loro malattia. L'età media dei partecipanti era di 74,6 anni ($\pm 10,9$ range 45-93), per la maggioranza coniugati (36), vedovi (15) e solo una minima parte celibi/nubili⁽⁷⁾.

La tipologia di tumore primario era piuttosto eterogenea: la maggioranza era affetta da tumore al colon-retto (15,51%), mentre il cancro al seno, polmone e stomaco presentavano

percentuali identiche (13,79%). Gli uomini avevano per la maggior parte un tumore al colon-retto (21,13%), le donne alla mammella (27,59%).

In maggioranza i pazienti erano stati sottoposti a terapie primarie: radioterapia (32,76%) e chemioterapia (31,02%), mentre una parte consistente del campione non aveva ricevuto alcun trattamento (20,70%).

Il tempo medio trascorso dal momento della prima diagnosi di malattia fino alla presa in carico da parte del servizio di assistenza nel gruppo totale è stato di 13,24 mesi (\pm 25,53 range 0,03-120); tale fattore differisce nel gruppo maschile che ha un tempo medio di 10,41 mesi (\pm 23,48 range 0,5-108) rispetto a quello femminile per il quale sono trascorsi 15,47 mesi (\pm 27,25 range 0,03-120).

Procedure di reclutamento

Il campione del presente studio è raccolto all'interno di una Associazione Scientifica chiamata Pallium che opera oramai da oltre quindici anni nel capoluogo fiorentino, sui malati di tumore, ma anche su malati cronici (cardiovascolari, neurologici e altro), che necessitano di assistenza domiciliare e cure palliative. L'intervento nella maggioranza dei casi attiene la fase finale della vita. Questo gruppo di malati viene reclutato al momento della prima visita da parte del medico oncologo incaricato. Quest'ultimo risponde alla chiamata da parte del servizio Pallium che a sua volta viene contattato o dal medico di medicina generale oppure dalla famiglia. Il programma di cure palliative oltre al personale medico, comprende infermieri professionali, operatori socio-sanitari (OSS), coordinatori dei servizi alle famiglie e volontari specializzati.

Valutazione clinica e della qualità della vita

In questo studio per la valutazione clinica è stato scelto lo strumento del Karnofsky Performance Status (KPS) per misurare l'integrità funzionale e la necessità di assistenza. Inoltre per la valutazione dell'autonomia nelle normali attività del vivere quotidiano, viene usato l'Indice di autonomia di Katz (ADL), misurante sei funzioni: nutrizione, controllo sfinteriale, movimento, uso dei servizi igienici, vestirsi e fare il bagno. Per valutare quanto la sopravvivenza di questo campione può essere influenzata dai punteggi relativi alla qdv, viene adottato lo strumento multidimensionale dell'European Organization for Research and Treatment of Cancer

(EORTC) nel modulo specifico QLQ-C30. Esso è composto da 30 domande che valutano 5 scale di funzionalità generale (fisica, di ruolo, emozionale, cognitiva e sociale), 3 scale per il sintomo (fatica, nausea/vomito e dolore), una scala per la salute/qualità della vita globale, e 6 domande singole (respirazione, insonnia, anoressia, costipazione, diarrea e impatto economico della malattia).

Procedure di raccolta dei dati

La raccolta dei dati avviene interamente nell'abitazione del malato. Durante la prima visita il medico oncologo presenta al paziente il progetto di ricerca e dopo averne ottenuto il necessario consenso informato, procede alla compilazione della scheda nosologica e valuta attraverso il KPS e l'ADL gli aspetti funzionali e il grado di autonomia. Nel giro di 24 ore dalla presa in carico, il somministratore presenta al malato, nel rispetto della sua privacy, il questionario anonimo sulla qdv al quale dovrà rispondere autonomamente.

Procedure di analisi dei dati

Nel presente studio viene utilizzata l'analisi della Correlazione Bravais-Pearson per indagare la presenza di correlazioni non solo tra le sottoscale componenti il questionario relativo alla qdv ma anche tra tutti gli strumenti utilizzati. Per studiare se e quanto i valori assunti dal numero totale di giorni di sopravvivenza dipendono dai fattori componenti il questionario sulla qdv, dalla scala Karnofsky (KPS), dall'Indice di autonomia di Katz (ADL) e da eventuali variabili demografiche (sesso ed età), viene usata la Regressione multipla lineare.

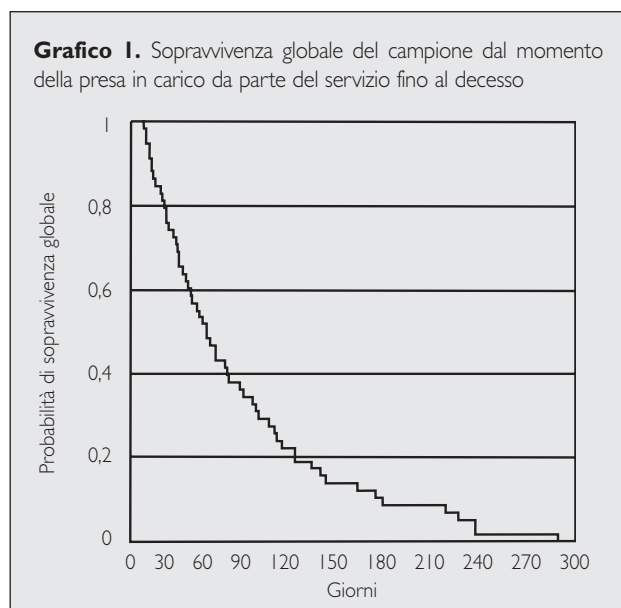
RISULTATI

I 58 malati che compongono il campione sono stati seguiti dal servizio di assistenza domiciliare fino alla fine della loro vita, ma solo 45 di loro compilano il questionario sulla qdv, in quanto gli altri non sono stati ritenuti in grado di rispondere a causa delle loro condizioni fisiche o del loro deterioramento cognitivo. La maggioranza di questi malati vive in compagnia di qualcuno (75,86%) e solo una minoranza vive sola (24,14%).

La maggior parte dei pazienti al momento di ingresso nel servizio mostrava di non aver ricevuto una informazione adeguata rispetto alla diagnosi sulla propria malattia (55,17%).

Il gruppo femminile era maggiormente disinformato (58,62%) rispetto a quello maschile (51,73%).

La sopravvivenza mediana dell'intero gruppo di malati dal momento della presa in carico fino al decesso è stato di 51 giorni (95% IC 37-73). La sopravvivenza mediana nel gruppo maschile è di 75 giorni (95% IC 41-97), mentre nel gruppo femminile è di 40 giorni (95% IC 25-63) (Grafico 1).



Il performance status (KPS) nella maggioranza del campione totale si attestava su valori compresi tra 20 e 50 (65,51%); il gruppo maschile presentava valori di 60 (22,14%), rispetto a quello femminile che ha valori pari a 30 (31,03%).

Dalla compilazione da parte del medico della griglia riguardante l'Indice di autonomia (ADL) si evince che il campione totale era nel 34,48% completamente dipendente in tutte le sei funzioni analizzate e solo il 15,51% appariva essere totalmente autonomo. In particolare nel gruppo maschile il 24,14% era dipendente in tutte le funzioni, ma allo stesso tempo una buona percentuale (20,14%) era anche autonoma; nel gruppo femminile il 44,83% è totalmente dipendente, mentre le altre funzioni si distribuiscono in modo piuttosto equo.

Analisi dei fattori prognostici

Dalla correlazione effettuata tra le singole sottoscale riguardanti il questionario della qdv nel gruppo totale si trovano numerose relazioni, in particolare la qdv con la fatica (-.50*) e con la dispnea (-.39*).

La scala Karnofsky (KPS) non presenta correlazioni di rilievo se associato al questionario EORTC, all'Indice di Katz (ADL), all'età e alla sopravvivenza media del campione totale.

Per quanto concerne l'Indice di Katz (ADL), esso presenta un'unica correlazione negativa con il sintomo della diarrea facente parte del questionario relativo alla qdv.

La sopravvivenza del campione totale presenta correlazioni negative con alcune sottoscale riguardanti la qdv, quali l'appetito (-.33*), lo stato emotivo (-.31*), il ruolo funzionale (-.30*) e l'attività cognitiva (-.30*). La sopravvivenza correla inoltre, con la scala Karnofsky (.29*) (Tabella 1).

Sono state effettuate due correlazioni separatamente per il gruppo maschile e per quello femminile facenti parte del campione in egual numero.

Nel gruppo maschile risultavano meno correlazioni significative tra le diverse sottoscale componenti la qdv rispetto al gruppo femminile.

Lo stato di salute globale e qdv negli uomini presentava una correlazione negativa con la fatica (-.50*) e la dispnea (-.44*); inoltre un calo più o meno grave di appetito correlava positivamente con la scala dello stato emotivo (.51*), ma anche con i sintomi di nausea e vomito (.42*).

Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione clinica, la scala Karnofsky (KPS) mostrava una sola correlazione positiva con la diarrea (-.47*), mentre l'Indice di Katz (ADL) sembrava essere completamente indipendente così come l'età media del campione. Invece, la sopravvivenza media correlava negativamente con la qdv (-.45*) e con l'appetito (-.61*).

Le correlazioni misurate nel gruppo femminile tra le scale componenti il questionario sulla qdv risultano maggiori. La qdv correla con la fatica (-.51*), con il ruolo funzionale (.47*) e l'attività sociale (-.43*). L'attività cognitiva correla con lo stato emotivo (.59*), con l'attività fisica (-.48*), la dispnea (.47*) e la fatica (.42*). Ma anche le scale relative ai sintomi presentano numerose correlazioni tra di loro. La scala Karnofsky (KPS) non presenta correlazioni significative, mentre l'Indice di Katz correla con il sintomo dell'insonnia (.58*).

L'età media del campione correla con le difficoltà economiche (-.59*) mentre la sopravvivenza media ha una relazione negativa con il ruolo funzionale (-.54*), l'attività fisica (-.50*) e la fatica (-.43*).

Tabella 1. Matrice di correlazione tra le sottoscale EORTC QLQ-C30 nel gruppo totale

	Q.L.	A.F.	R.F.	S.E.	A.C.	A.S.	FA.	N.V.	DO.	DS.	IN.	AP.	CO.	DI.	D.E.
Qualità della vita	1,00														
Attività fisica	,27	1,00													
Ruolo funzionale	-,24	,66*	1,00												
Stato emotivo	-,03	,21	,25	1,00											
Attività cognitiva	-,24	,21	,16	,41*	1,00										
Attività sociale	-,28	,23	,25	,09	,15	1,00									
Fatica	-,50*	,72*	,40*	,21	,17	,24	1,00								
Nausea/vomito	-,03	,16	,19	,30*	,15	,15	,22	1,00							
Dolore	-,11	,27	,36*	,20	,09	,17	,28	,26	1,00						
Dispnea	-,39*	,38*	,16	,04	,30*	,20	,43*	-,14	,17	1,00					
Insomnia	-,02	,28	,12	,13	,16	-,13	,12	-,10	,01	,26	1,00				
Appetito	,10	,28	,11	,26	,09	,03	,31*	,51*	,16	-,05	,15	1,00			
Costipazione	-,09	,11	-,05	,14	-,04	-,08	,15	,12	,25	-,05	,13	,10	1,00		
Diarrea	-,11	,02	,03	,11	,32*	-,05	,06	,09	,17	,04	,04	,09	-,30*	1,00	
Dif. Economiche	-,18	,00	,21	,26	,22	,08	,09	-,13	,10	-,17	-,17	-,21	,01	,02	1,00

Nota: Q.L. = qualità della vita; A.F. = attività fisica; R.F. = ruolo funzionale; S.E. = stato emotivo; A.C. = attività cognitiva; A.S. = attività sociale; FA. = fatica; N.V.= nausea/vomito; DO. = dolore; DS. = dispnea; IN. = insonnia; AP. = appetito; CO. = costipazione; DI. = diarrea; D.E. = difficoltà economiche; * = p<,05.

Dalla regressione multipla svolta nel campione totale prendendo in considerazione soltanto le scale componenti il questionario sulla qdv (EORTC QLQ C-30), in relazione al numero medio di giorni di sopravvivenza, risulta significativa un'unica sottoscala, la percezione dell'appetito (Tabella 2).

Lo stesso tipo di procedura viene effettuata separatamente per i due gruppi maschile e femminile.

Nel gruppo maschile sono significative tre sottoscale componenti il questionario EORTC: la salute globale e qualità della vita, l'attività cognitiva e l'appetito.

Per quanto riguarda il gruppo femminile nessuna scala risulta significativa per la sopravvivenza.

Alla luce di tali dati, si è proceduto all'analisi della regressione multipla nel campione totale prendendo come variabili il questionario misurante la qdv, la scala Karnofsky (KPS), l'Indice di Katz (ADL) e le variabili demografiche quali il

Tabella 2. Regressione multipla nel gruppo totale prendendo come variabili indipendenti le sottoscale EORTC QLQ-C30 e come variabile dipendente la sopravvivenza.

R = ,69095147 R² = ,47741394 R² corretto = ,20711080

F(15,29) = 1,7662 p<,09206 Errore standard della stima: 63,127

N= 45	BETA	Err. St di BETA	B	Err. St di BETA	t (29)	p
Qdv	-0,21	0,185	-5,1	4,577	-1,11	0,274
Ruolo	-0,02	0,278	-0,3	5,043	-0,06	0,951
At. Fisica	-0,16	0,221	-5,7	7,9	-0,72	0,476
St. Emotivo	-0,07	0,166	-2	4,756	-0,43	0,673
St. Cognit.	-0,33	0,172	-16	8,508	-1,92	0,065
At. Sociale	-0,24	0,15	-9,2	5,71	-1,62	0,116
Fatica	0,07	0,252	2,4	8,577	0,277	0,783
Nausea/Vomito	0,252	0,18	10	7,393	1,398	0,172
Dolore	-0,08	0,166	-3,1	6,122	-0,05	0,616
Dispnea	0,015	0,179	1	12,307	0,084	0,933
Insomnia	0,182	0,156	13	11,305	1,163	0,254
Appetito	-0,42	0,177	-26	11,023	-2,39	0,023
Costipazione	-0,12	0,165	-8,2	11,178	-0,73	0,47
Diarrea	0,188	0,161	19	16,336	1,167	0,252
Dif. Econ.	-0,16	0,169	-10	11,218	-0,93	0,361

Nota: qdv = stato globale di salute e qualità della vita; p<,05

nesso del campione e l'età. Da questa ultima analisi risulta unicamente significativa la sottoscala riguardante l'appetito (Tabella 3).

Tabella 3. Regressione multipla nel gruppo totale prendendo come variabili indipendenti tutti gli strumenti di valutazione, l'età media e il sesso.
R = ,74233922 R² = ,55106751 R² corretto = ,20987882
F (19,25) = 1,6151 p<,12973 Errore standard della stima: 63,017

N= 45	BETA	Err. St di BETA	B	Err. St di BETA	t (29)	p
QoL	-0,212	,191	-5,277	4,577	-1,113	,276
At. Fisica	-0,71	,301	-1,329	5,571	-,238	,813
Ruolo	-,170	,229	-6,769	9,098	-,744	,463
St. Emotivo	-,070	,173	-2,019	4,953	-,407	,686
At. Cognitiva	-,275	,183	-13,580	9,025	-1,504	,144
At. Sociale	-,189	,168	-7,204	6,381	-1,129	,269
Fatica	,188	,277	6,408	9,411	,680	,502
Nausea/Vomito	,223	,181	9,135	7,436	1,22	,230
Dolore	-,003	,182	-,132	6,714	-,019	,984
Dispnea	-,078	,189	-5,375	13,025	-,412	,683
Insomnia	,139	,162	10,047	11,047	,860	,397
Appetito	-,461	,178	-28,735	11,105	-2,587	,015
Costipazione	-,179	,178	-12,120	12,058	-1,005	,324
Diarrea	,036	,196	3,736	19,858	,188	,852
Dif. Econ.	-,115	,181	-7,650	12,024	-,636	,530
ADL	,122	,188	3,371	5,167	,652	,520
Karnofsky	,199	,172	,699	,605	1,156	,258
Sesso	-,048	,176	-6,836	24,783	-,275	,784
Età	,205	,200	1,306	1,278	1,021	,316

Nota: qdv = stato di salute globale e qualità della vita; p<,05

CONCLUSIONI

L'approccio terapeutico-assistenziale al singolo paziente in fase terminale di malattia oncologica deve tener conto di una serie di fattori. Fra i diversi parametri in gioco, l'attesa di vita è uno fra quelli con maggiore rilevanza clinica, in quanto il "tempo che rimane da vivere" per queste persone è prezioso. Questo studio mostra come allo stato attuale esistano evidenze circa solo alcuni fattori prognostici indipendenti quali la Previsione Clinica di Sopravvivenza, il performance status, la sindrome da anoressia-cachessia, stato di denutrizione, dispnea, delirio e alcuni parametri laboratoristici, non includendo ancora in modo certo i dati relativi alla qdv⁽¹⁴⁾.

Questa ricerca segue il generale consenso sull'utilizzo di strumenti a carattere multidimensionale come l'EORTC nel modulo QLQ-C30, ma in accordo con altri studi in merito^(33,42) trova le sue sottoscale molto correlate tra loro e quindi poco indi-

pendenti nella misurazione delle singole aree di interesse, non favorendo l'individuazione di possibili fattori prognostici. Viene infatti suggerito che la rilevanza prognostica di questi

strumenti sia dovuta alle componenti fisiche presenti in essi e al loro impatto nelle misurazioni finali^(43,44), tanto che è in arrivo una versione ridotta specifica per le cure palliative⁽⁴⁵⁾.

Questo studio, anche se non generalizzabile per il numero limitato del suo campione e per l'eccessivo numero di variabili considerate, trova per la percezione della salute globale e qdv da parte del malato, aspetti diversi caratterizzanti il gruppo maschile e quello femminile. Questo dato dovrebbe richiamare l'attenzione sui valori della qdv influenzati dall'essere uomo o donna. In questo campione infatti, non solo la qdv ma anche problemi a livello cognitivo (memoria e concentrazione) risultano predittori della sopravvivenza, ma solo nel gruppo maschile come visto anche in altri studi⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾. Il gruppo maschile dello studio presenta una prognosi e uno stato di autonomia migliore di quello femminile e questo potrebbe spiegare le differenze.

Inoltre, occorre cercare di definire meglio il concetto stesso di qdv specifica per i malati oncologici terminali, indagando anche sul perché questi pazienti sembrano non presentare una percezione

di qdv bassa e negativa, nonostante siano a un passo dalla fine della loro esistenza. Ciò potrebbe portare con sé motivazioni che vanno dalla soddisfazione personale, all'accettazione della malattia, o ancor più evidente in tale ricerca, all'inconsapevolezza relativa alla propria malattia. Quest'ultimo fattore relativo alla comunicazione delle diagnosi e delle prognosi è uno dei problemi più rilevanti nella pratica clinica e dovrebbe essere approfondito con ulteriori indagini.

Infine, la conoscenza dei fattori prognostici, in particolare dei valori concernenti la qdv in prossimità della morte, è fondamentale in quanto lo scopo delle cure palliative è di mantenere una buona percezione di qdv nel pieno rispetto della dignità personale, evitando sia interventi diagnostico-terapeutici sproporzionati e futili, sia astensionismi non giustificabili^(14,49-50).

Bibliografia

1. Biondi M, Costantini A, Grassi L. *La mente e il cancro*. Il Pensiero Scientifico Editore 1995, Roma.
2. Lovera G. *Il malato tumorale. Per un'umanizzazione dell'assistenza*. G.G. Edizioni Medico Scientifiche 1999, Torino.
3. Nelson A, Walsh D, Behrens C. *The dying cancer patient*. *Sem Oncol* 2000; 27: 84.
4. Chochinov HM, Hack T, Mc Clement S, et al. *Dignity in the terminally ill: a developing empirical model*. *Social Science Med* 2002; 54: 433-43.
5. Llobera J, Esteve M, Rifa J, et al. *Terminal cancer. Duration and prediction of survival time*. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2036-43.
6. Cattorini P, Reichlin M. *Quando la sofferenza ha un senso? Quaderni di Cure Palliative* 1996; 4(2).
7. Tamburini M, Brunelli C, Rosso S. *Prognostic value of quality of life scores in terminally ill cancer patients*. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 32-41.
8. Richards MA, Ramirez AJ. *Quality of life: the main outcome measure of palliative care*. *Palliat Med* 1997; 11: 89-92.
9. Raymond SK, Karen CH, Zimmie Y. *Quality of life of palliative care patients in the last two weeks of life*. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 388-97.
10. Finley I, Dunlop R. *Quality of life assessment in palliative care*. *Ann Oncol* 1994; 5: 13-8.
11. Maltoni M, Amadori D. *Prognoses in advanced cancer*. *Hematol Oncol Clin N Am* 2002; 16: 715-29.
12. Christakis NA, Lamont EB. *Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study*. *BMJ* 2000; 320: 469-73.
13. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al. *Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life*. *J Clin Oncol* 2004; 22: 315-21.
14. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, et al. S (2005). *Prognostic factor in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations A study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care*. *J Clin Oncol*, 23: 6240-48.
15. Faris M. *Clinical estimation of survival and impact of other prognostic factors on terminally ill cancer patients in Oman*. *Support Care Cancer* 2003; 11: 30-4.
16. Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, et al. *Estimate of survival patients admitted to a Palliative Care Unit. a prospective study*. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 82-6.
17. Hardy JR, Turner R, Saunders M, et al. *Prediction of survival in a hospital-based continuing care unit*. *Eur J Cancer* 1994; 30 (A): 284-88.
18. Vitetta L, Kenner D, Kissane D, et al. *Clinical Outcomes in terminally ill patients admitted to hospice care: diagnostic and therapeutic interventions*. *J Palliat Care* 2001; 17: 69-77.
19. Heyse-Moore LH, Ross V, Mullett MA. *How much of a problem is dyspnea in advanced cancer? Palliat Med* 1991; 5: 20-6.
20. German KS, Cohen HJ. *Functional status and elderly cancer patient*. *Critical Rev Oncol Hematology* 2000; 43: 191-208.
21. Firat S, Bousamra M, Gore E, et al. *Comorbidity and Karnofsky performance status are independent prognostic factors in stage I non-small-cell lung cancer*. *Int J Radiation Oncol Physiology* 2002; 52: 1047-57.
22. Firat S, Byhardt W, Gore E. *Comorbidity and Karnofsky performance status score are independent prognostic factors in stage III non-small-cell lung cancer: an institutional analysis of patients treated on four studies*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 54: 357-64.
23. Maltoni M, Nanni O, Dorni S, et al. *Clinical prediction of survival is more accurate than Karnofsky Performance Status in estimating life span of terminally ill cancer patients*. *Eur J Cancer* 1994; 30: 764-66.
24. Reuben DB, Mor V, Hiris J. *Clinical symptom and length of survival in patients with terminal cancer*. *Arch Intern Med* 1997; 148: 1586-87.
25. Evans C, Mc Carthy M. *Prognostic uncertainty in terminal care: can Karnofsky Index help? Lancet* 1985; 251(8439): 1204-06.
26. Simonsick EM, Newman AB, Nevitt MC, et al. *Measuring higher level physical function in well-functioning older adults: expanding familiar approaches in the Health ABC Study*. *J Gerontology* 2001; 56: 644-49.
27. Scotto WK, Macera CA, Cornaman CB, et al. *Functional health status as a predictor of mortality and woman over 65*. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 291-96.
28. Morita T, Tsumoda J, Inoue S, et al. *Survival prediction of terminally ill cancer patients by clinical symptoms: development of a simple indicator*. *Jpn J Clin Oncol* 1999; 29: 156-59.
29. Maltoni M, Pirovano M, Scarpi E, et al. *Prediction of survival of patients terminally ill with cancer. Results of an Italian prospective multicentric study*. *Cancer* 1995; 75: 2613-22.
30. Caraceni A, Nanni O, Maltoni M, et al. *Impact of delirium on short term prognosis of advanced cancer patients*. *Cancer* 2000; 89: 1145-49.
31. Iconomou G, Mega V, Koutras A, et al. *Prospective assessment of emotional distress, cognitive function and quality of life in patient with cancer treated with chemotherapy*. *American Cancer Society* 2004; 404-11.
32. Passanisi F, Orban A, Scalfi L, et al. *Predictors of survival in terminally ill cancer patients with irreversible bowel obstruction receiving home parenteral nutrition*. *Nutrition* 2001; 17: 581-84.
33. Rodrigus P, de Brouwer P, Raaymakers E. *Brain metastases and non-small cell lung cancer. Prognostic factors and correlation with survival after irradiation*. *Lung Cancer* 2001; 32: 129-36.
34. Coates AS, Hunry C, Peterson HF. *Quality of life scores predict outcomes in metastatic but not early breast cancer*. *J Clin Oncol* 2000; 18: 3768-74.
35. Roychowdhury DE, Hayden A, Liepa AM. *Health-related quality of life parameters as independent prognostic factors in advanced or metastatic bladder cancer*. *J Clin Oncol* 2003; 21: 673-78.
36. Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR. *Can the Spitzer's Quality of Life Index help to reduce prognostic uncertainty in terminal care? Brith J Cancer* 1990; 62: 695-99.
37. Maisey NR, Norman A, Watson M, et al. *Baseline quality of life predicts survival in patients with advanced colorectal cancer*. *Eur J Cancer* 2002; 38: 1351-57.
38. Coates AS, Porzsolt F, Osoba D. *Quality of life in oncology practice: prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy*. *Eur J Cancer* 1997; 33: 1025-30.
39. Loprinzi CL, Laurie JA, Wieand HS. *Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires*. *North Central Cancer Treatment Group*. *J Clin Oncol* 1994; 12: 601-07.
40. Shadbolt B, Barresi J, Craft P. *Self rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer*. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2514-19.
41. Sloam JA, Loprinzi CL, Laurine JA. *A simple stratification factor prognostic for survival in advanced cancer: the good/bad uncertain index*. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3539-46.
42. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. *Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck systematic review*. *Oral Oncol* 2005; 41: 440-54.
43. Viganò A, Donaldson N, Higginson J, et al. *Quality of life and survival prediction in terminal cancer patients*. *Cancer* 2004; 101: 1090-98.
44. Chang VT, Thaller HT, Polyak TA. *Quality of life and survival. The role of multidimensional symptom assessment*. *Cancer* 1999; 83(1): 173-79.
45. Wang XS, Cleeland CS, Mendoza TR. *The effects of pain severity on health-related quality of life: a study with Chinese patients*. *Cancer* 1999; 86(9): 1848-55.
46. Peterson MA, Groenewold M, Aaronson N, et al. *Item response theory was used to shorten EORTC QLQ-C30 scales for use in palliative care*. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 36-4.
47. Brown JE, McMillan DC, Milroy N. *The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer*. *Cancer* 2005; 103: 377-82.
48. Hjermstad MJ, Fayers PM, Bjordal K, et al. *Using reference data on quality of life. The important adjustig for age and gender, exemplified by the EORTC QLQ-C30*. *Eur J Cancer* 1998; 34: 1381-89.
49. Cengiz M, Ozyar E, Esassolak M, et al. *Assessment of quality of life of nasopharyngeal carcinoma patients with EORTC QLQ-C30 and H&N-35 modules*. *Int J Rad Oncol Biology Physics* 2005; 63: 1347-53.
50. Thompson E, Solà I, Subirana M. *Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. A systematic review of the evidence*. *Lung Cancer* 2005; 50: 163-76.