

Cure palliative integrative e cure di fine vita in oncologia

Sandra Pittl ¹, Corrado Bertotto ², Natalie Kalbermatten ³

¹ Centro di oncologia integrativa, Zurigo, Svizzera

² Centro di medicina integrativa, HOCH Health Ostschweiz, Ospedale cantonale di San Gallo, Svizzera

³ Oncologia/ematologia, Ospedale cantonale di Münsterlingen, Svizzera

Abstract: le cure palliative si concentrano sulla qualità della vita delle persone affette da malattie terminali attraverso un accompagnamento bio-psico-socio-spirituale e una collaborazione multiprofessionale, il più presto possibile nel decorso della malattia e fino alla fine della vita. In questo contesto, molti pazienti desiderano anche procedure di medicina integrativa che, con il loro approccio salutogenico e multidimensionale, si allineino bene ai principi fondamentali delle cure palliative. Prendendo come esempio la medicina antroposofica e la fitoterapia, viene presentata una gamma di farmaci, applicazioni esterne e terapie artistiche che possono alleviare i sintomi e rafforzare le risorse interiori. È fondamentale una diagnosi competente, che valuti attentamente i benefici e gli impegni. Se utilizzate in modo sensato, le terapie integrative possono contribuire ad accompagnare le persone alla fine della loro vita in modo individuale e completo e a sostenere efficacemente i principi delle cure palliative.

Parole chiave: cure palliative e di fine vita, medicina integrativa, medicina complementare, medicina antroposofica, fitoterapia.

Introduzione

Le cure palliative indicano l'accompagnamento multiprofessionale e multidimensionale di persone affette da malattie che limitano la loro aspettativa di vita e dei loro familiari, con particolare attenzione alla qualità della vita (1). Secondo l'attuale concezione, esse sono applicabili in fase precoce, ovvero già dopo la diagnosi di una malattia non curabile. Le cure palliative specialistiche sono ampiamente disponibili in Svizzera, sia in regime di ricovero (reparti di cure palliative, ospizi) che ambulatoriale (consulenze palliative, servizi mobili di cure palliative). Molte persone affette da malattie oncologiche richiedono medicine complementari o integrative (2). Ciò vale per tutti gli stadi della malattia, anche quelli non curabili (3). Diversi metodi/misure di medicina integrativa possono essere utili per questi pazienti; per alcuni di essi esistono dati scientifici e/o una base empirica rilevante. Questo articolo intende illustrare le possibilità e i limiti dei metodi di medicina complementare o integrativa nelle cure palliative e di fine vita.

Cure palliative

Le cure palliative moderne (o medicina palliativa, termine spesso usato come sinonimo) sono state fondate dall'infermiera, assistente sociale e medico britannica Cicely Saunders (1918-2005) (4). La definizione di cure palliative dell'OMS (2002 e 2023 [5]) descrive le cure palliative come «un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie confrontati con una malattia potenzialmente letale, in qualsiasi fase della malattia» (2002 e 2023 [5]) definisce le cure palliative come «un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie confrontati con i problemi di una malattia potenzialmente letale, prevenendo e alleviando la sofferenza attraverso la diagnosi precoce, la valutazione accurata e il trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali» (1). Questa concezione bio-psico-socio-spirituale costituisce una base importante per i concetti centrali della medicina palliativa moderna. La medicina palliativa comprende – sempre secondo l'OMS – una forte attenzione alla prevenzione e all'alleviamento dei sintomi, un'affermazione della vita fino alla fine, ma anche l'accettazione della morte come parte della vita (6), il coinvolgimento dei familiari e del team multiprofessionale; inoltre, non è nichilista, ma include

anche metodi di indagine e terapie invasive, purché questi sostengano l'obiettivo di migliorare la qualità della vita. Cicely Saunders ha coniato, tra l'altro, il termine «total pain» (7), che può essere applicato anche ad altri sintomi. Esso significa che una persona che manifesta il sintomo del dolore spesso non lo limita al dolore fisico, ma che anche dimensioni psicologiche, sociali e spirituali (8) nell'esperienza del dolore (9, 10), riflettendo così quella visione bio-psico-socio-spirituale che è alla base della definizione di cure palliative dell'OMS.

Fino al 2010 circa, le cure palliative in oncologia venivano utilizzate prevalentemente solo quando le terapie oncologiche venivano interrotte per mancanza di efficacia («transizione dall'oncologia alle cure palliative») (11). Nel 2010, lo studio di Temel et al. pubblicato sul New England Journal of Medicine, che ha esaminato 151 pazienti con NSCLC di nuova diagnosi, ha dato il via a un cambiamento di paradigma. Coloro che, oltre alla terapia oncologica standard, ricevevano controlli regolari da un team specializzato in cure palliative, non solo mostravano un miglioramento della qualità della vita, ma anche una sopravvivenza mediana più lunga (12). Da allora, in molti centri oncologici è diventata prassi standard (13) che i pazienti con sintomi complessi o stress psicosociale o spirituale vengano indirizzati tempestivamente a team specializzati in cure palliative già durante le terapie antitumorali attive (14) (15, 16). Per distinguere chiaramente le cure palliative «precoci» dall'assistenza alla fine della vita, per quest'ultima si è affermato il termine «cure di fine vita» (17).

Non tutti i pazienti affetti da tumori incurabili necessitano di cure palliative specialistiche. Molti interventi di cure palliative – come i colloqui sulla comprensione della malattia, la pianificazione della rete di assistenza o il controllo dei sintomi – vengono effettuati nell'ambito delle cure palliative generali da medici di famiglia, oncologi e infermieri specializzati in oncologia (18). In caso di sintomi più complessi o interagenti o di stress psicosociale o spirituale pronunciato, è indicato il rinvio a team specializzati (19, 20).

In Svizzera, la disponibilità sia di cure palliative ospedaliere (reparti di cure palliative, ospizi) che ambulatoriali (ambulatori di cure palliative, servizi mobili di cure palliative) è generalmente buona (con differenze regionali). Per la certificazione DKG dei centri oncologici, diffusa in Svizzera, è richiesto l'accesso alle cure palliative ospedaliere e ambulatoriali per tutti i pazienti (21).

Dal 2016 i medici specialisti che desiderano specializzarsi in cure palliative possono ottenere il titolo interdisciplinare SIWF in medicina palliativa. Oltre a una formazione teorica strutturata in medicina palliativa di 160 ore, questo titolo prevede almeno due anni di attività nella medicina palliativa specialistica. Il titolo di specializzazione in medicina palliativa è un requisito indispensabile per dirigere un reparto di cure palliative. In un confronto tra i diversi paesi, il costo per ottenere la specializzazione medica in cure palliative varia tra il Regno Unito, dove le cure palliative costituiscono un titolo di specializzazione a sé stante, e la Germania, dove la qualifica aggiuntiva di cure palliative per i medici specialisti può essere ottenuta con 40 ore di formazione continua e 120 ore di seminari sui casi clinici (questi ultimi possono essere sostituiti da 6 mesi di formazione continua presso centri di formazione) (22).

Medicina integrativa nelle cure palliative

Con il termine «medicina integrativa» si intende la combinazione sensata di medicina complementare e medicina convenzionale (23). In Svizzera, dal 2009 sono riconosciute quattro discipline di medicina complementare (medicina antroposofica, MTC/agopuntura, omeopatia classica e fitoterapia) sono sancite dalla Costituzione e le relative prestazioni mediche sono rimborsate dall'assicurazione di base se fornite da un medico in possesso del corrispondente attestato di capacità ISFM (24). Anche molti dei farmaci utilizzati nei metodi di medicina complementare sopra citati sono rimborsati dall'assicurazione di base.

Nei centri oncologici svizzeri che offrono trattamenti di medicina integrativa per pazienti oncologici («oncologia integrativa») vengono generalmente proposti uno o più dei metodi sopra citati e/o la medicina Mind-Body. Per diventare membri della Rete svizzera di oncologia integrativa (www.integrative-oncology.ch) è necessario che un medico con un attestato di capacità SIWF in uno dei metodi sopra citati o un CAS in medicina mente-corpo e una certificazione del centro oncologico tenga almeno due volte al mese un consulto di oncologia integrativa (25).

Di seguito, il termine medicina complementare o integrativa (CIM) si riferisce principalmente ai metodi sopra citati. Diversi metodi di medicina complementare (non tutti) si concentrano sulla salutogenesi e su una visione multidimensionale dell'essere umano, che spesso include la dimensione psico-spirituale (26). In questo senso, si riscontrano alcuni parallelismi con i principi delle cure palliative. Questo aspetto, così come forse anche l'attenzione rivolta a un «approccio di squadra» con il ruolo centrale degli infermieri nelle cure palliative, potrebbero essere una delle ragioni per cui in diversi contesti di cure palliative si sono affermati negli ultimi anni concetti come l'aromaterapia, considerata parte della fitoterapia (27).

Evitare le «cure aggressive di fine vita» anche nell'oncologia integrativa

Il termine «cure aggressive di fine vita» indica misure mediche gravose come la chemioterapia con effetti collaterali, il ricovero in terapia intensiva o la rianimazione nella fase terminale di un tumore in stadio avanzato, situazioni in cui i benefici sono generalmente marginali. Gli studi dimostrano che l'integrazione precoce delle cure palliative può ridurre significativamente la frequenza di tali interventi (28, 29, 30).

Questo principio – evitare interventi invasivi con scarsi benefici – vale non solo per le terapie oncologiche convenzionali, ma anche per le procedure complementari e integrative. Anche se le misure CIM sono considerate da molti pazienti e operatori sanitari come delicate e sostanzialmente prive di effetti collaterali (31, 32), possono comunque comportare oneri rilevanti alla fine della vita. Tra questi figurano effetti indesiderati specifici, ad esempio dei medicinali a base di piante (vedi capitolo Fitoterapia), forme di applicazione invasive come gli aghi nell'agopuntura (vedi capitolo MTC) o le infusioni/iniezioni sottocutanee, nonché l'onere logistico (33) di ripetute visite ambulatoriali o ospedaliere (34, 35) (la cosiddetta tossicità temporale [36]) e spesso l'onere finanziario (la cosiddetta tossicità finanziaria [37]). L'onere finanziario e logistico è probabilmente sottovalutato (38). Di conseguenza, anche gli interventi CIM in questa fase dovrebbero essere valutati criticamente in termini di rapporto costi-benefici e, se necessario, interrotti o non avviati in accordo con il paziente. A tal fine è possibile applicare un processo decisionale strutturato, come nel caso della terapia sistemica del cancro a scopo palliativo (39).

Inoltre, molti pazienti, di fronte alla progressione della malattia e all'avvicinarsi della fine della vita, cercano un'ultima «ancora di salvezza». In questa situazione aumenta la vulnerabilità nei confronti di offerte poco serie di medicina complementare, che in alcuni casi suggeriscono addirittura la guarigione. Tali promesse comportano il rischio di delusioni, un'allocazione errata delle risorse e un ulteriore carico per i familiari. In questi casi, la doppia competenza di professionisti con esperienza nella medicina integrativa e nelle cure palliative si rivela utile. Grazie al loro accompagnamento empatico, alle elevate competenze comunicative e alla capacità di valutare le offerte poco serie, possono contribuire a evitare che i pazienti si aggrappino a «ancore di salvezza» discutibili. In questo modo, i pazienti hanno più tempo ed energia per ciò che considerano essenziale.

Esempi di interventi CIM nella cura palliativa e di fine vita

Di seguito vengono illustrate, a titolo esemplificativo, le possibilità offerte da due discipline fondamentali dell'oncologia integrativa (medicina antroposofica integrata, fitoterapia) nella cura palliativa e di fine vita. Questa selezione è motivata dalle competenze degli autori del presente articolo nelle discipline corrispondenti.

Medicina antroposofica integrata

In primo piano vi sono approcci basati sull'esperienza e in parte su studi scientifici, facilmente comprensibili, provenienti dalla pratica medica, infermieristica e terapeutica, che integrano in modo sensato le cure convenzionali.

Approcci farmacologici

La medicina antroposofica integrata offre una gamma differenziata di farmaci che vengono utilizzati in modo mirato ai sintomi e personalizzato (vedi articolo “Elementi comuni e discipline fondamentali”,

capitolo medicina antroposofica integrata). Si tratta per lo più di preparati a bassa potenza (D1-D30) o di farmaci di origine vegetale o minerale prodotti secondo procedure antroposofiche specifiche.

- **Inappetenza:** i preparati a base di sostanze amare come WALA Magen-Darm Globuli velati o WELEDA Amara Tropfen hanno una lunga tradizione d'uso e, grazie alla loro componente amara, stimolano l'appetito e la digestione (40, 41).
- **Ansia e disturbi del sonno:** i preparati a base di Bryophyllum pinnatum (foglia di bryophyllum, diversi produttori) sono ampiamente utilizzati nella pratica antroposofica e possono influire positivamente sull'ansia e sulla tensione interiore e favorire l'addormentamento e il sonno (42, 43).
- **Irrequietezza nel processo di morte:** WELEDA Olibanum comp., un rimedio complesso potenziato a base di Olibanum resina, Aurum metallicum e Myrrha, viene utilizzato nel processo di morte quando l'irrequietezza e l'angoscia esistenziale sono in primo piano (44, 45).
- **Nausea e disturbi digestivi:** WELEDA Nux vomica comp. Dil. e WALA Magen-Darm Globuli velati vengono utilizzati per alleviare la nausea e i disturbi digestivi (41).
- **Terapia con vischio:** i preparati a base di vischio (in Svizzera: Iscador, Helixor e Abnobaviscum) possono avere un effetto benefico sulla stanchezza (fatigue), sulla perdita di appetito e sul benessere generale (46, 47).

Applicazioni esterne nella pratica infermieristica

Le applicazioni esterne rivestono un ruolo centrale nel concetto di cura antroposofica (vedi capitolo Cure integrative): esse esercitano la loro azione attraverso le sostanze utilizzate, per lo più vegetali e in parte metalliche, nonché attraverso l'effetto fisico del calore e/o dell'umidità (a seconda dell'applicazione) o dei gesti ritmici (44, 48).

- **L'impacco cardiaco Aurum-Lavandula** può avere un effetto positivo sull'ansia e l'inquietudine interiore (41).
- **Gli impacchi di achillea** sul fegato possono rafforzare la vitalità, regolare il metabolismo e migliorare la qualità del sonno (49).
- **L'impacco di oxalis** sul diaframma viene utilizzato in caso di tensione nervosa, disturbi digestivi o shock emotivo (41).
- **Frizioni ritmiche** secondo Wegman/Hauschka: questo metodo di cura con sfioramenti ritmici può favorire la percezione del corpo e la fiducia (41, 48). A seconda dell'obiettivo dell'applicazione vengono utilizzate sostanze diverse.

Terapie artistiche

Le terapie artistiche antroposofiche – pittura, modellaggio, musicoterapia, arte della parola o euritmia terapeutica, una terapia del movimento consapevole – svolgono un ruolo importante nelle cure palliative e di fine vita ampliate dall'antroposofia.

- Panoramiche sistematiche dimostrano che le terapie artistiche possono ridurre significativamente l'ansia e i sintomi depressivi nei pazienti oncologici (50, 51).
- **L'euritmia terapeutica** può influire positivamente sulla dispnea, sul dolore e sull'irrequietezza, armonizzando il ritmo e la respirazione (45, 52).
- **L'arte della parola e la musica** possono alleviare i sintomi fisici ed emotivi, favorire il rilassamento e creare spazio per tematiche esistenziali (52).

Accompagnamento psicosociale e spirituale

La visione antroposofica dell'uomo considera il corpo, l'anima e lo spirito come un'unità e amplia così l'accompagnamento nel processo di morte con alcuni aspetti:

- **Accompagnamento spirituale:** oltre agli approcci convenzionali (53, 54), la medicina antroposofica integrata integra il lavoro biografico, la meditazione e gli esercizi di rilassamento, che possono accompagnare anche le persone non religiose in tematiche spirituali ed esistenziali (44, 45).
- **Salutogenesi e autoregolazione:** la medicina antroposofica integrata attribuisce grande importanza alla promozione delle risorse interiori. Il lavoro biografico, gli approcci artistici e le applicazioni esterne mirano a sostenere l'autoregolazione (55, 56).

Il contributo specifico delle cure palliative antroposofiche

La medicina antroposofica integrata amplia l'assistenza palliativa generale nei seguenti punti:

- 1. Approccio olistico all'assistenza e applicazioni esterne:** attraverso il ritmo, il contatto fisico e le esperienze multisensoriali è possibile trasmettere sicurezza e stabilità (44).
- 2. Ampia gamma di farmaci orientati ai sintomi,** per lo più di origine vegetale, in parte anche minerale, che consentono una terapia personalizzata e ben tollerata
- 3. Integrazione di arte e natura:** terapie creative e sostanze naturali ampliano la gamma di azioni possibili.
- 4. Focus sulla salutogenesi e sull'autoregolazione:** l'approccio medico antroposofico sottolinea le capacità di regolazione interne anche in caso di malattie in stadio avanzato (55).

Conclusione: la medicina antroposofica integrata arricchisce le cure palliative con un repertorio pratico di farmaci, applicazioni esterne, terapie artistiche e possibilità di accompagnamento psico-spirituale, sempre con l'obiettivo di mettere al centro la persona nella sua totalità fisica, mentale e spirituale e di rafforzare le sue risorse interiori fino alla fine.

Fitoterapia

I medicinali fitoterapici in diverse forme di preparazione possono contribuire alle cure palliative e di fine vita in indicazioni selezionate per alleviare i sintomi (tra cui ansia/agitazione, disturbi del sonno, affaticamento, nausea) e influire positivamente sullo stato di salute generale (57). Oltre ai dati provenienti da studi clinici, anche la lunga tradizione di utilizzo, che viene sistematicamente elaborata e messa in relazione con i dati preclinici, ad esempio nelle monografie di comitati internazionali di esperti come l'Agenzia europea per i medicinali (Committee on Herbal Medicinal Products, EMA-HMPC) o l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), gioca un ruolo importante nella valutazione dei benefici.

Tra le piante medicinali utilizzate per uso interno figurano preparati a base di vischio bianco (*Viscum album*), canapa (*Cannabis sativa/indica*), incenso (*Boswellia serrata*) e zenzero (*Zingiber officinale*). Per quanto riguarda i preparati a base di vischio, le revisioni sistematiche mostrano risultati incoerenti; singoli studi randomizzati riportano miglioramenti della qualità della vita (46), mentre gli effetti sulla sopravvivenza non sono certi. La cannabis terapeutica può essere presa in considerazione come coadiuvante per singoli sintomi (ad es. nausea refrattaria, perdita di appetito, dolore) dopo aver informato il paziente e tenendo conto delle interazioni, degli effetti collaterali e della situazione giuridica (58, 59). In uno studio pilota RCT in doppio cieco, l'incenso (*Boswellia serrata*) ha ridotto l'edema cerebrale peritumorale nei tumori cerebrali sottoposti a radioterapia; tuttavia, la base di dati è limitata (60, 61). Per lo zenzero nella CINV (nausea e vomito indotti dalla chemioterapia) i risultati sono contrastanti: meta-analisi e RCT mostrano in parte benefici (soprattutto nausea acuta), in parte nessun effetto chiaro (62, 63). Per i preparati standardizzati a base di olio di lavanda per uso orale (ad es. Silexan), una meta-analisi mostra una significativa riduzione dell'ansia con buona tollerabilità (64). Esistono prove tradizionali e in parte scientifiche a sostegno dell'efficacia dei preparati a base di radice di valeriana, luppolo, passiflora e melissa nel trattamento dei disturbi del sonno (65, 66, 67, 68). Per l'inappetenza di varia origine vengono tradizionalmente utilizzati preparati a base di piante medicinali amare; l'effetto è in parte dimostrato anche da studi clinici (69, 70, 71). La trasferibilità alla situazione del paziente con inappetenza in fase avanzata della malattia è aperta, ma se il paziente lo tollera, è possibile tentare una cura.

Applicazioni esterne di preparati a base di piante medicinali sotto forma di impacchi/comprese e aromaterapia vengono utilizzate per promuovere il benessere, il rilassamento e il sonno. Un piccolo studio pilota ha evidenziato una riduzione della fatica con l'applicazione di impacchi al fegato con tè di achillea durante la radioterapia palliativa (72). L'aromaterapia mostra effetti sull'ansia e sul sonno nelle revisioni sistematiche (73). Nell'ambito dell'aromaterapia, la lavanda (*Lavandula angustifolia*) è la pianta più studiata: le applicazioni per inalazione/topiche (diffusori, cuscini profumati, frizioni) ottengono, in RCT e revisioni, anche in contesti palliativi, effetti a breve termine, prevalentemente moderati, sull'ansia e sul sonno (73). Un nuovo studio ha dimostrato miglioramenti significativi nella qualità del sonno, nei sintomi dell'ansia e nel dolore in pazienti affette da cancro al seno in

chemioterapia che hanno ricevuto un massaggio con olio di lavanda rispetto al gruppo placebo (massaggio con olio di mandorle) (74).

In base ai sintomi, è possibile dedurre i seguenti campi di applicazione:

- **Ansia/agitazione** e disturbi del sonno: olio di lavanda (per via orale, per inalazione, ad esempio tramite diffusore, per via cutanea), preparati a base di valeriana, passiflora, melissa, luppolo (65, 66, 67)

- **Affaticamento** (in particolare durante la radioterapia): impacchi sul fegato con tisana di achillea (72)

- **Inappetenza**: preparati a base di piante medicinali amare (ad es. assenzio, genziana gialla, dente di leone)

- **Nausea/vomito**: preparati a base di zenzero come additivo all'antiemetico conforme alle linee guida (62, 63), cannabis terapeutica (58, 59)

- **Edema cerebrale/pressione intracranica**: estratti di incenso indiano

in casi selezionati off-label dopo valutazione interdisciplinare e informazione; se necessario, per tentare di ridurre gli steroidi (60, 61).

Sicurezza e qualità: i preparati fitoterapici si differenziano per tipo di estratto, dosaggio, standardizzazione e qualità; è preferibile utilizzare preparati conformi alle norme HMPC/Farmacopea. È necessario prestare attenzione alle possibili interazioni (ad es. con sedativi, anticoagulanti, substrati CYP/P-gp) e determinare con cura il dosaggio, in particolare nel caso della cannabis terapeutica. Per l'uso di oli essenziali devono essere presi in considerazione esclusivamente preparati autorizzati con dosaggio e qualità adeguati.

Conclusioni e prospettive

Le cure palliative combinano l'accompagnamento bio-psico-socio-spirituale e la collaborazione multiprofessionale con l'obiettivo di garantire la qualità della vita delle persone affette da malattie terminali e dei loro familiari, il più presto possibile nel decorso della malattia (1, 12, 16). Molti pazienti in cure palliative esprimono il desiderio di offerte di medicina integrativa (3). Numerose procedure della medicina integrativa possono essere facilmente combinate con i principi fondamentali delle cure palliative grazie alla loro visione multidimensionale dell'essere umano, che include aspetti psico-spirituali, e al loro approccio di squadra simile. Se selezionate in modo mirato e integrate nel concetto di trattamento individuale, possono fornire impulsi preziosi (23, 26). Un principio fondamentale delle cure palliative è quello di evitare misure stressanti senza un chiaro beneficio per il paziente, indipendentemente dal fatto che provengano dalla medicina convenzionale o da quella complementare-integrativa (8, 29,30). La medicina antroposofica integrata e la fitoterapia sono esempi di due approcci della medicina integrativa spesso utilizzati nelle cure palliative e di fine vita che, ciascuno con i propri concetti e punti focali terapeutici, offrono un potenziale di sostegno in questa fase della vita, ma richiedono competenze specialistiche sia nella rispettiva direzione della medicina integrativa che nelle cure palliative, al fine di poter valutare la situazione individuale in modo differenziato. Se utilizzate correttamente, le procedure di medicina integrativa possono contribuire ad accompagnare le persone alla fine della vita in modo completo, individuale e in armonia con i principi delle cure palliative.

Dr. med. Natalie Kalbermatten, M.Sc. -Onkologie/Hämatologie Kantonsspital Münsterlingen Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen natalie.kalbermatten@stgag.ch

Conflitti di interesse Natalie Kalbermatten è vicepresidente dello Swiss Network for Integrative Oncology e membro della famiglia proprietaria di un'azienda che produce e commercializza medicinali a base di erbe. Gli altri autori non hanno dichiarato alcun conflitto di interesse in relazione al presente articolo.

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.005>

Traduzione : Dr.ssa Sabrina Menestrina

Bibliografia

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Bleumer T, Abel J, Bodden L, Ortiz M, Stintzing S, Pelzer U, Stephan LU. A Current Assessment of the Use of Complementary Medicine in German Cancer Patients: The CONKO 022 Investigation. *Oncol Res Treat.* 2025 Jun 4:1-7.
3. Paul M, Davey B, Senf B, Stoll C, Münstedt K, Mücke R, et al. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2013;139(9):1515–22.
4. Miccinesi G, Caraceni A, Garetto F, Zaninetta G, Bertè R, Broglio CM, Farci B, Aprile PL, Luzzani M, Marzi AM, Mercadante S, Montanari L, Moroni M, Piazza E, Pittureri C, Tassinari D, Trentin L, Turriziani A, Zagonel V, Maltoni M. The Path of Cicely Saunders: The „Peculiar Beauty“ of Palliative Care. *J Palliat Care.* 2020 Jan;35(1):3-7
5. <https://pallipedia.org/palliative-care-1990-2002-and-2023-who-definitions/>
6. Bandieri E, Borelli E, Bigi S, Mucciarini C, Gilioli F, Ferrari U, Eliardo S, Luppi M, Potenza L. Positive Psychological Well-Being in Early Palliative Care: A Narrative Review of the Roles of Hope, Gratitude, and Death Acceptance. *Curr Oncol.* 2024 Jan 24;31(2):672-684
7. SAUNDERS C. The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proc R Soc Med* 1963;56(3):195-7
8. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care.* 2020 Jan 15;19(1):9.
9. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Soc Sci Med.* 1999;49(6):727–736
10. Thieme. I care Pflege 41.6 – Palliative Care (Arbeitsblatt). Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2015
11. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, Janjan N, Strasser F, von Gunten CF, Von Roenn JH. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps -- from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 2009 Jun 20;27(18):3052-8.
12. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733–42
13. Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist.* 2015 Jan;20(1):77-83
14. Blum D, Seiler A, Schmidt E, Pavic M, Strasser F. Patterns of integrating palliative care into standard oncology in an early ESMO designated center: a 10-year experience. *ESMO Open.* 2021 Jun;6(3):100147. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100147. Epub 2021 May 10. Erratum in: *ESMO Open.* 2022 Dec;7(6):100614
15. Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of trials examining early integration of outpatient and home palliative care for serious illness. *Ann Palliat Med.* 2015;4(2):99–121
16. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Firn JI, Paice JA, Peppercorn JM, Phillips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017 Jan;35(1):96-112
17. Crawford GB, Dzieranowski T, Hauser K, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open.* 2021;6(2):100225
18. Jacobsen J, Jackson V, Dahlin C, et al. Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic non–small cell lung cancer. *J Palliat Med.* 2011;14(4):459–64
19. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med.* 2013;368(13):1173–5.
20. Radbruch L, Payne S; Board of the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care.* 2009;16(6):278–289
21. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Anforderungen an die Palliativmedizin in Onkologischen Zentren. 2011, aktualisiert 2023
22. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). Programm Interdisziplinärer Schwerpunkt Palliativmedizin. Bern: SIWF; 2023
23. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's in a Name? Bethesda: NCCIH; 2021
24. Schweizerische Eidgenossenschaft. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, Art. 118a Komplementärmedizin
25. Swiss Network for Integrative Oncology (SNIO). Mitgliedschaftskriterien Zürich: SNIO; 2024
26. Baars EW, Hamre HJ. Whole medical systems versus the system of conventional biomedicine: a critical, narrative review of similarities, differences, and underlying philosophies. *Integr Med Int.* 2017;4:1–21
27. Stadt Zürich, Institut für Pflege Weiterbildung. Aromapflege – Kurs (Fortbildungsunterlagen). Zürich; [Jahr]
28. Romano AM, Gade KE, Nielsen G, Portenoy RK, Levin TT, Kissane DW, et al. Early palliative care reduces end-of-life intensive care unit admissions among advanced cancer patients. *Cancer.* 2017;123(15):2846-53
29. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol.* 2010;28(3):445-52
30. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA.* 2008;300(14):1665-73
31. Mao JJ, Pillai GG, Andrade CJ, Ligibel JA, Basch EM, Cassileth BR, et al. Integrative oncology: addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(2):144-64
32. Mentink A, Wode K, Horneber M, Drozdoff L, Frenkel M, Huebner J. Effectiveness and safety of complementary and integrative medicine in oncology: An overview of systematic reviews. *Support Care Cancer.* 2023;31(5):310
33. Dona AC, Jewett PI, Hwee S, Brown K, Solomon M, Gupta A, Teoh D, Yang G, Wolfson J, Fan Y, Blaes AH, Vogel RI. Logistic burdens of cancer care: A qualitative study. *PLoS One.* 2024 Apr 4;19(4):e0300852.
34. Samuels N, Seely D, Ladas EJ, Torkelson C, Frenkel M, Deng G, et al. Integrative oncology for cancer-related pain: A comprehensive review and clinical practice recommendations. *Healthcare (Basel).* 2024;12(3):403
35. Nemesure B, Gu Y, Luta G, Goyal RK, Scroggins R, Ashing K, et al. Complementary, alternative, and integrative

- medicine use in cancer care: Patterns, perceptions, and implications. *Support Care Cancer*. 2025;33(1):96
36. Bange EM, Doucette A, Gabriel PE, Porterfield F, Harrigan JJ, Wang R, Wojcieszynski AP, Boursi B, Mooney BI, Reiss KA, Mamtani R. Opportunity Costs of Receiving Palliative Chemotherapy for Metastatic Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. *JCO Oncol Pract*. 2020 Aug;16(8): e678-e687
37. Lee KL, Eniu A, Booth CM, MacDonald M, Chino F. Financial Toxicity and Breast Cancer: Why Does It Matter, Who Is at Risk, and How Do We Intervene? *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2025 Jun;45(3): e473450
38. Narayan A, Lapen K, Dee EC, Thom B, Aviki EM, Chino F. Screening for Financial Toxicity and Health-Related Social Risks in Patients With GI Cancer: Results From a Large Cancer Center. *JCO Oncol Pract*. 2025 Jul11:OP2500218
39. Ribi K, Kalbermatten N, Eicher M, Strasser F. Towards a novel approach guiding the decision-making process for anticancer treatment in patients with advanced cancer: framework for systemic anticancer treatment with palliative intent. *ESMO Open*. 2022 Jun;7(3):100496.
40. European Medicines Agency. Assessment report on *Gentiana lutea* L., radix. EMA; 2018.
41. Anthromedics. Basisartikel und Praxisempfehlungen: BAS-0365; diverse Praxiseinträge. <https://www.anthromedics.org>.
42. Simões-Wüst AP, Rist L, Dettling M, et al. Sleep quality improves during treatment with *Bryophyllum pinnatum*: an observational study in cancer patients. *Integr Cancer Ther*. 2015;14(5):452–9
43. Huber T, Twardella J, et al. Perceived changes in anxiety symptom burden during treatment with *Bryophyllum pinnatum*: a prospective, single-arm study. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024;17(11):1423
44. Anthromedics. Praxisempfehlungen: PRA-1012, PRA-1024, PRA-0609, PRA-0969. <https://www.anthromedics.org>
45. Girke M. Innere Medizin: Grundlagen und therapeutische Konzepte der anthroposophischen Medizin. Berlin: Salumed Verlag; 2019
46. Loeff M, Walach H. Quality of life in cancer patients treated with mistletoe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Med Ther*. 2020;20:227
47. Kienle GS, Kiene H, Albonico HU, Hamre HJ. Anthroposophische Medizin für Krebspatienten: eine systematische Übersicht. *Integr Cancer Ther*. 2013;12(1):34–48
48. Ben-Arye E, Samuels N, Frenkel M, et al. Mindful touch and movement in integrative oncology and palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(1):59–67
49. Anthromedics. Praxisempfehlung: PRA-0993 (Schafgarben-Leberwickel). <https://www.anthromedics.org>
50. Boehm K, Cramer H, Staroszyński T, Ostermann T. Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:103297
51. Bosman J, Bood Z, Braam AW, et al. Art therapy for anxiety, depression and quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2021;30(3):368–78
52. Anthromedics. Praxisempfehlungen: PRA-0609, PRA-0969 (Kunst- und Heileurythmie). <https://www.anthromedics.org>
53. Puchalski CM. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *J Palliat Med*. 2001;4(4):663–9
54. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *J Palliat Med*. 2009;12(10):885–904
55. Kröz M, Reif M, Glinz A, Zerm R, Girke M, Berger B. Validation of the Self Regulation Questionnaire (SRQ) in German cancer patients. *Eur J Cancer Care*. 2016;25(1):153–64
56. Kienle GS, Albonico HU, Baars E, Hamre HJ, Zimmermann P, Kiene H. Integrative Anthroposophic Medicine: A Qualitative Study. *BMC Complement Altern Med*. 2019;19:309
57. Kraft K. Phytotherapy for patients in palliative care. *Z Phytother*. 2013;34:176–80
58. Braun IM, Nayak MM, McGraw S, et al. Cannabis and cannabinoids in adults with cancer: ASCO guideline. *J Clin Oncol*. 2024;42(20):2337–57
59. Kleckner AS, Kleckner IR, Kamen CS, et al. Opportunities for cannabis in supportive care in cancer. *Ther Adv Med Oncol*. 2019;11:1758835919866362
60. Kirste S, Treier M, Wehrle SJ, et al. *Boswellia serrata* acts on cerebral edema in patients irradiated for brain tumors: randomized double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Cancer*. 2011;117(16):3788–95
61. Ohmura K, Okajima M, Takikita-Sato M, et al. Peritumoral edema in gliomas: mechanisms and conservative treatments. *Int J Mol Sci*. 2023;24(18):13861.
62. Crichton M, Marshall S, Marx W, et al. Ginger for chemotherapy-induced nausea and vomiting: systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2019;77(3):173–83
63. Choi J, Jang Y, Kim HE, et al. Effects of ginger intake on chemotherapy-induced nausea and vomiting: randomized double-blind trial. *Nutrients*. 2022;14(23):5100
64. Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S, Bartova L. Efficacy of oral lavender oil (Silexan) in anxiety disorders: meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1189848
65. European Medicines Agency, HMPC. *Valerianae radix* — EU herbal monograph. London: EMA; 2016
66. European Medicines Agency, HMPC. *Passiflora incarnata* L., herba — EU herbal monograph. London: EMA; 2014
67. European Medicines Agency, HMPC. *Melissa officinalis* L., folium — EU herbal monograph. London: EMA; 2013
68. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/lupuli-flos>
69. Kelber O, Bauer R, Kubelka W. Phytotherapy in Functional Gastrointestinal Disorders. *Dig Dis* 2017;35 Suppl 1:36-42.
70. Malfertheiner P. STW 5 (Iberogast) Therapy in Gastrointestinal Functional Disorders. *Dig Dis* 2017;35 Suppl 1:25-29.
71. Madisch A, Vinson BR, Abdel-Aziz H, et al. Modulation of gastrointestinal motility beyond metoclopramide and domperidone : Pharmacological and clinical evidence for phytotherapy in functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr* 2017;167:160-168.
72. Ghadjar P, Böhm I, Fehse T, et al. External application of yarrow liver compresses reduces fatigue during palliative radiotherapy: randomized clinical trial. *Radiat Oncol*. 2021;16:61
73. Candy B, Crone R, Varatharajan L, et al. Aromatherapy, massage and reflexology in palliative care: a systematic review. *Palliat Med*. 2020;34(2):179–94
74. Zhang F, Cheng L, Qin S, Wang L, Liu Y, Liu Y, Yang J, Fang S, An N, Zhang Y, Liu J. Effect of aromatherapy massage with lavender essential oil on sleep quality, pain, and mental and psychiatric disorders among breast cancer patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2025 Jul 14;33(8):68