

CONVEGNO REGIONALE AIOM FRIULI VENEZIA GIULIA
SIMULTANEOUS CARE NELLA CURA DEI TUMORI:PERCORSI ED INTEGRAZIONI CON IL TERRITORIO
Pordenone, 13 ottobre 2018

CURE SIMULTANEE:

Stato dell'arte e

documenti delle Società Scientifiche

Vittorina Zagonel
Dipartimento di Oncologia,
Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova



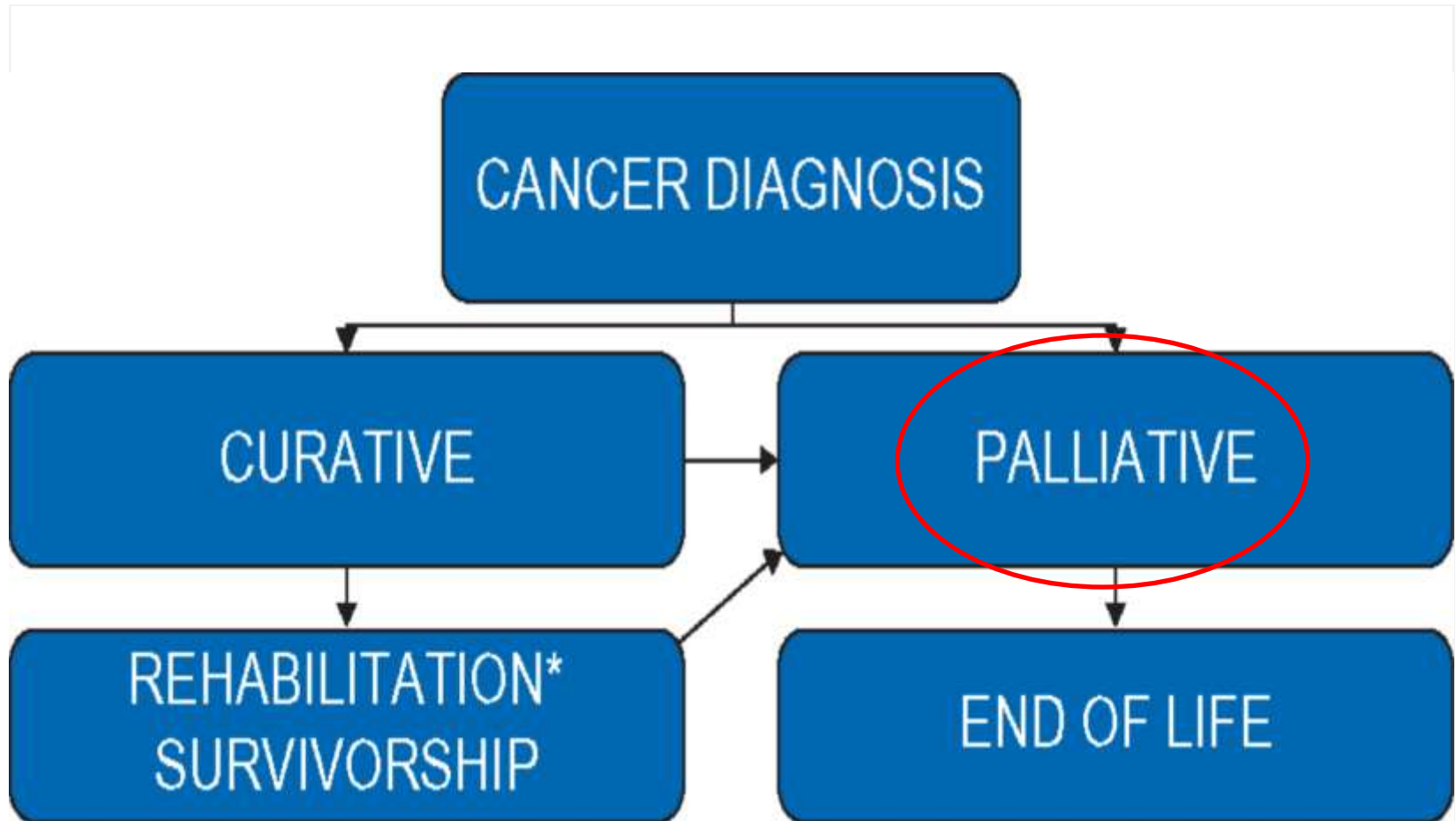
ESMO

Designated Centers
of Integrated
Oncology and
Palliative Care



Regione del Veneto

L'obiettivo della cura è cambiato



ESMO position paper on supportive and palliative care
Ann Oncol Dec 14, 2017. doi:10.1093/annonc/mdx757

Il bisogno di cure palliative precoci

| Uomini | | Donne | |
|-----------------------|----------------|------------------------|---------------|
| Elevata | Bassa | Elevata | Bassa |
| Testicolo 91% | Colecisti 17% | Tiroide 95% | SNC 26% |
| Prostata 91% | Polmone 15% | Melanoma 89% | Polmone 19% |
| Tiroide 90% | Esofago 13% | Mammella 87% | Colecisti 15% |
| Melanoma 85% | Mesotelioma 9% | Linfoma di Hodgkin 87% | Esofago 13% |
| Sarcoma di Kaposi 85% | Pancreas 7% | Vescica 78% | Pancreas 9% |

TABELLA 4. Sopravvivenza a 5 anni negli uomini e nelle donne (elevata o bassa in base alla differente sede tumorale).

SNC = sistema nervoso centrale.

➤ condizioni ad elevato bisogno : malattia metastatica con complessità clinica o psicologica e sociale

➤ **CURE PALLIATIVE PRECOCI:** indica la temporaneità dell'attivazione delle cure palliative (contemporanee alle terapie oncologiche attive).

➤ **CURE SIMULTANEE:** indica la modalità di erogazione delle cure palliative precoci (ambulatorio condiviso tra oncologo e team di cure palliative- modello integrato-).

Cure palliative precoci

There is a clear evidence for improved outcomes in multiple domains:

- **Symptoms**
- **Quality of end-of life care**
- **Provider satisfaction**
- **Reduces the cost of care**

Early palliative care for adults with advanced cancer

- This systemic review of **small number of trials** indicates that EPC interventions may have **more beneficial effects on QoL and symptoms intensity** among patients with advanced cancer than among those given usual/standard cancer care alone.
- Although we found only **small effect size**, these may be **clinically relevant** at an advanced stage with limited prognosis, at which time further decline in QoL is very common.
- At this point, **effects on mortality and depression are uncertain.**

Limiti degli studi sulle cure palliative precoci

- Limiti metodologici
- Timing scelto per valutare la differenza in QoL nei due bracci (troppo precoce)
- Disegno statistico
- Uso di scale diverse per valutare l'intensità dei sintomi e la QoL
- Disomogeneità della popolazione studiata (tipi di tumore, opzioni di cura e storia naturale diverse)
- Competenze degli oncologi nel controllo dei sintomi (buona QoL nel braccio di controllo "solo practice model").

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, et al.

Key Recommendation

Patients with advanced cancer, whether patient or outpatient, should receive dedicated palliative care services, early in the disease course, concurrent with active treatment. Referring patients to interdisciplinary palliative care teams is optimal, and services may complement existing programs. Providers may refer caregivers of patients with early or advanced cancer to palliative care services.

ASCO believes that cancer clinical trials are vital to inform medical decisions and improve cancer care and that all patients should have the opportunity to participate. Patients in clinical trials may benefit from the support of palliative care.

CLINICAL QUESTION 1

What is the most effective way to care for patients with advanced-cancer symptoms (palliative care services in addition to usual care compared with usual care alone)?

Recommendation 1

Patients with advanced cancer should be referred to interdisciplinary palliative care teams (consultation) that provide inpatient and outpatient care early in the course of disease, alongside active treatment of their cancer (type: evidence based, benefits outweigh harms; evidence quality: intermediate; strength of recommendation: strong).

Patients with advanced cancer should receive palliative care services, which may include referral to a palliative care provider. Essential components of palliative care may include:

- Rapport and relationship building with patients and family caregivers
- Symptom, distress, and functional status management (eg, pain, dyspnea, fatigue, sleep disturbance, mood, nausea, or constipation)
- Exploration of understanding and education about illness and prognosis
- Clarification of treatment goals
- Assessment and support of coping needs (eg, provision of dignity therapy)
- Assistance with medical decision making
- Coordination with other care providers
- Provision of referrals to other care providers as indicated

ESMO Designated Centres of Integrated Oncology & Palliative Care

**ESMO
DESIGNATED CENTRES**

**WHY NOT JOIN
THE GROWING
COMMUNITY!**



ESMO

Designated Centres
of Integrated
Oncology and
Palliative Care

The ESMO Designated Centres of Integrated Oncology and Palliative Care accreditation programme was initiated in 2003, in which cancer centres can receive special recognition for achieving a high standard of integration of medical oncology and palliative care.

Cancer centres which provide comprehensive services in supportive and palliative care as part of their routine care can apply to receive the ESMO recognition as an "ESMO Designated Centre of Integrated Oncology and Palliative Care". The ESMO designation is valid for three years and the centres can reapply.



➤ **2008: 4 centers**

➤ **2018: 44 centers**

Italy, the nation with the largest number of ESMO Designated Centers



RACCOMANDAZIONE

Il tavolo di lavoro AIOM-SICP raccomanda i seguenti indicatori di integrazione tra cure palliative ed oncologia:

Indicatori di processo

- Presenza di equipe multidisciplinare specialistica di Consulenza Cure Palliative
- Presenza di ambulatorio specialistico di cure palliative

Indicatori di risultato

- Luogo del decesso coerente con la volontà del paziente
- Presenza del monitoraggio dei sintomi e della qualità della vita nelle 2 settimane prima del decesso
- Proporzioni di ricoveri negli ultimi 30 giorni di vita
- Proporzioni di accessi al pronto soccorso negli ultimi 30 giorni di vita
- Proporzioni dei pazienti avviati al percorso di Cure Palliative
- Proporzioni di pazienti deceduti in hospice o al domicilio
- Proporzioni di pazienti ricoverati in hospice 1 settimana prima del decesso

Indicatori di formazione

- Formazione teorico-pratica in cure palliative nell'ambito della Scuola di specializzazione in Oncologia
- Formazione continua in Cure Palliative per oncologi
- Formazione continua in Oncologia per medici palliativisti

Indicatori di ricerca

- Progetti di ricerca integrata tra Cure Palliative e Oncologia



Editorial

Consensus document of the Italian Association of Medical Oncology and the Italian Society of Palliative Care on early palliative care

Domenico C. Corsi¹, Adriana Turriziani², Luigi Cavanna³, Piero Morino⁴, Angela S. Ribecco⁵, Marco Ciaparrone¹, Gaetano Lanzetta⁶, Carmine Pinto⁷ and Vittorina Zagonel⁸

TJ | Tumori
Journal

Tumori Journal
1-10
© Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori 2018
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0300891618792478
journals.sagepub.com/home/tmj
SAGE

- Dal 2016 inserita raccomandazione nelle Lg del tumore del polmone e del pancreas
- Dal 2018 prodotta una raccomandazione per tutti i tipi di tumore



Linee guida

**CARCINOMA DEL
PANCREAS ESOCRINO**

Edizione 2017

| Qualità dell'evidenza SIGN | Raccomandazione clinica | Forza della raccomandazione |
|----------------------------|--|-----------------------------|
| D | Nei pazienti con neoplasia del pancreas in fase localmente avanzata o metastatica la combinazione delle cure oncologiche standard e delle cure palliative migliora la qualità di vita. | Positiva forte |
| C | Nel tumore del pancreas in fase localmente avanzata e metastatica il ricorso alle cure palliative precoci dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione in quanto migliora la qualità di vita e la qualità di cura dei pazienti | Positiva forte |

Indicators of integration of oncology & palliative care team

STRUCTURE

Presence of Palliative Care (PC) inpatient consultation team
Presence of PC outpatient clinic

PROCESS

Presence of interdisciplinary PC team
Routine symptom screening in the outpatient oncology clinic
Routine documentation of advance care plans in patients with advanced cancer
Early referral to PC

OUTCOME

Proportion of outpatients with pain assessed on either of the last two visits before death
Proportion of patients with 2 or more emergency room visits in last 30 days of life (negative indicator)
Place of death consistent with patient's preference

EDUCATION

Didactic PC curriculum for oncology fellows provided by PC teams
Continuing medical education in PC for attending oncologists
Combined PC & oncology educational activities for fellows/trainees
Oncology fellows have routine rotation in PC

Domande aperte

- Come definire il timing di accesso alle cure palliative precoci?
- Quale livello di integrazione/condivisione tra oncologo e team di cure palliative?
- In che modo l'integrazione dovrebbe essere adattata all'organizzazione dei sistemi sanitari, all'impostazione ospedaliera e alla disponibilità delle risorse locali?

Timing

- Le linee guida ASCO stabiliscono che tutti i pazienti in fase metastatica o sintomatici vengano avviati ad un programma di cure palliative **entro 8 settimane dalla diagnosi di malattia metastatica/sintomatica.**
- ESMO e AIOM/SICP stabiliscono **l'invio del paziente in base ad una serie di parametri clinici.**

**Presenti: oncologo,
palliativista,
nutrizionista,
psicologo, case
manager.**



MODULO per la RICHIESTA di CURE SIMULTANEE

Cognome e Nome _____ D.N. _____ Recapito _____
 U.O. di riferimento _____ Medico referente _____
 Tipo di tumore _____ data richiesta _____

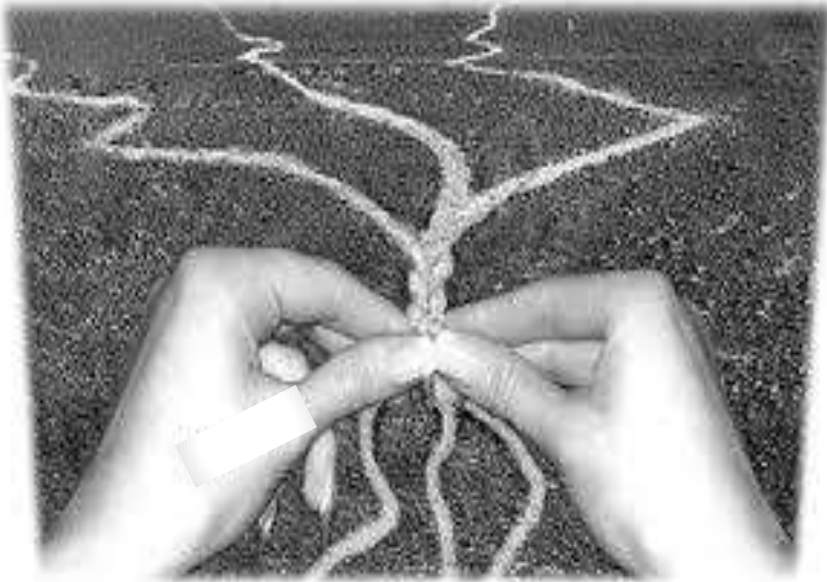
| PS (Karnofsky) | >10 | | 00-80 | | | SCORE |
|---|----------------------|---|--|---|--------------------------------|-------|
| | 0 punti | | 4 punti | | | |
| Sintomi (anche associati) | Dolore 2 punti | Dispnea 1 punto | Iponesi 1 punto | Cato Ponderale 1 punto | Ania Depressione 1 punto | + |
| Sopravvivenza stimata | ≥ 12 mesi 0 punti | | 8-12 mesi 1 punto | ≤ 6 mesi 2 punti | | + |
| Treatments con possibilità impatto sulla sopravvivenza | Sì 0 punti | | | No 2 punti | | + |
| Tossicità attesa dal trattamento (anche associate) | Misure 0 punti | Ematologic 1 punto | Mucosite (cavo orale e/o G.I.) 1 punto | Altro 1 punto | | + |
| Problemi socio- assistenziali (anche associati) | Nessuno 0 punti | Rete familiare scarso o assente 1 punto | Inadeguato supporto da parte del caregiver 2 punti | Presenza di limitazioni strutturali 1 punto | | + |

SCORE: ≥ 10 visita entro 10 gg;
 tra 5-9 visita entro 1 mese;
 tra 0-4 visita entro 2 mesi.

SCORE
TOTALE:

SCORE
**>10 visita entro
10 gg**
**Tra 5-9 entro
1 mese**
**Tra 0-4 entro
2 mesi**

- PS
- Sintomi
- Sopravvivenza Stimata
- Terapie con impatto sulla sopravvivenza
- Tossicità attesa dai trattamenti
- Problemi socio-assistenziali



**Integrazione:
come fare?**

Livelli di integrazione: due possibili scenari

CURE SIMULTANEE

Valutazione condivisa tra oncologo e team di cure palliative



CURE PALLIATIVE PRECOCI

L'oncologo invia il malato al team di cure palliative



Ambulatorio di Cure Simultanee

Visita: oncologo + team di cure palliative

- Somministrazione del **termometro del distress**
- **Inquadramento dello stato fisico /funzionale del paziente** (PS, MUST,ESAS, EO)
- **Confronto tra oncologo e palliativista** sulle prospettive di cura e sulla prognosi
- **Inquadramento psicologico** (consapevolezza della malattia e della prognosi, ansia, depressione, capacità di coping, risorse familiari, identificazione del caregiver, eventuali disposizioni per il fine vita)
- **Definizione del PAI** (terapia antalgica, nutrizionale, terapia sintomatica, supporto psicologico paziente o familiare, pianificazione controlli successivi , compilazione SVAMA, segnalazione delle criticità ai MMG, o Servizi Sociali)
- **Feedback all'oncologo inviante**

Esito della visita

- Prosecuzione del percorso di cure oncologiche attive e valutazioni specialistiche
- Invio relazione MMG
- Attivazione ADI, in contemporanea alla prosecuzione dei trattamenti attivi
- Attivazione NCP territoriali
- Segnalazione alla Centrale Operativa Territoriale di PD della richiesta di presa in carico in assistenza domiciliare integrata, e/o nucleo di cure palliative per i residenti fuori territorio dell'ex ULSS

Electronic Medical Record



Actors and Services



Setting



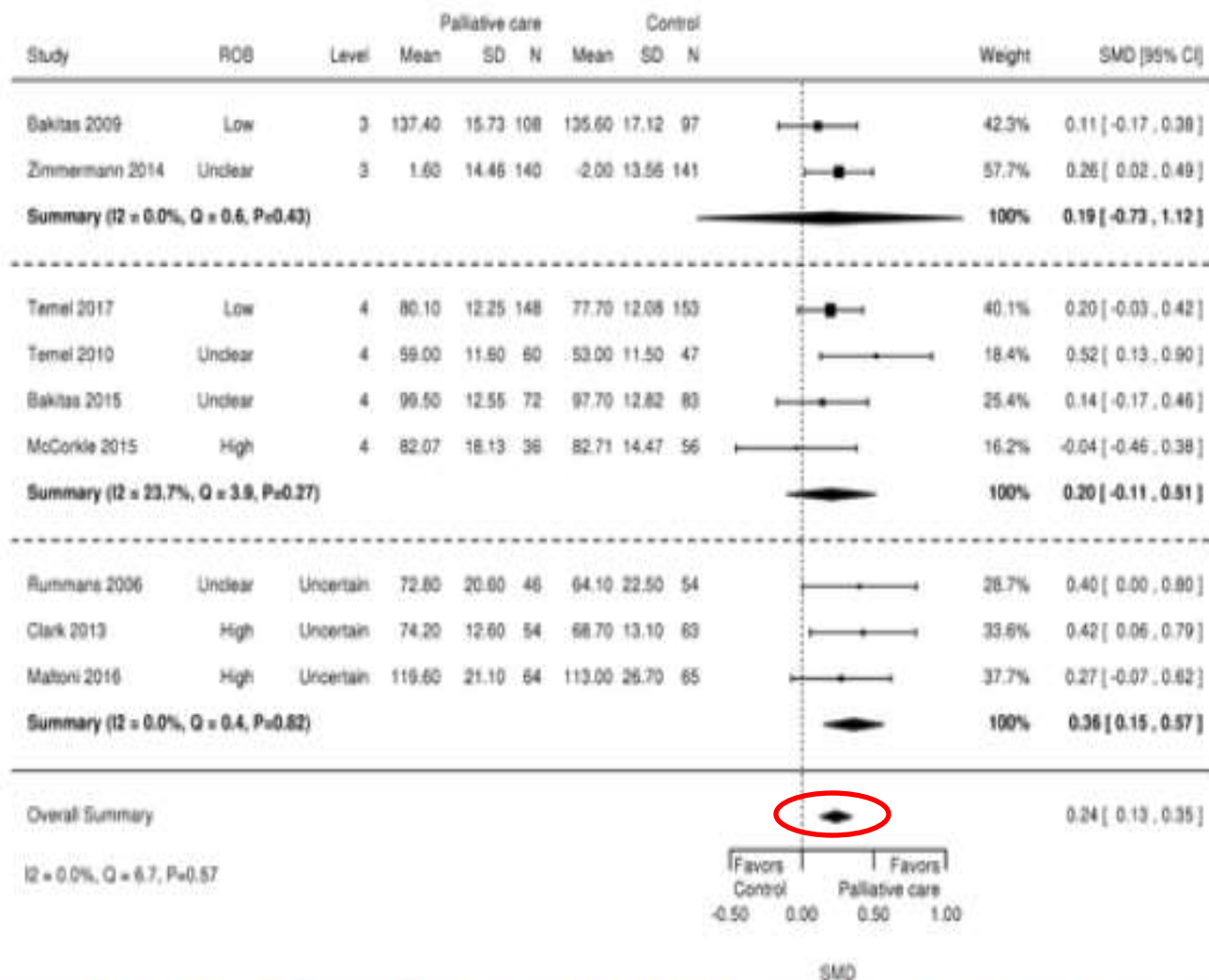
Communication to
Primary Care Physician



Cure Simultanea

- **For outpatients:** two clinics per week
- **For inpatient :** two briefing per week
- Palliative care consultation availability every day
- **Sharing** of validated tests for symptoms, procedures, clinical pathways/guidelines, education programs, research.
- **Referral** of the patient to territorial services for take in charge based on needs / prognosis / caregiver
- **Fellows** oncologists are involved
- Palliative care team is also involved in tumor boards

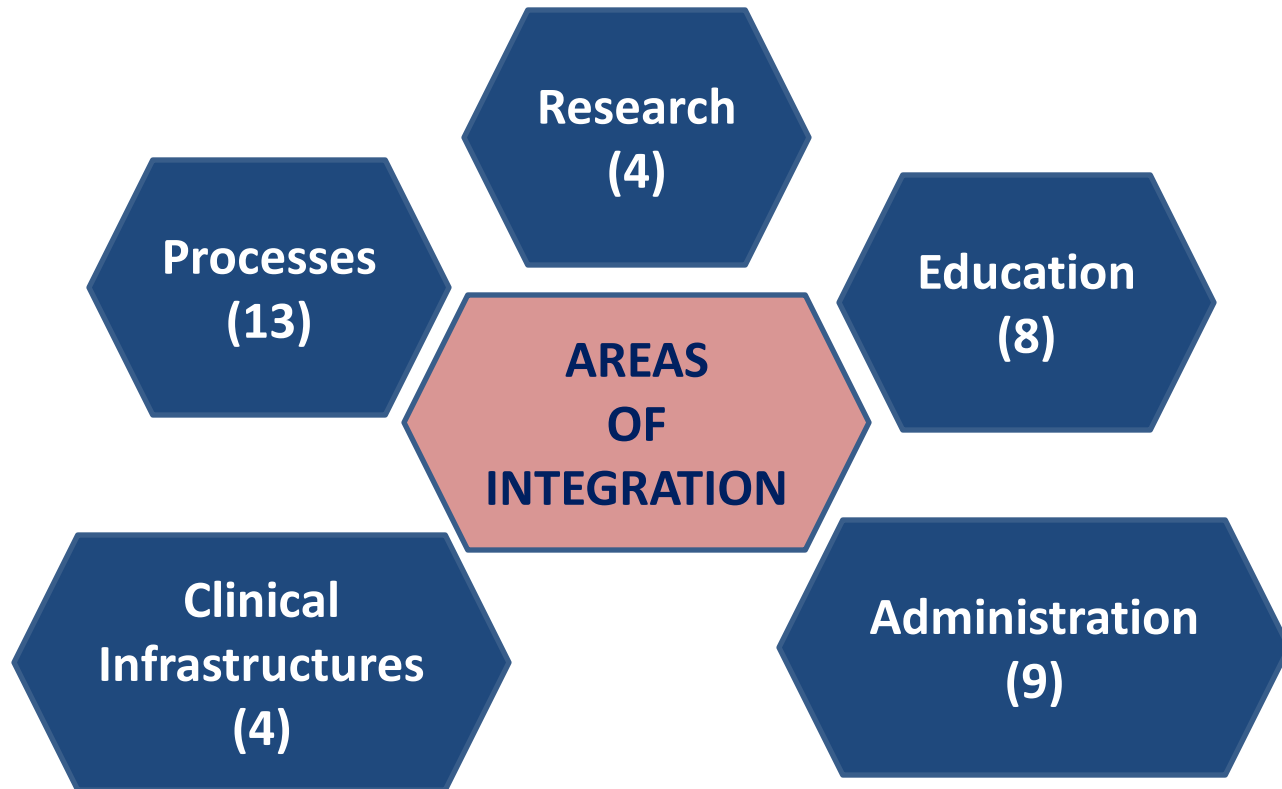
Figure 11. Integration Category and Effects on Short-term QOL



Principal Investigators:
 Jessica Fulton, PhD
 John W. Williams, Jr., MD, MHSc

Abbreviations: CI=confidence interval; N=study sample size; QOL=quality of life; ROB=risk of bias; SD=standard deviation

Integration: a long and complex process



Institution of care pathways for palliative-care referral requires:

- A process to **routinely screen** for patients who meet these criteria
- A commitment to ensure **adequate resources** to support a sustainable program that can provide timely longitudinal care
- A **consensus on** appropriate institution-specific **criteria**
- The **implementation** of systems to provide **quality's improvement**.

Dal curare al prendersi Cura

- E' necessario riformulare processi e percorsi organizzativi e assistenziali in relazione ai bisogni emergenti dei pazienti



Procedure



**PERCORSO INTEGRATO DI CURA A SUPPORTO DELLO SVILUPPO DELLE
RETI AZIENDALI DI CURE PALLIATIVE IN ETÀ ADULTA**

di cui alla DGR n. 208/2017

PRESA IN CARICO

La valutazione del paziente in Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) consente la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), che può svilupparsi nelle seguenti traiettorie:

1. cure palliative di base,
2. cure palliative specialistiche (domiciliari o residenziali),
3. cure palliative simultanee.

L'accesso ad uno dei programmi di cure palliative richiede la valutazione in UVMD, con la partecipazione dell'equipe multidisciplinare, utilizzando gli strumenti idonei per la valutazione dei bisogni, nonché la sottoscrizione del Consenso informato da parte del paziente (Allegato n. 14).

Qualora l'avvio dell'assistenza assumesse carattere di urgenza, l'attivazione dei programmi di cure palliative potrà precedere lo svolgimento dell'UVMD (che dovrà essere svolta successivamente e in tempi prossimi).

Cure palliative precoci e simultanee

Per cure simultanee (CS) si intende un'integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative, dal momento della presa in carico del paziente oncologico. Tale approccio, garantisce di ottimizzare la qualità della vita del paziente in ogni fase di malattia, anticipandone i bisogni specie nella fase avanzata e metastatica, e garantendo il più idoneo luogo di cura.

La modalità organizzativa delle cure simultanee mira a garantire la presa in carico globale del paziente e della famiglia attraverso l'integrazione dell'UOC Oncologia e dell'UOCP.

A tale scopo all'interno dell'UOC Oncologia risulta essenziale:

- strutturare un ambulatorio di cure simultanee, in cui opera un team multidisciplinare (medico oncologo, medico radioterapista, medico palliativista, nutrizionista o dietista, psicologo, infermiere, inoltre alla valutazione possono partecipare il MMG e altri specialisti in relazione ai bisogni specifici del paziente) per la valutazione dei bisogni del paziente e l'attivazione del PAI per la prosecuzione delle cure (rif. tabella 8 - § Tabelle sinottiche dei percorsi del paziente);
- condividere una procedura delle modalità organizzative del servizio;
- individuare un infermiere di riferimento per la procedura di attivazione dei percorsi.

CRITERI PER L'ACCESSO ALLE CURE SIMULTANEE

1. **Malattia avanzata, non terminale**
2. **Trattamenti antitumorali in atto**
3. **Indice di Karnofsky ≥ 50 (K-PS)**
4. **Presenza di sintomi complessi correlati alla malattia o alle complicanze della terapia**
5. **Necessità di nutrizione artificiale**
6. **Distress psicologico**

Indicatore n. 7

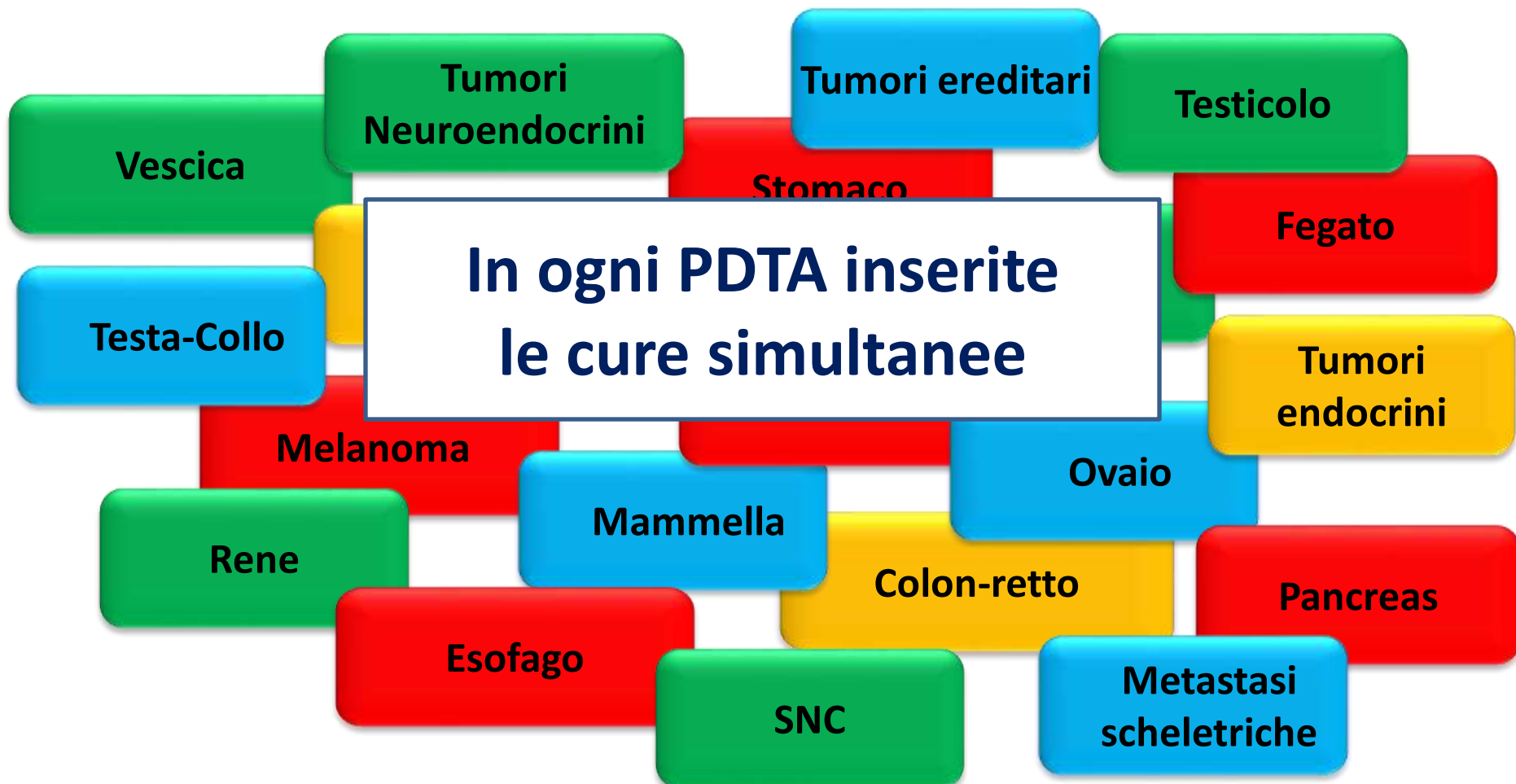
| | |
|---------------------------------|---|
| OBIETTIVO REGIONALE | Indicatore per cure palliative precoci e simultanee per malati oncologici |
| DEFINIZIONE | Copertura del fabbisogno di cure palliative simultanee oncologiche |
| NUMERATORE | Numero pazienti presi in carico dal team di cure palliative |
| DENOMINATORE | Numero nuovi pazienti metastatici presi in carico in oncologia |
| FONTE DATI | Denominatore: dati oncologia, Numeratore schede SWAMA (o codice di visita) |
| PARAMETRO DI RIFERIMENTO | > 50% |
| NOTE | Il dato viene raccolto in ogni singola Azienda dall'Unità di Cure Palliative |



Rete Oncologica Veneta
Ricerca, innovazione, assistenza



Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali-PDTA



Livelli di integrazione nei centri ESMO accreditati

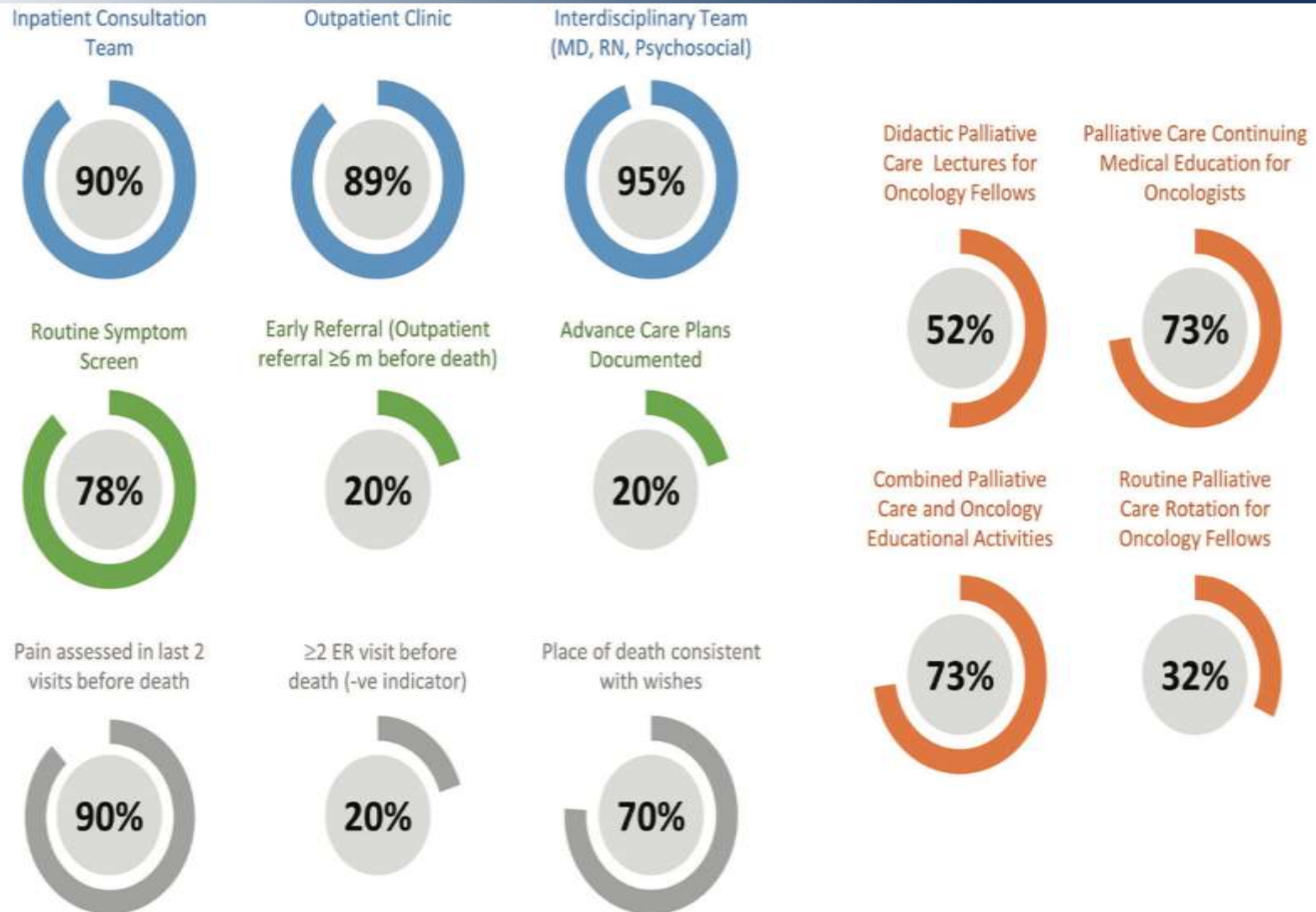


Figure 1 Graphic display of integration indicators. The indicators were colour-coded by categories: structures of palliative care programmes in blue (n=3), processes in green (n=3), outcomes in grey (n=3) and education in orange (n=3). Hui D, et al. *ESMO Open* 2018;3:e000372. doi:10.1136/esmoopen-2018-000372

Conclusioni

- **L'attivazione precoce delle cure palliative attraverso modelli integrati (cure simultanee)**, garantisce la migliore qualità della vita dei pazienti oncologici in fase metastatica/sintomatici, in trattamento antitumorale.
- **Assicura la continuità assistenziale** ed evita l'abbandono nella fase avanzata-terminale della malattia
- E' pertanto indispensabile **attivare in tutte le U.O. di oncologia ambulatori di cure simultanee** per garantire una presa in carico precoce e condivisa (oncologo medico e team di cure palliative), del malato e della sua famiglia.