

POST ESMO

from
BARCELONA

to
REAL WORLD



— ROMA —

NH Collection Vittorio Veneto - C.so d'Italia, 1

2 - 3 Dicembre 2019

Simultaneous care

i modelli organizzativi nella Regione Lazio

Grazia Armento

Oncologia Medica Campus Bio-Medico

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma - Italia
www.unicampus.it



**UNIVERSITA'
CAMPUS
BIO-MEDICO
DI ROMA**



ESMO

Designated Centers
of Integrated
Oncology and
Palliative Care

Modulo dichiarazione conflitto di interessi

rapporti finanziari intercorsi negli ultimi due anni

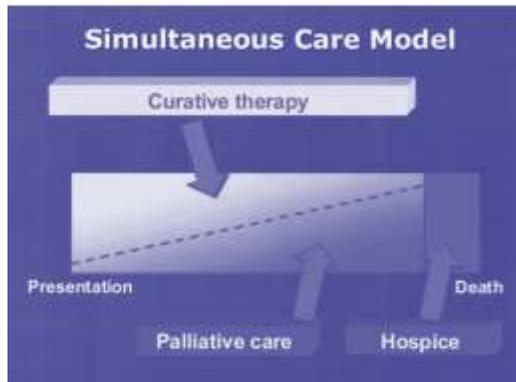
Relationship	Company/Organization
Advisory Board	Italfarmaco
Cons. Scientifica	Molteni

THE ART OF ONCOLOGY: WHEN THE TUMOR IS NOT THE TARGET

Simultaneous Care: Disease Treatment and Palliative Care Throughout Illness

By Frederick J. Meyers and John Linder

1999
The EPEC
Project



SIMULTANEOUS CARE: PROGRESSIVE PALLIATIVE CARE, NOT CRISIS MANAGEMENT AT THE END OF LIFE

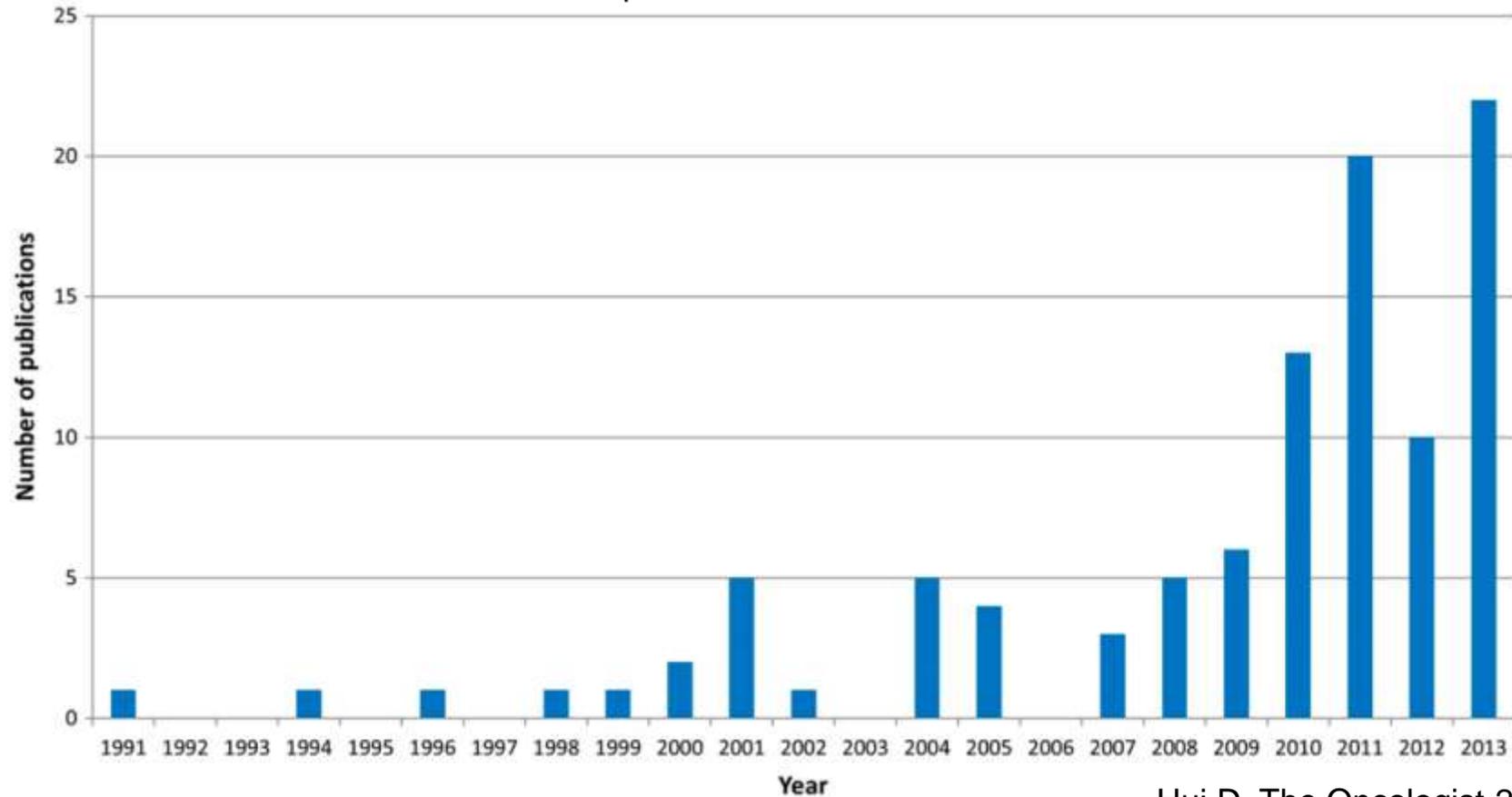
Palliative care can be defined as the prevention and relief of suffering.¹ Suffering has four components: physical, psychological, social, and spiritual. When defined this way, palliative care is applicable across the spectrum of cancer care and not merely at the end of life. The explicit acknowledgment and relief of



2003
JCO



Publications on integration of oncology and PC



Hui D. The Oncologist 2015



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

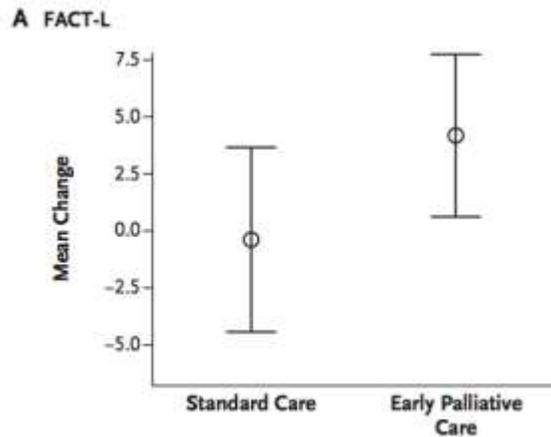
ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

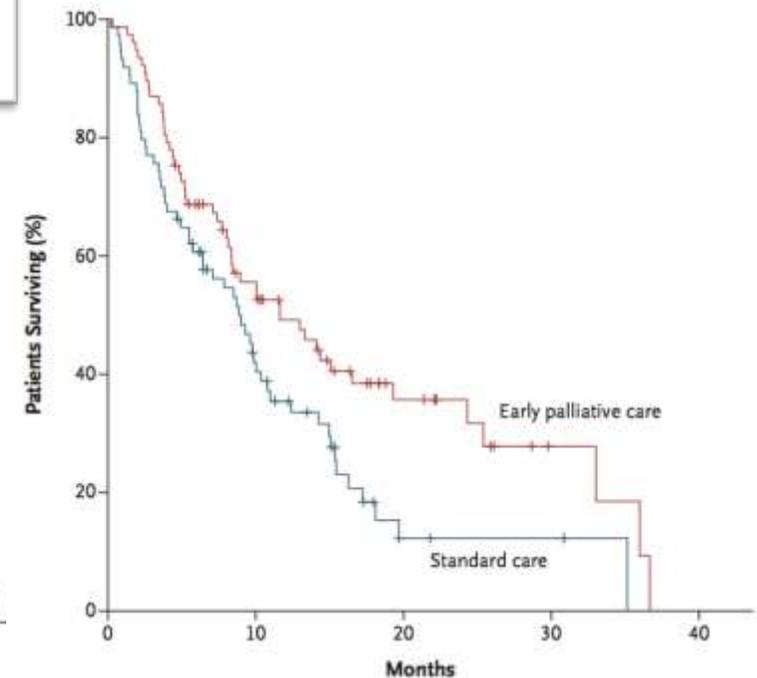
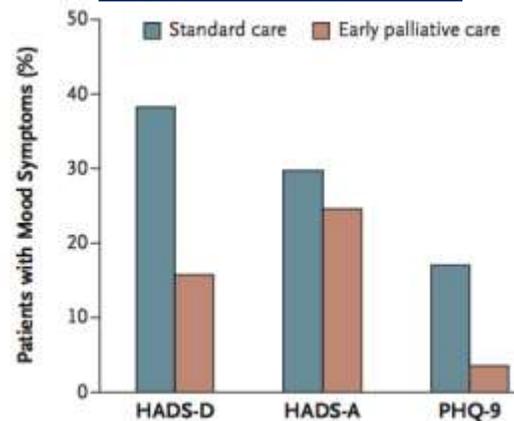
Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

Aumentata sopravvivenza

Migliore QoL



Minori Sintomi Depressivi

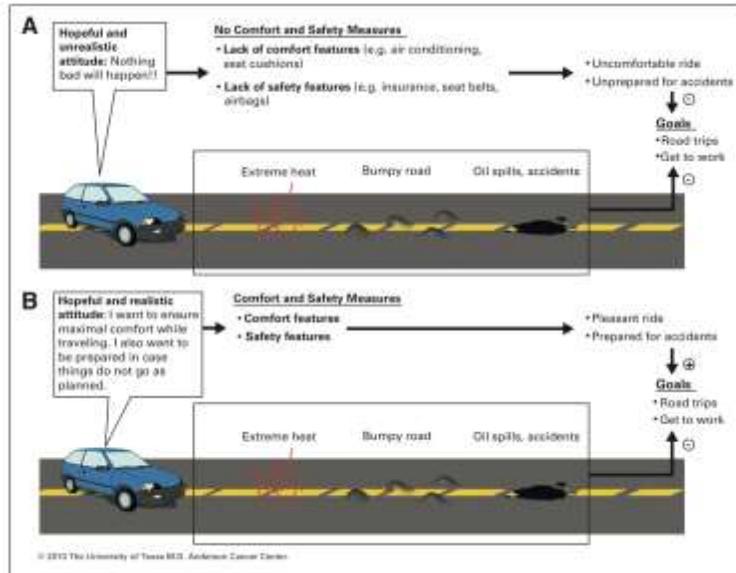


Nonostante le evidenze scientifiche, quale è il motivo del ritardo?

- manca un'adeguata discussione tra medico –paziente+famiglia riguardo ai realistici obiettivi di cura?
- Esiste ancora la paura delle cure palliative viste come una stigma di “fine vita”?
- I modelli organizzativi non sono preparati a gestire questo nuovo paradigma?

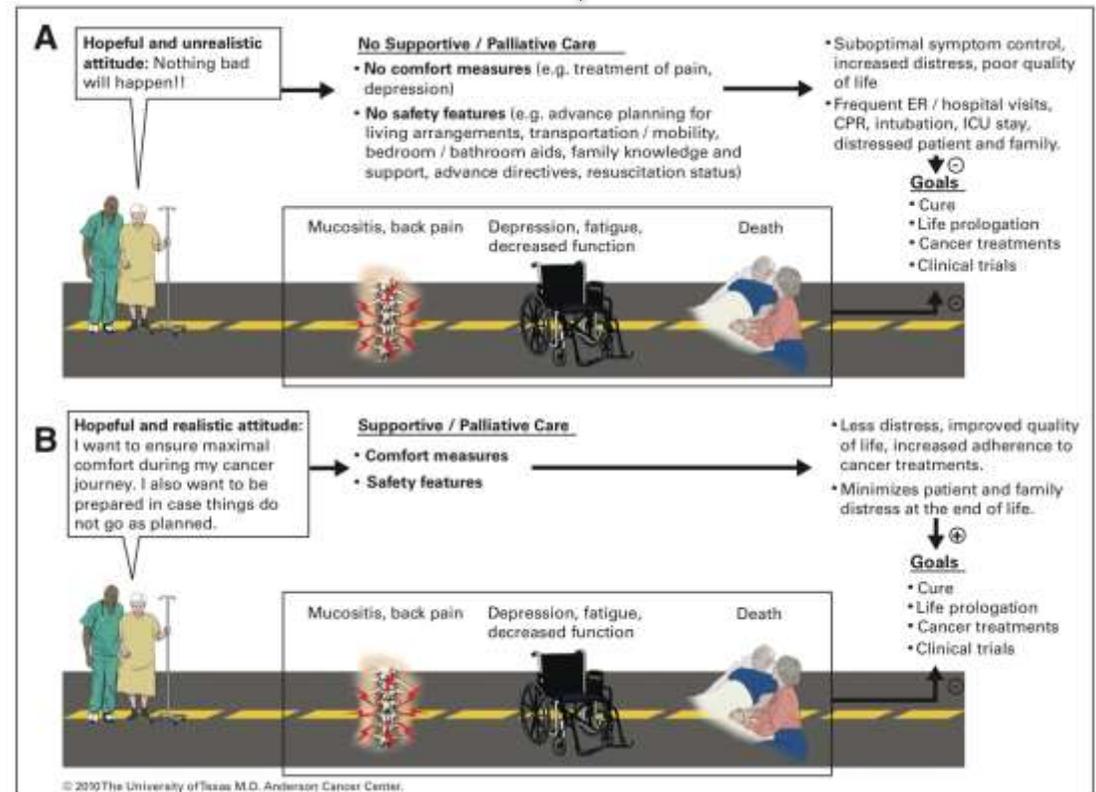


Setting Goals of Care

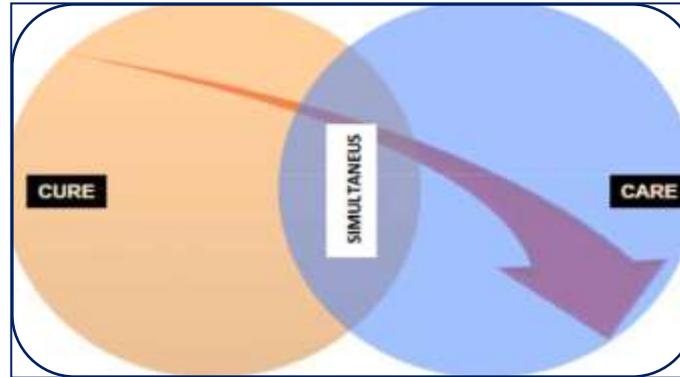


↑
Realistic →

← **Unrealistic**



Cosa?



Quando?



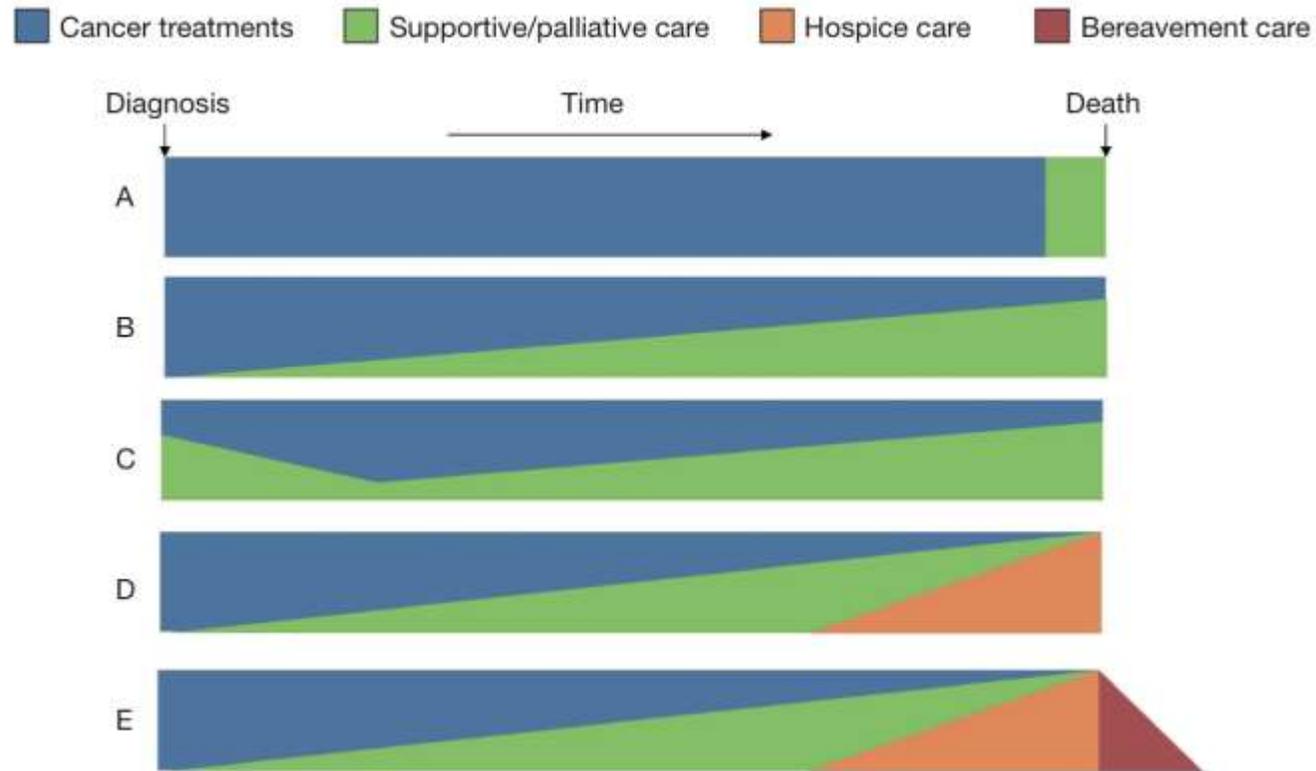
Come?

Chi avviare a *simultaneous care*?

Quanto dovrebbero essere preparati gli oncologi e i MMG?

Quale setting?

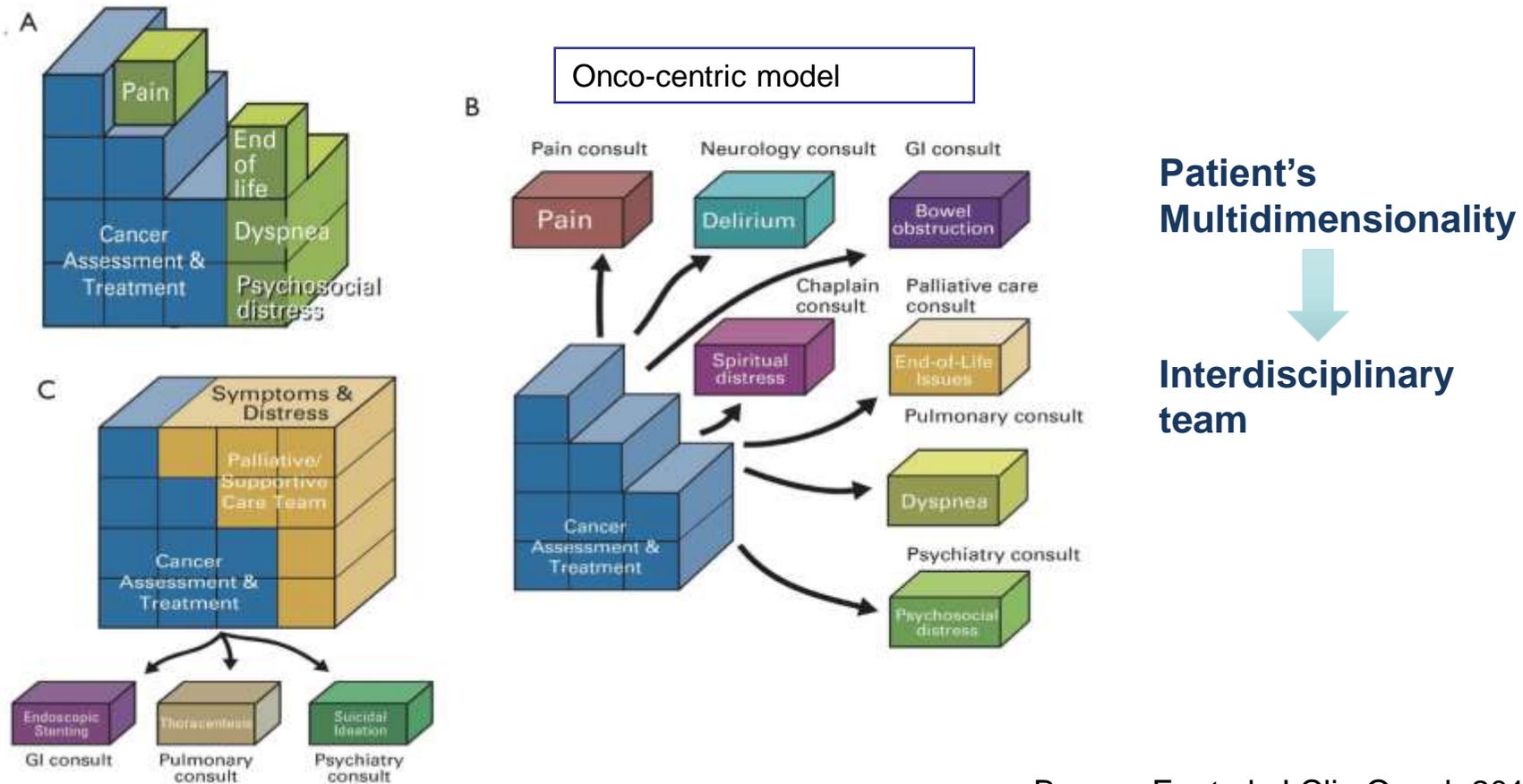
Conceptual models Time-based model



Hui D. Bruera E. Ann Palliat Med 2015



Conceptual models I issue-based model



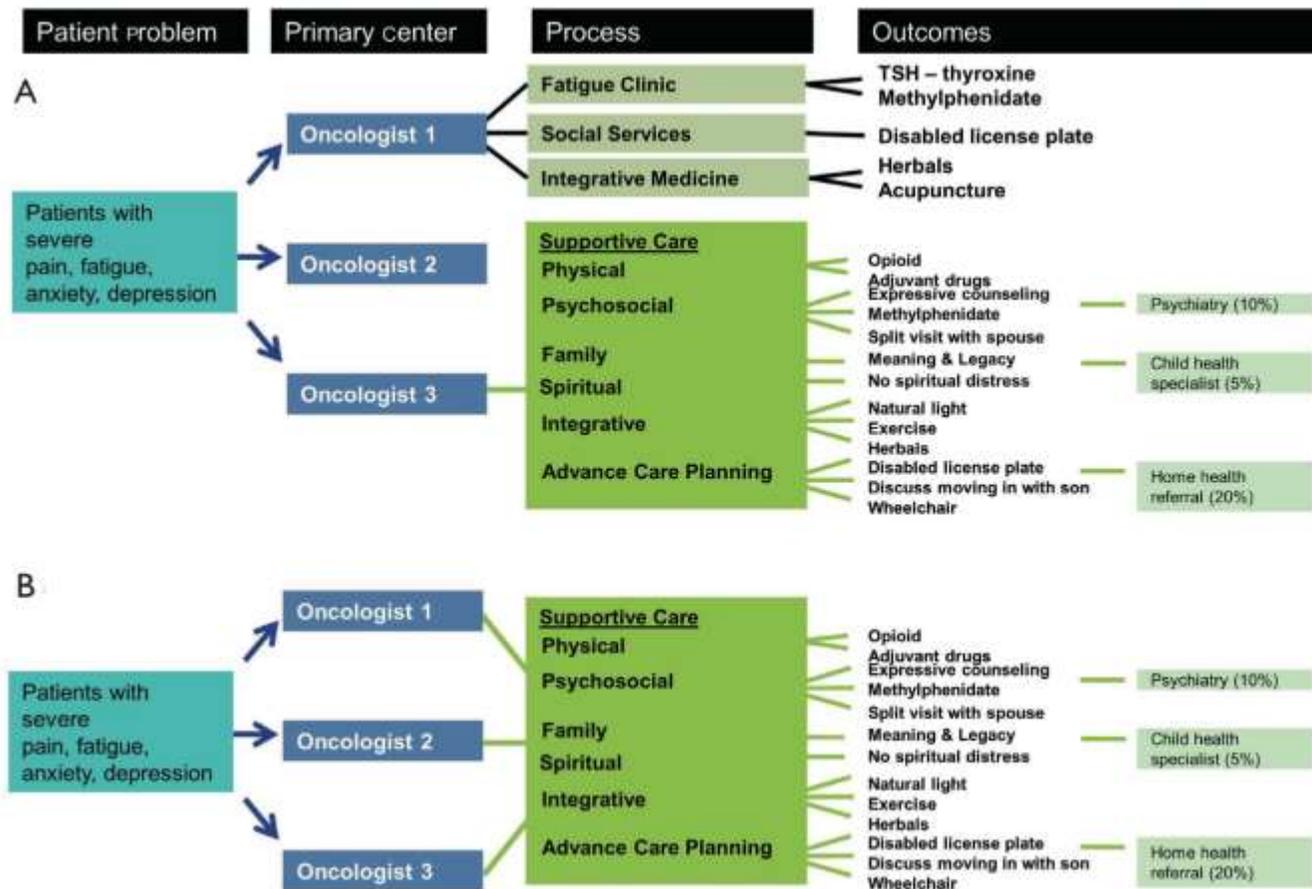
**Patient's
Multidimensionality**



**Interdisciplinary
team**

Bruera, E. et al. J Clin Oncol; 2010
De Marinis, MG et al. Med e Chir; 2013

Conceptual models System-based model

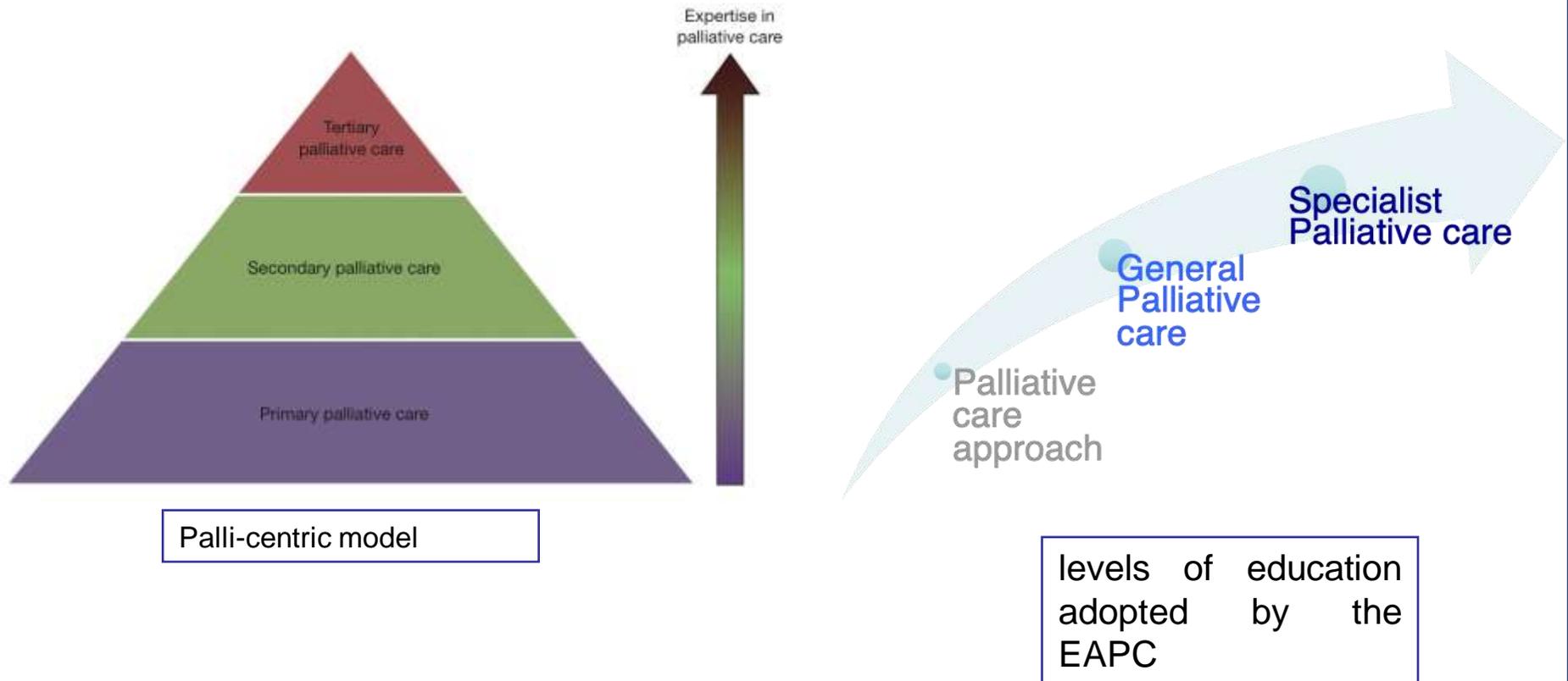


patient-centric model

Hui D. Bruera E. Ann Palliat Med 2015



Conceptual models Provider-based model

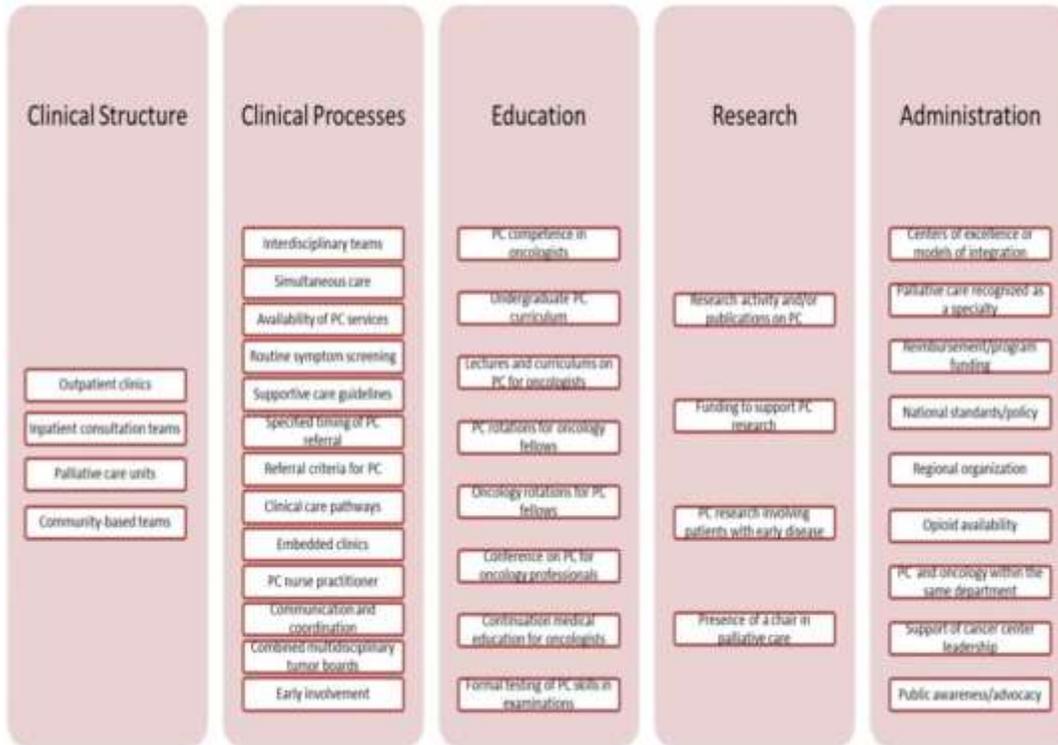


Hui D. Bruera E. Ann Palliat Med 2015

C. Gamondi et al, EAPC update, 2013



...and in clinical practice?



Outpatients PC clinics

OR



Embedded models



Hui D. et al Oncologist 2015

Bruera E. Hui D. JCO, 2010



Outpatient palliative care Clinics



Impact of a Half-Day Multidisciplinary Symptom Control and Palliative Care Outpatient Clinic in a Comprehensive Cancer Center on Recommendations, Symptom Intensity, and Patient Satisfaction: A Retrospective Descriptive Study

Florian Strasser, MD, Catherine Sweeney, MD, Jie Willey, RN, MSN, Susanne Benisch-Tolley, RN, J. Lynn Palmer, PhD, and Eduardo Bruera, MD



Improving the Integration of Palliative Care in a Comprehensive Oncology Center: Increasing Primary Care Referrals to Palliative Care



Implementing WHO Recommendations for Palliative Care into Routine Lung Cancer Therapy: A Feasibility Project



Palliative care and models for integrated medicine. The National Cancer Institute of Milan and the Campus Bio-Medico University of Rome: a comparison

GRAZIA ARMENTO, GIUSEPPE TONINI



Embedded integration Models

Pros

More opportunities

- To communicate
- To collaborate
- To coordinate

Rapid access

Cons

Paucity of literature

Logistical difficulties

Further research is thus required!!!!

Italy: first country in Europe for number of oncology centers that guarantee simultaneous care

37+ 3 nel 2019



230
centres
Worldwide
!!!

ESMO DC of Integrated Oncology and Palliative Care



Servizi di Oncologia Medica

NORD		CENTRO		SUD E ISOLE	
Emilia-Romagna	21	Abruzzo	9	Basilicata	2
Friuli-Venezia Giulia	13	Lazio	37	Calabria	12
Liguria	11	Marche	13	Campania	17
Lombardia	71	Toscana	27	Molise	3
Piemonte	31	Umbria	7	Puglia	19
Trentino-Alto Adige	2			Sardegna	9
Valle d'Aosta	1			Sicilia	25
Veneto	26				
				ESTERO	
				Repubblica di San Marino	1



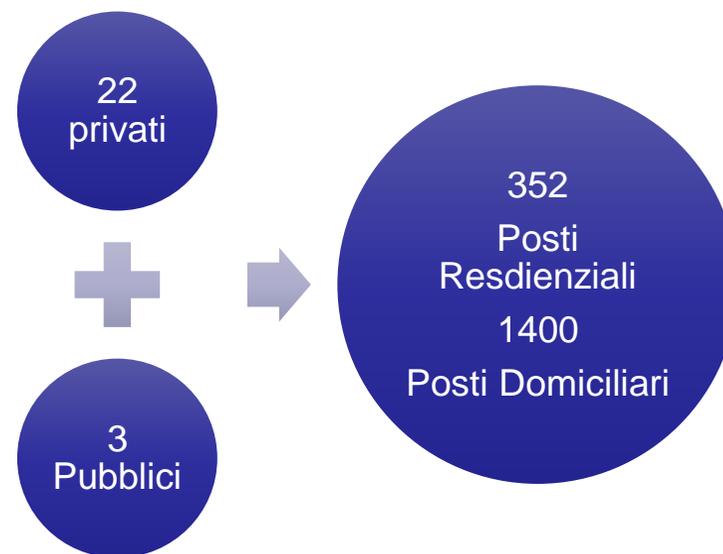
ISOLA TIBERINA 2005	IDI 2006	INI 2010	GEMELLI 2010	SORA-FROSINONE 2011	SANT' ANDRE A 2012	Campus Bio-Medico 2012	PTV 2012	VILLA SAN PIETRO 2012	SAN CAMILLO 2013	ICOT 2015	S.Maria Goretti Latina 2018
---------------------	----------	----------	--------------	---------------------	--------------------	------------------------	----------	-----------------------	------------------	-----------	-----------------------------



Hospice

NOME PRESIDIO	INDIRIZZO	CAP	COMUNE				
CASA DI CURA S. ANTONIO DA PADOVA SRL	via Mecenate, 14	00184	ROMA	CASA DI CURA INI GROTTAFERRATA RIABILITAZIONE - HOSPICE AMBULATORIALE	via di S. Anna snc	00046	GROTTAFERRATA
CASA DI CURA SAN FRANCESCO CARACCIOLIO S.R.L.	VIALE TIRRENO 200	00141	ROMA	Casa di Cura San Raffaele Rocca di Papa - RSA	Via Ariccia, 16	00040	ROCCA DI PAPA
CASA DI CURA SAN LUCA	VIA TEANO, 8A	00177	ROMA	CASA DI CURA - HOSPICE - RSA SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI	Via S. Silvestro 67	00040	MONTECOMPATRI
NUOVA CLINICA ANNUNZIATELLA - CENTRO DIALISI AMBULATORIALE	VIA MEROPIA 124	00147	ROMA	Casa di Cura Salus	Viale Trieste ,97	01100	VITERBO
CASA DI CURA - RSA MERRY HOUSE	via G. Beduschi 28	00126	ROMA	Casa di Cura - RSA Nepi (già S. Rita)	Via cassia km 37.000	01036	NEPI
HOSPICE FONDAZIONE ROMA (SACRO CUORE)	Via Alessandro Poerio,100	00152	ROMA	RSA VILLA ROSA - RES PSICH - EMER - LAB. ANALISI - CURE PALL - RADIOL - ELETTRON - AMBU - A.D.I. - VISITE SPEC/ESAMI STRUM - RSA	VIALE FRANCESCO BARACCA 21	01100	VITERBO
AMBULATORI - POST ACUZIE - HOSPICE - RSA R3 E R2	Via Del Casaletto 391/395	00155	ROMA	CASA DI CURA - HOSPICE S. MARCO	Viale XXI Aprile, 2	04100	LATINA
ANTEA ASSOCIAZIONE O.N.L.U.S.	Piazza Santa Maria della Pietà n. 5	00135	ROMA	ISTITUTO CHIRURGICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO - HOSPICE "LE ROSE"	VIA FRANCO FAGGIANA 1668	04100	LATINA
HOSPICE VILLA SPERANZA	VIA DELLA PINETA SACCHETTI 235	00168	ROMA	RSA - HOSPICE VILLA AZZURRA - AMBULATORI	Lungomare Matteotti 4	04019	TERRACINA
HOSPICE - CENTRO RESIDENZIALE PER CURE PALLIATIVE - ASSISTENZA DOMICILIARE - AMBULATORIO DI NEUROLOGIA E UVA	Via Tiburtina, 188	00012	GUIDONIA MONTECELIO	Casa di Cura Villa Silvana - RSA	Viale Europa 1/3	04011	APRILIA
NOMENTANA HOSPITAL - NUOVO HOSPICE - DIALISI - RSA VALLE DEI CORSI A E B - POST ACUZIE - CENTRO POLIAMBULATORIALE - SERVIZI GENERALI	Largo Nicola Berloco, 1	00013	FONTENUOVA	CASA DI CURA - CENTRO RIABILITAZIONE - RSA - HOSPICE SAN RAFFAELE CASSINO	Via Gaetano Di Biasio, 1	03043	CASSINO

Pochi Ambulatori Cure Palliative negli Ospedali



Opportunità normative regionali



DCA n. 84 del 2010
Integra Assistenza Residenziale e
Domiciliare in un'unica Equipe
Terapeutica



DCA n. 360 del 2016
Art.11 Integrazione con la Rete
Oncologica regionale e modello del
Palliative Simultaneous Care



Realtà Laziale

Nel Lazio il numero di persone affette da cancro che necessitano di cure palliative ogni anno è stimato tra oltre 12.000 e quasi 26.000

Di questi, secondo la suddivisione individuata dai documenti ministeriali, tra il 15 ed il 25% necessitano di ricovero in hospice (tra 1.800 – 6.500 persone);

Tra il 75% e l'85% possono essere seguiti in assistenza domiciliare (per il Lazio 9.000 – 22.000 persone).

L'applicazione del modello delle Cure Simultanee comporterebbe un notevole incremento del numero dei pazienti seguiti dalla Rete Territoriale di Cure Palliative.



Difformità dei
modelli: grado
di sviluppo
Rete e risorse
disponibili

Non tutte le
ASL hanno
istituito i nodi
della Rete CP

Modelli attuali
basati su
collaborazioni
preesistenti



SURVEY SULLE CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEOUS NELLA REGIONE LAZIO

A quale ASL afferisce territorialmente il Tuo Hospice?		
La Rete locale di Cure Palliative della tua ASL prevede formalmente le cure palliative simultanee/precoci?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Segui o hai seguito nel tuo Hospice <i>residenziale</i> pazienti in Palliative Simultaneous Care?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Segui o hai seguito nel setting <i>domiciliare</i> pazienti in Palliative Simultaneous Care?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se Si : da quando ne hai avuto la possibilità?	2017 <input type="checkbox"/>	2018 <input type="checkbox"/>
La tua ASL facilita le cure palliative simultanee precoci?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistere pazienti in cure palliative simultanee /precoci comporta difficoltà burocratiche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trovi che poter seguire pazienti in cure palliative simultanee / precoci rappresenti un valore aggiunto importante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



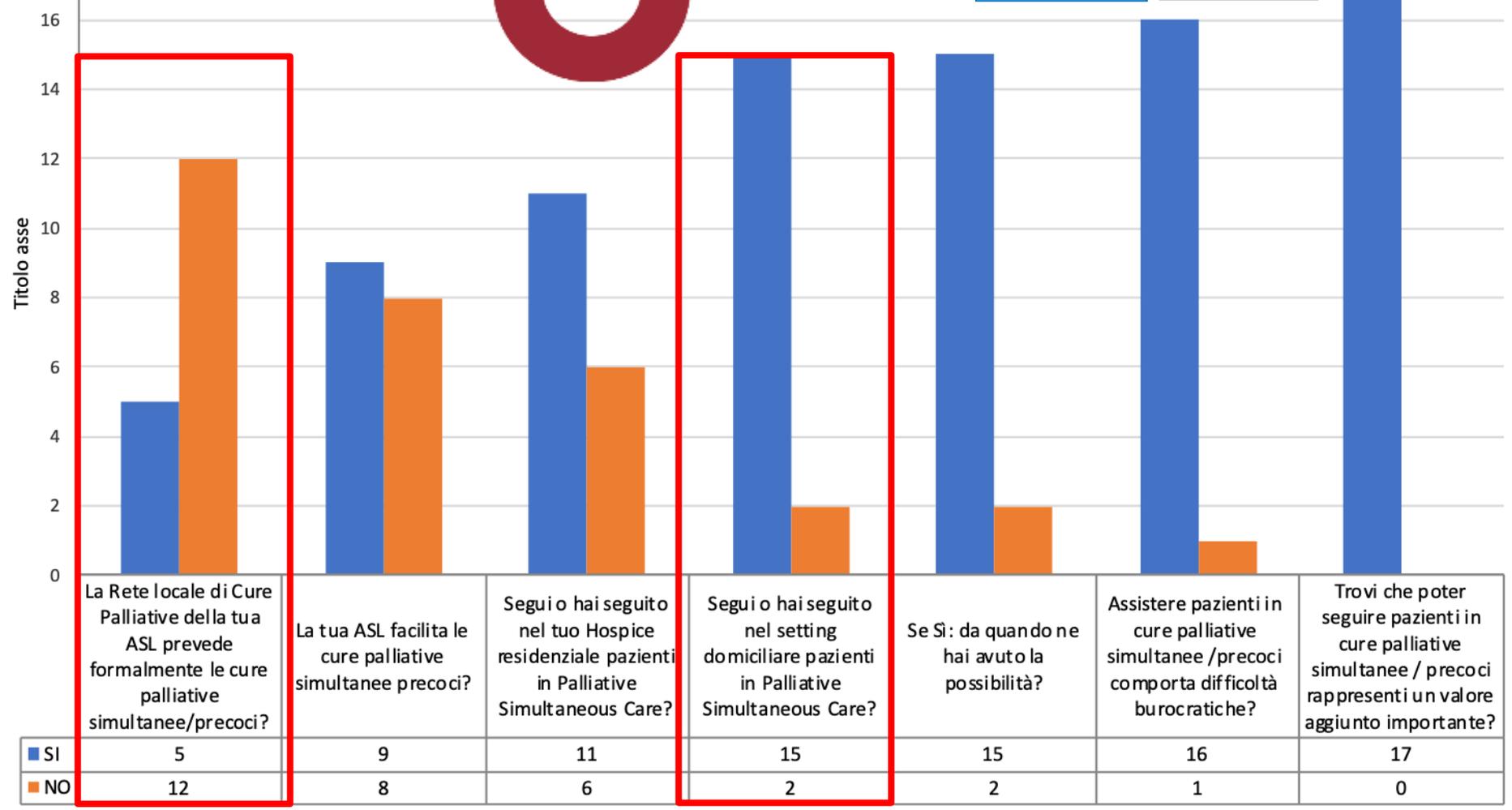
Survey sulle Simultaneous Care nella Regione LAZIO



Risposta: 17/25 Unità CP Interpellati

<2017

2018





APPLICABILITÀ DELLA CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEOUS NELLA REGIONE LAZIO

- **Ambulatorio di Cure Palliative**
(es. protocollo ad hoc ASL LT – Hospice del territorio)
- **Consulenze del Palliativista**
(es. Ospedale Pertini, Azienda Osp. S.Camillo, Campus Bio-Medico)
- **Unità Operativa CP dedicata**
(es. Policlinico Gemelli)
- **Simultaneous care**
(es. Azienda Osp. Universitaria S.Andrea, I.N.I.)

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____ data _____

3. Scheda Medica

Patologia principale oncologica non oncologica

Specificare la patologia _____ (codice ICD9CM) _____

Specificare la recidiva _____ (codice ICD9CM) _____

Specificare eventuali metastasi _____ (codice ICD9CM) _____

Infezioni in atto? (se si specificare) NO SI _____

Il paziente è in trattamento con finalità palliative? NO SI (se si specificare quale tipo e durata)

TIPO _____ Farmaci _____

Precedenti trattamenti attuati:

Chirurgia Chemioterapia Radioterapia Nessuno Altro _____





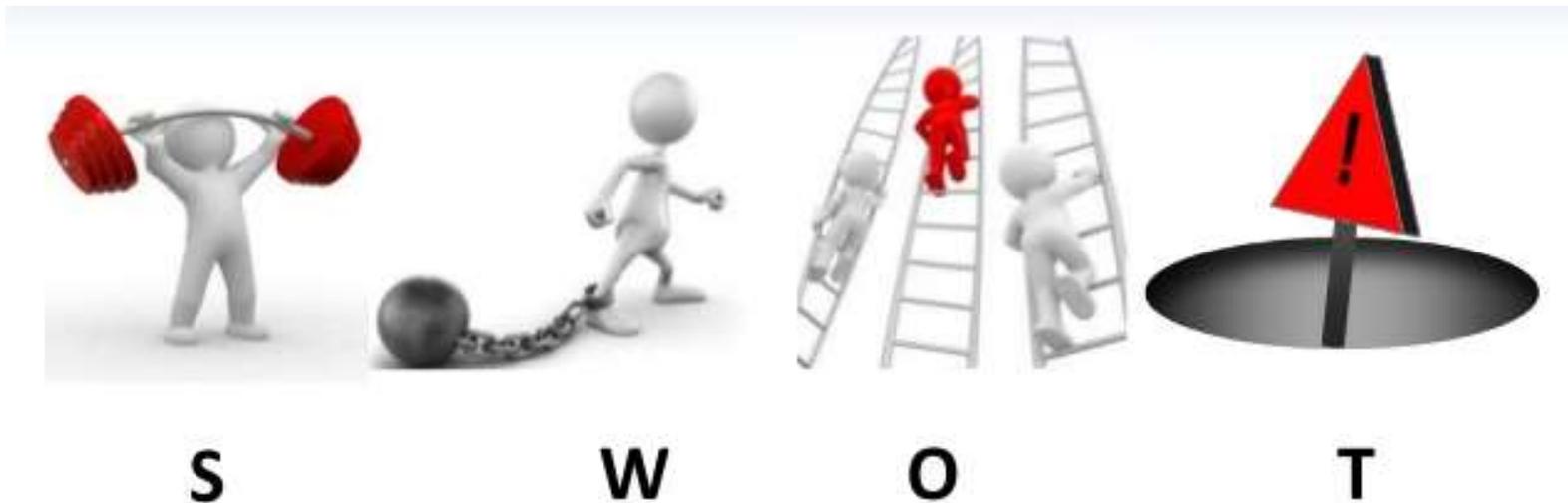
Attraverso l'analisi **SWOT** si possono evidenziare:

- i punti di forza
- i punti di debolezza del sistema

al fine di far emergere quelli capaci di favorire, o ostacolare, il perseguimento degli obiettivi e le opportunità e/o minacce del contesto esterno.

Permettendo così di:

- **capitalizzare la forza**
- **minimizzare le debolezze**
- **cogliere le opportunità**
- **rispondere alle minacce.**



PUNTI DI FORZA:



- ✓ Interazione di 2 culture e *vision* diverse → spinta culturale, crescita reciproca
- ✓ Riduzione dell'ospedalizzazione con conseguente riduzione dei costi
- ✓ Riduzione accessi in PS
- ✓ Condivisione strumenti, percorsi di cura, protocolli, LG



PUNTI DI DEBOLEZZA



- ✓ Mancata attivazione effettiva della RLCP in tutte le ASL
- ✓ Modelli organizzativi difformi e basati sui rapporti interpersonali
- ✓ Necessità di “selezionare” i pazienti a seconda dei bisogni e complessità, per l'impossibilità di offrire l'approccio palliativo ad un numero maggiore di pazienti, date le risorse a disposizione
- ✓ tempo, impegno e fatica di più figure professionali necessari per sviluppare e mantenere percorsi efficaci

OPPORTUNITÀ



- Riferimenti legislativi
- (DCA N.84/2010, DCA N.360/2016)
- Interesse e motivazione di alcune ASL, con esperienze pilota
- Tempi maturi
- Documenti di indirizzo congiunti AIOM SICP
- Modello Unico Regionale di richiesta come "linguaggio condiviso"



MINACCE



- Simultaneous care: acrobazie amministrative
- La domanda eccede l'offerta
- Problematiche farmacologiche e prescrittive
- Risorse, investimenti necessari

VIII° INCONTRO PONTINO SULLE CURE PALLIATIVE E ONCOLOGICHE



"tante strade ...un unico obiettivo"

Hospice ICOT "Le Rose" - Aula Magna Franco Faggiana
22 Giugno 2019 - Latina

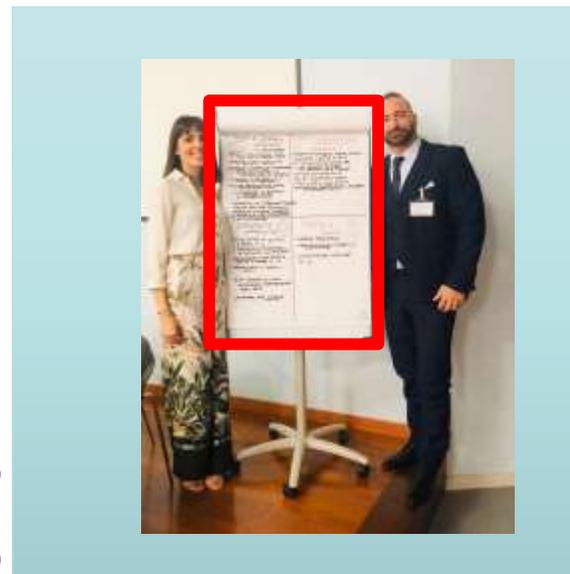
Simultaneous Palliative Care: Centri Esmo Regione Lazio a confronto SWOT Analysis:

F. Petricola, G. Lanzetta, G. Armento, E. Veltri, D. Corsi, S. De Santis, G. Mansueto, M. Roselli, A. Pellegrino, M. Quirino,

Tavola Rotonda Centri
ESMO DC for PC



SWOT



STRENGTHS

- Presa in carico globale (obiettivo il paziente e non la malattia)
- Vantaggio in QoL (in tutte le fasi della malattia)
- Creazione di un percorso “chiarificatore” in setting con elevato n. di pz
- Riconoscimento dei bisogni dei pz da parte delle ASL
- Possibilità di affidarsi a più hospice sul territorio
- Migliore definizione del setting assistenziale
- Coinvolgimento graduale dei palliativisti nel percorso di cura
- Beneficio per il caregiver (riconoscimento del ruolo in un Paese che fa fatica a riconoscerne l'importanza)
- Umanità delle cure
- Interazione culturale (oncologia e CP)
- Abbattimento accessi in PS, costi e ospedalizzazione

WEAKNESSES

- Migrazione dei pz (effetto Enea Syndrome)
- Googlare (WEB GURU)
- “Second opinion” oncologiche
- Mancanza di CP di base

OPPORTUNITIES

- Possibilità di sfruttare le Health IT per la creazione di piattaforme di raccolta dati con introduzione di tools per analisi dei dati con feedback in tempo reale
- Miglioramento della ricerca su “sintomi orfani”
- Modello unico di presa in carico
- RCP esempio di nuovo welfare

THREATS

- Disparità territoriale
- Classe politica litigiosa
- Scarsità di risorse economiche e umane



Grazie per l'attenzione!!



“Le cure palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato e dei familiari”

E. Bruera Lectio magistralis, Bentivoglio 2011

