

Gli ambulatori integrati

Silvia Stragliotto

U.O.C. Oncologia Medica 1

Dipartimento di Oncologia Clinica e Sperimentale

Istituto Oncologico Veneto – IRCCS, Padova

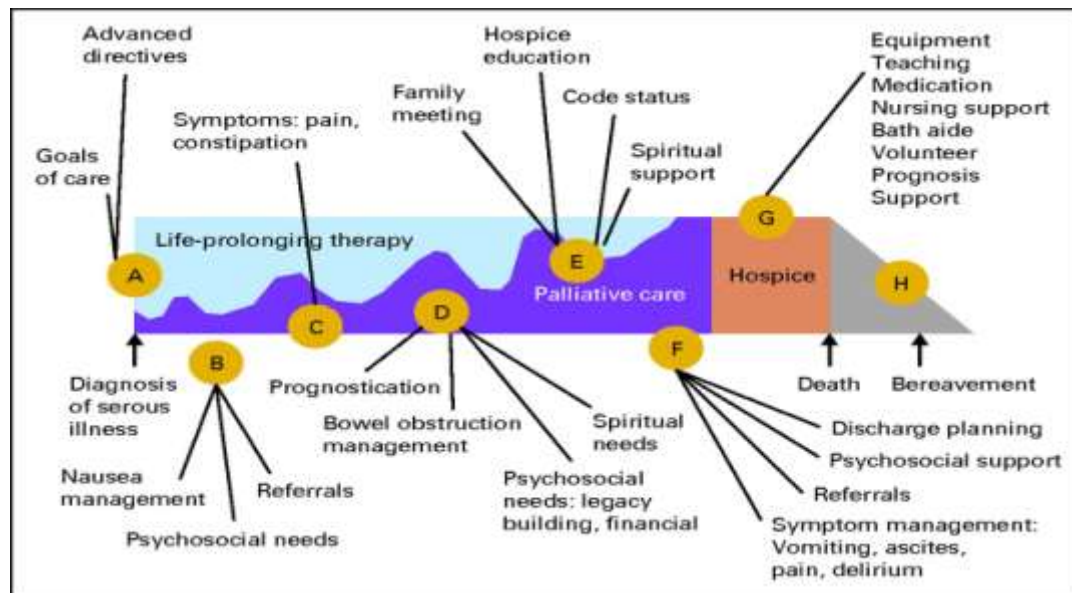


Regione del Veneto

Necessario un approccio multidisciplinare !



L'équipe multidisciplinaire è una metodologia di lavoro che permette, tramite la presa in carico dell'assistito, l'attuazione della tutela globale ed integrata.



L'approccio multidisciplinare

L. L'approccio multidisciplinare al paziente con metastasi ossee

Toni Ibrahim

Le metastasi ossee sono la causa maggiore di morbilità nei pazienti con cancro per due motivi, uno epidemiologico e l'altro clinico. Oltre al sintomo dolore, durante la storia naturale di questi pazienti possono comparire altre complicanze gravi tra le quali la frattura patologica, la compressione midollare, l'ipercalemia e la soppressione midollare. Queste complicanze peggiorano la qualità di vita dei pazienti, diminuiscono le possibilità terapeutiche e di conseguenza peggiorano la prognosi [22,23]. Oltre la sede e il tipo delle metastasi, anche la terapia soprattutto quella di tipo preventivo influisce sulla frequenza di queste complicanze. Per questo è utile la creazione di modelli organizzativi nei quali l'interdisciplinarietà degli interventi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, soprattutto di tipo preventivo, trovi una concretezza operativa allo scopo di ridurre i disagi psico-fisici dovuti alla malattia, ma soprattutto allo scopo di ridurre la stessa frammentazione nell'approccio al paziente con metastasi ossee. Tali modelli devono coinvolgere, oltre all'oncologo che ha in cura il paziente, anche il palliativista, il radioterapista, l'ortopedico, il neurochirurgo, il medico nucleare, il radiologo diagnosta e interventista, il fisiatra e altre figure come l'infermiere professionale e il data manager.



Optimal management requires a multidisciplinary team that includes not only medical and radiation oncologists, orthopaedic surgeons, (interventional) radiologists and nuclear medicine physicians, but also palliative medicine specialists and a symptom control team with some expertise in bone complications from cancer. Treatment decisions depend on whether the bone disease is localised or widespread, the presence or absence of extra-skeletal metastases and the nature of the underlying malignancy. Radiotherapy is relevant throughout the clinical course of the disease. Resistance to systemic treatments can be expected to develop, necessitating periodic changes of therapy in an effort to regain control of the disease.

clinical practice guidelines

Annals of Oncology 25 (Supplement 3): 4124-4127, 2014
doi:10.1093/annonc/mdu103
Published online 29 April 2014

Bone health in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[†]

R. Coleman¹, J. J. Body², M. Aapro³, P. Hadji⁴ & J. Herrstedt⁵ on behalf of the ESMO Guidelines Working Group[†]

L'approccio multidisciplinare



Tumori, 95: 291-297, 2009

Multidisciplinary approach to the treatment of bone metastases: Osteo-Oncology Center, a new organizational model

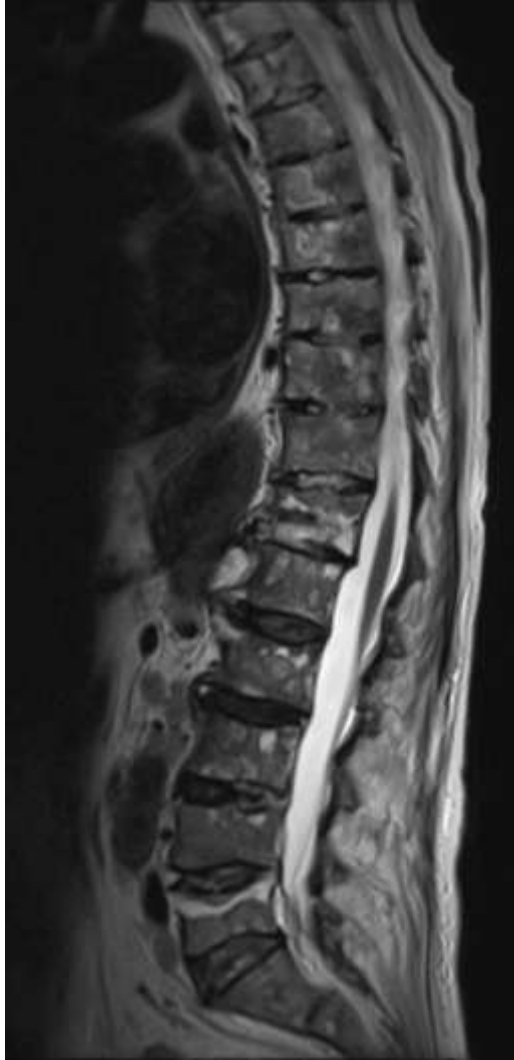
Toni Ibrahim, Emanuela Flamini, Laura Fabbri, Patrizia Serra, Laura Mercata Rossana Ricci, Emanuele Sacanna, Maria Cristina Falasconi, Roberto Casadei Riccardo Galassi, Massimo Giannini, Oscar Bazzocchi, Filippo Calzolari, Roberta Nunziatini, Michele Gaudio, Marco Maltoni, and Dino Amadori

Osteo-Oncology Center, Istituto Romagnolo Scientifico per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST), Meldola, Italy

We felt that it was important to report our preliminary data as they highlight the usefulness of a multidisciplinary approach and its potentially positive impact on the clinical course of the disease. Our findings also show the importance of avoiding the classic system of referral to a series of specialists, often with long waiting lists, which puts patients under a great deal of stress. It was seen from the Center's questionnaires that 79% of patients experienced pain of some kind, which obviously affects quality of life, especially in terms of general and physical activities. During the

Osteo-oncologia

Le metastasi ossee

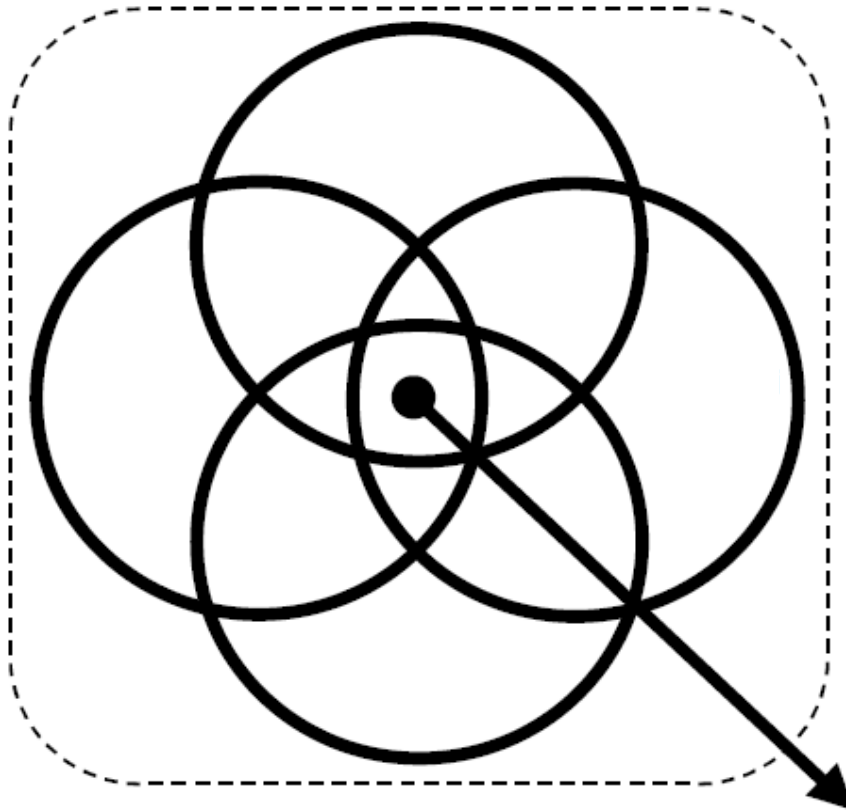


- ✓ Principale causa di morbidità nel paziente oncologico
- ✓ Dolore
- ✓ Rischio di complicanze
- ✓ Impatto sulla qualità di vita e sulla sopravvivenza

Il Centro di Osteoncologia IOV

- ✓ proposto a inizio 2013 da Oncologia Medica 1, Endocrinologia Oncologica e Chirurgia Vertebrale
- ✓ istituito con DDG 243/2013
- ✓ attivo con modalità multidisciplinare a cadenza settimanale (giovedì, ore 12.00-14.00)
- ✓ due ambulatori settimanali oncologici dedicati alle CTIBL
- ✓ valutazione di pazienti e discussione di casi clinici

Un team unitario



TEAM UNITARIO
MULTI DISCIPLINARE:

Obiettivi coordinati
Priorità condivise
Programmi coordinati
Gestione unitaria
Criteri di valutazione dei
risultati univoci

RISPOSTA UNITARIA = efficacia

Le figure professionali

- ✓ Oncologo medico (*coordinatore*)
- ✓ Radioterapista
- ✓ Chirurgo vertebrale
- ✓ Terapista antalgico
- ✓ Endocrinologo
- ✓ Radiologo interventista
- ✓ Altri professionisti al bisogno su chiamata (fisiatra...)



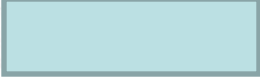




Modalità di accesso

- ✓ Segnalazione del paziente compilando registro di pazienti, con invio email all'oncologo di riferimento
- ✓ Prenotazione visita tramite CUP con codifica dedicata
- ✓ Report finale della decisione riportata in verbale e in cartella del paziente

AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE OSTEONCOLOGIA
 Istituto Oncologico Veneto I.O.V. – Ambulatorio 6, Piano 1
 Ambulatorio multidisciplinare e discussione casi clinici

data 09/04/2015 ore 12:00-14:00

	PAZIENTE	STORIA CLINICA	DECISIONE
1	 visita ambulatoriale ore 12.00	Paziente già valutata a novembre 2014. 2011: ca dutt infiltrante della mammella, rec ormonali positivi. HER2 neg, pT2N0 . RIFIUTATA TERAPIA ADIUVANTE. 08/2014: alla PET-TC recidiva di malattia a livello pleurico, linfonodale e osseo (C7,D8,D11,L3, L4, ala iliaca sn, IX costa sn). Discussa in osteoncol. – indicazione a collare cervicale ed RT (10 Gy/2 frazioni ultimata 12/2014). 03/2015: Alla TAC di rivalutazione crollo vertebrale di C7 (rimaneggiam. osseo del soma e dell'emiarco posteriore di destra). Quesito: Eventuali ulteriori trattamenti locali? Medico Referente: 	Già in terapia con bifosfonati. Mantiene il collare Presa visione degli esami radiologici, si pone indicazione a stabilizzazione chirurgica previa rivalutazionee decisione della paziente. Da completare il quadro radiologico con nuova RMN colonna vertebrale cervicale (da organizzare per fine aprile 2015)
2	 visita ambulatoriale ore 12.20	Ca. mammella con lesioni ossee. Valutazione con esito nuova RMN colonna vertebrale cervico toracica richiesta da noi il 19/03/2015. Già RT su D3-D4. Quesito: Indicazioni chirurgiche di stabilizzazione? Medico Referente: 	Non indicazioni a stabilizzazione chirurgica di D3-D4, apparentemente non rischio crollo. Eseguirà TAC di rivalutazione a fine aprile (da aggiungere ricostruzione con finestra per osso della colonna lombo-sacrale) e eventuale completamento con RMN colonna vertebrale lombosacrale. In seguito sarà rivalutata in sede multidisciplinare di osteoncologia.
3	 discussione immagini	2015: Adenocarcinoma polmonare con lesioni epatiche e linfonodali, in terapia con CDDP- Alimta c/o Oncologia Adria. Algie alla colonna, ma paziente con nota osteoporosi (nel 2012 vertebroplastica L5 per crollo su base osteoporotica). Alla RMN colonna: sospette lesioni sostitutive (dischetti esterni). Quesito: Valutazione imaging; eventuali indicazioni a trattamenti loco-regionali.	Mancano delle sequenze STIR alla RMN. Da ripetere RMN colonna vertebrale in toto anche con sequenza STIR. Da adeguare la terapia antalgica.. Si consiglia corsetto SAT alto con spallacci da tenere quando cammina. Può toglierlo a riposo.

Conclusioni

- ✓ MDT consente di stabilire correttamente le priorità nell'erogare procedure diagnostiche-terapeutiche e condividere le finalità del trattamento proposto
- ✓ Tempi di attesa notevolmente abbattuti rispetto allo standard (*“il valzer delle prenotazioni”*)
- ✓ Riduzione degli spostamenti e delle attese (pazienti con spesso mobilità ridotta a causa della malattia ossea)
- ✓ Aumento delle reciproche conoscenze tra operatori e miglioramento della qualità del servizio offerto al paziente

OncoGeriatrics

Frequenza dei tumori nelle diverse classi d'età

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA

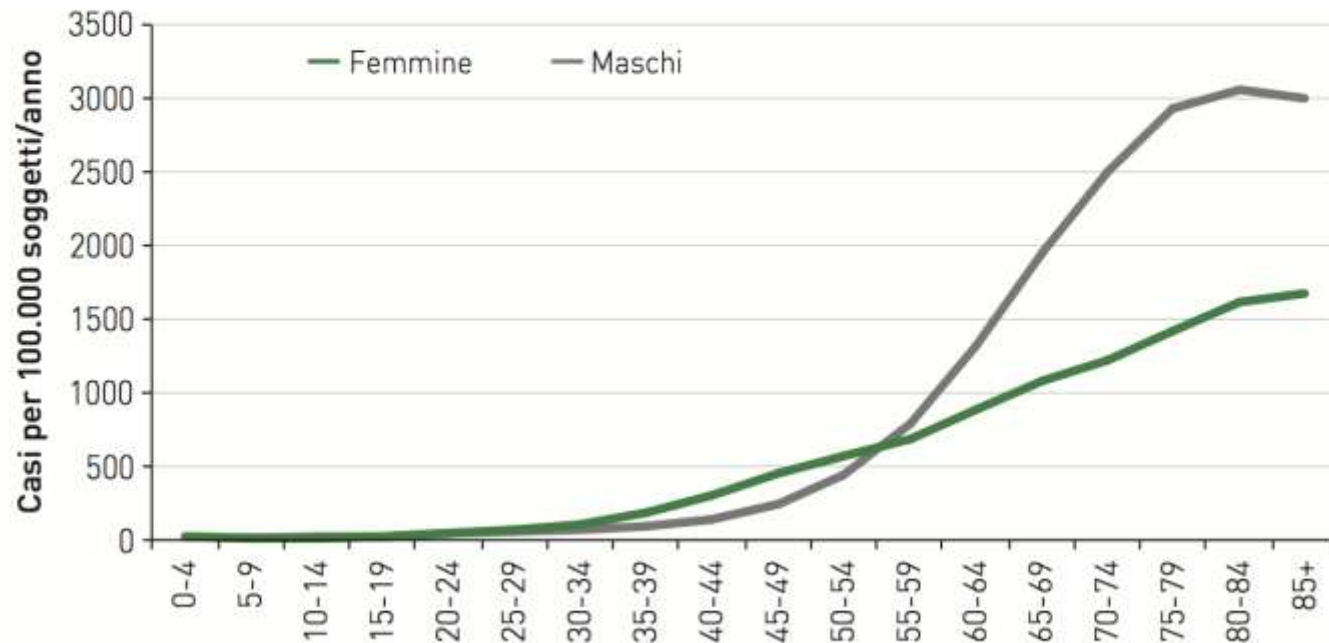


FIGURA 2. AIRTUM 2008-2012. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi carcinomi della cute.

Concetto di fragilità nel paziente anziano



Concetto di fragilità nel paziente anziano

Due sono essenzialmente i paradigmi che definiscono la fragilità:

A) Il paradigma biomedico. Fried e Coll. (2004) hanno definito la fragilità come “una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli “stressors” risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse”;

B) Il paradigma bio-psico-sociale. Gobbens e Coll. (2010) definiscono la fragilità come “uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall’influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute”.

STATO FUNZIONALE: ha potere predittivo in termini di mortalità e di aumento del rischio di eventi avversi

SITUAZIONE SOCIALE: la carenza di supporti sociali si associa ad una ridotta tolleranza al trattamento CT e aumenta la mortalità

STATO NUTRIZIONALE: tra i pz anziani la prevalenza di problemi nutrizionali è maggiore in quelli affetti da cancro

FUNZIONI COGNITIVE: deterioramento cognitivo e/o alterazioni dell'umore interferiscono con compressione, consenso e compliance al trattamento, favoriscono effetti avversi (quali delirium)

→ la depressione è spesso presente nel 25% dei pz anziani e in quelli affetti da cancro non è spesso riconosciuta

Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM)

- ✓ Cos'è la valutazione geriatrica multidimensionale?
- ✓ Quando e perché eseguiamo una VGM?
- ✓ Il team multidisciplinare

Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM)

E' un "processo diagnostico interdisciplinare multidimensionale" che ha l'intento di individuare le condizioni mediche, psicosociali, funzionali e i problemi degli anziani fragili per sviluppare un programma generale per il trattamento e il follow up del paziente

G8 Screening tool			
Un punteggio totale ≤ 14 individua il paziente vulnerabile			
	Items	Possible answers	Score
A	L'apporto alimentare è diminuito negli ultimi tre mesi?	0: perdita di appetito grave 1: perdita di appetito moderata 2: nessuna perdita di appetito
B	Perdita di peso negli ultimi 3 mesi?	0: perdita di peso superiore a 3 Kg 1: non lo sa 2: perdita di peso tra 1 e 3 kg 3: nessuna perdita di peso
C	Mobilità	0: costretto a letto o su una sedia 1: capace ad alzarsi dal letto/sedia ma non di uscire 2: capace di uscire
E	Problemi neuropsicologici	0: demenza o depressione grave 1: demenza lieve 2: nessun problema psicologico
F	Body Mass Index (weight in kg/height in m ²)	0: BMI BMI < 19 1: BMI 19 \geq BMI < 21 2: BMI 21 \geq BMI < 23 3: BMI BMI \geq 23
H	Prende più di tre medicine al giorno?	0: sì 1: no
P	In generale, in confronto ad altre persone della Sua età, come considera il suo stato di salute?	0: cattivo 0,5: non lo sa 1: discreto 2: buono
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
	Punteggio totale (0-17)	

Vulnerable Elders Survey (VES - 13)
(Un punteggio totale ≥ 3 individua il paziente vulnerabile)

1. Età*(1 punto per età compresa tra i 73-84 anni; 3 punti per età ≥ 85 anni)***2. In generale, confrontandosi con i tuoi coetanei, come definiresti la tua salute?**

- Scadente (1 punto)
Discreta (1 punto)
Buona
Molto buona
Eccellente

*(1 punto per le risposte scadente e discreta)***3. Quanta difficoltà hai, mediamente, nelle attività fisiche?**

	Neppure	Poca	Qualche	Molta	Insopportabile
a. Chinarsi, piegarsi, inginocchiarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sollevare o trasportare oggetti di circa 3 Kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alzarsi o scendere le braccia al di sopra delle spalle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Scivolare maneggiare o afferrare piccoli oggetti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Camminare per 300-400 metri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lavori di cura persona, come passare lo straccio o pulire i vetri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(1 punto per ogni risposta a-f, massimo 3 punti)***4. Per problemi di salute e/o condizioni fisiche, hai difficoltà nel:****a. Fare spesa per piccole cose (Come medicinali o prodotti per l'igiene personale)?**

- 50? Ti aiutano a fare la spesa? 00* 00
 No 00* 00
 Non lo fai? E' per problemi di salute? 00* 00

b. Maneggiare i soldi (Come fare i conti o pagare le bollette)?

- 50? Ti aiutano nel maneggiare il denaro? 00* 00
 No 00* 00
 Non lo fai? E' per problemi di salute? 00* 00

c. Camminare nella stanza? Anche con l'uso di un bastone o di un tutore

- 50? Ti aiutano nel camminare? 00* 00
 No 00* 00
 Non lo fai? E' per problemi di salute? 00* 00

d. Lavori casalinghi leggeri? (Come lavare i piatti mettere in ordine o spolverare)

- 50? Ti aiutano nei piccoli lavori domestici? 00* 00
 No 00* 00
 Non lo fai? E' per problemi di salute? 00* 00

e. Fare il bagno o la doccia?

- 50? Ti aiutano per fare il bagno o la doccia? 00* 00
 No 00* 00
 Non lo fai? E' per problemi di salute? 00* 00

VGM e oncogeriatría

- ✓ Fornisce informazioni e identifica problemi non diversamente identificabili
- ✓ I pazienti valutati mediante VGM hanno una migliore tolleranza al trattamento oncologico
- ✓ La VGM consente di identificare fattori prognostici misurabili

L'ambulatorio...

- ✓ Per pazienti con età ≥ 70 anni
- ✓ Geriatra, oncologo e case manager (infermiere) insieme una volta a settimana
- ✓ Più di 3000 pazienti valutati dall'attivazione dell'ambulatorio nel 2004

Obiettivi

- ✓ Garantire il miglior percorso terapeutico attraverso la valutazione geriatrica multidimensionale
- ✓ Gestire le comorbidità ma anche lo stato funzionale, lo stato cognitivo, dell'umore e lo stato nutrizionale
- ✓ Offrire la partecipazione a studi clinici con farmaci innovativi od osservazionali
- ✓ Indagare epidemiologia, le relazioni tra età, farmaci assunti, commorbidità ed esito dei trattamenti

Cure simultanee

Definizione

Integrazione tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative dal momento della presa in carico del paziente oncologico.

Cure simultanee

- ✓ Ottimizzano la **qualità della vita** in ogni fase della malattia, attraverso una la prevenzione, identificazione, valutazione e trattamento degli innumerevoli **bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali** del malato e della sua famiglia.
- ✓ Garantiscono la **continuità di cura** attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione.
- ✓ Evitano il senso di abbandono nella fase avanzata-terminale.

STEPS

Definizione/comunicazione
PROGNOSI
Scelta del trattamento

Comunicazione/relazione

Rilievo e trattamento dei
sintomi fisici

Rilievo e trattamento dei
bisogni riabilitativi

Rilievo e trattamento dei
bisogni psicologici

Rilievo e supporto ai
bisogni spirituali

Rilievo e supporto ai
bisogni sociali



POSSIAMO GARANTIRE TUTTO QUESTO?



Documento di consenso sulle Cure Simultanee in Oncologia

A cura del tavolo di lavoro “cure simultanee e continuità di cura in oncologia”*

Coordinatore Vittorina Zagonel

- a. E' diritto del malato oncologico in fase avanzata di malattia, avere accesso, oltre che alle terapie antitumorali anche alle cure palliative per il controllo dei sintomi fisici, psichici, spirituali o delle problematiche sociali, precocemente nel decorso della sua malattia
- b. In base alle attuali evidenze scientifiche, si ritiene che il paziente in fase metastatica possa beneficiare delle cure simultanee realizzate attraverso un inserimento precoce in corso di trattamento attivo, delle cure palliative.
- c. Le cure simultanee devono essere garantite dalla U.O. di Oncologia Medica attraverso l'offerta dei seguenti requisiti irrinunciabili :presenza di personale sanitario dedicato (medico, infermiere, psicologo, etc) con esperienza documentata e capacità di gestire i sintomi; utilizzo routinario di strumenti di valutazione per la misurazione dei sintomi (ECOG-PS, termometro del distress, NRS, VAS, VGM, ESAS), e di scale prognostiche (ad esempio PaP-score). L'U.O. di Oncologia Medica deve inoltre definire protocolli per l' identificazione dei pazienti che necessitano di cure simultanee, stabilire percorsi ad hoc e utilizzare protocolli e procedure per il controllo dei sintomi.

- d. Nelle UO di Oncologia Medica è auspicabile la presenza di una competenza diffusa in tema di cure palliative e la presenza di uno oncologo medico esperto in cure palliative, che svolga un ruolo di interfaccia con il servizio/unità di cure palliative (ove presente nell'Ospedale o nel territorio di appartenenza).
- e. Le cure simultanee si realizzano attraverso l'integrazione multidisciplinare, ove l'oncologo medico e' affiancato dal medico palliativista (ove disponibile), dallo psicologo, in un'ottica di condivisione delle competenze e conoscenze, per individuare, nelle varie fasi della malattia, il setting di cura più appropriato per il singolo paziente. L'equipe multidisciplinare deve condividere i criteri per la selezione dei pazienti che necessitano di un percorso di cure simultanee, gli strumenti per il rilievo dei sintomi e della prognosi, le modalità e i tempi di attuazione delle cure simultanee, le quali devono essere adeguate al contesto locale, per garantire una gestione efficace delle risorse disponibili.
- f. Viceversa, nell'equipe di Rete di Cure Palliative territoriale, al fine di garantire la continuità assistenziale, in attuazione alla legge 38, è necessario identificare una figura (medica e una infermieristica), preposta per interfacciarsi in modo sistematico e definito (attraverso riunioni periodiche), con l'UO di Oncologia medica che ha assistito il paziente nelle diverse fasi della malattia neoplastica, per la condivisione del piano di cura personalizzato e la presa in carico del paziente.

- g.** Tra le reti di cure palliative e i dipartimenti oncologici/reti oncologiche devono essere individuate e standardizzate modalità di collaborazione per la presa in carico e la gestione condivisa del paziente oncologico in fase metastatica. L'attività multidisciplinare nella quale è coinvolto sia l'oncologo medico che il medico palliativista per garantire ai pazienti le cure simultanee, deve essere adeguatamente valutata come carico di lavoro e conseguente tariffazione economica.
- h.** Dovranno essere individuati indicatori di processo e di risultato per valutare l'appropriatezza dei percorsi, sia in termini di gestione delle risorse, che in termini di efficacia del modello di cure simultanee.
- i.** Le risorse derivanti dalla razionalizzazione dei percorsi di cura condivisi per il malato oncologico, devono essere reinvestite per la realizzazione e la diffusione delle cure simultanee in oncologia.

Continuum of care



TERAPIE DI SUPPORTO



**OUTCOME
SOPRAVVIVENZA**

**CURE PALLIATIVE E
CURE DI FINE VITA**



**OUTCOME
QUALITA' DI VITA
DI MALATO E
FAMIGLIA**

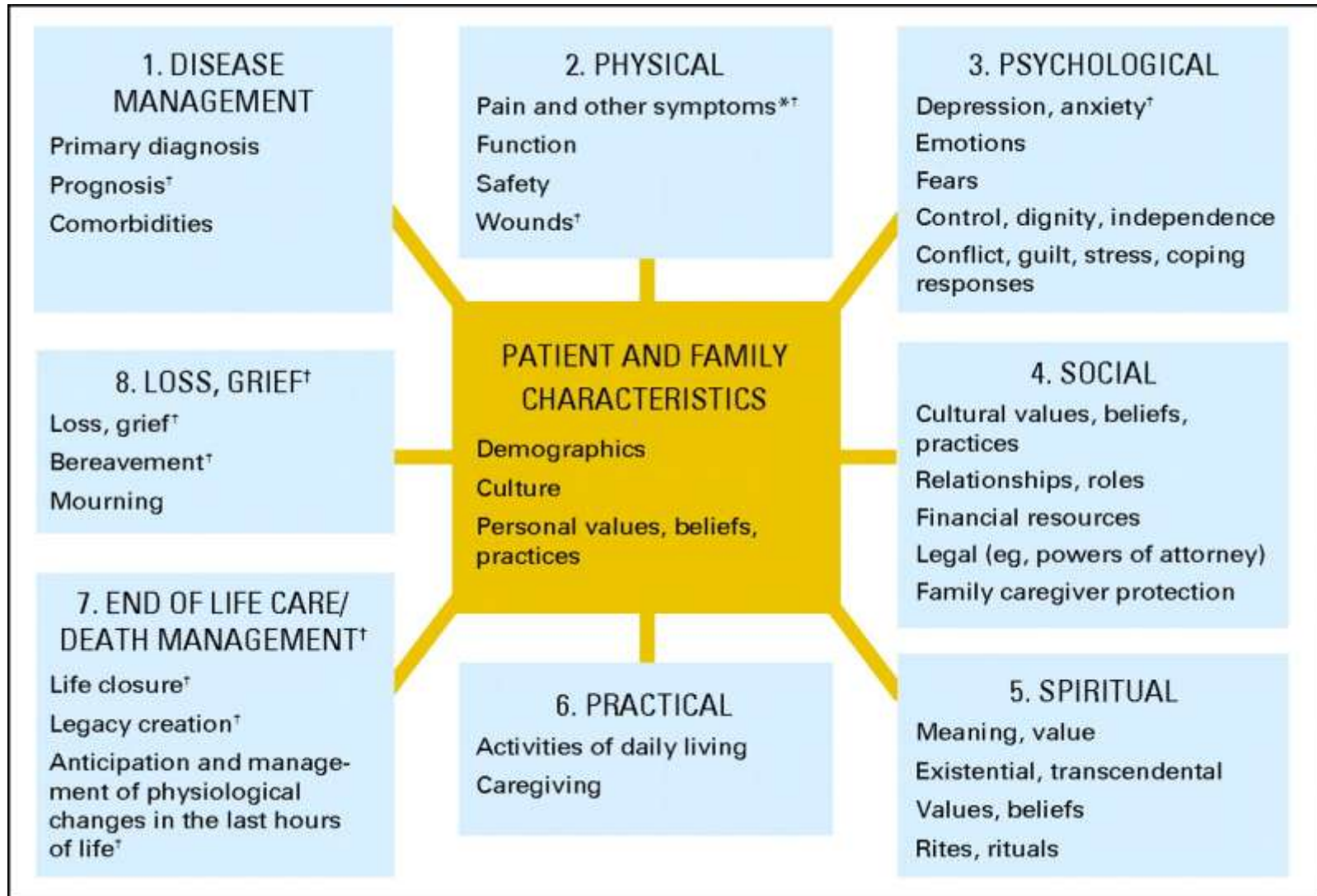
L'oncologo medico e le cure palliative

- ✓ Capacità di gestione dei sintomi come bagaglio professionale di ogni oncologo medico
- ✓ Prevenzione e trattamento dei sintomi in ogni fase della malattia
- ✓ Ricerca per migliorare la qualità della vita, come la ricerca per nuovi farmaci chemioterapici

Dal curare al prendersi cura

- ✓ Anticipare i bisogni del paziente e della famiglia attraverso tests multidimensionali validati per il rilievo dei sintomi.
- ✓ Programma terapeutico individualizzato
- ✓ Condividere le scelte cura
- ✓ Garantire la continuità assistenziale

Cure Simultanee: il contesto



1954 (1951) SOPHIA LAUREN MARCELLO MASTROIANNI regia VITTORIO DE SICA



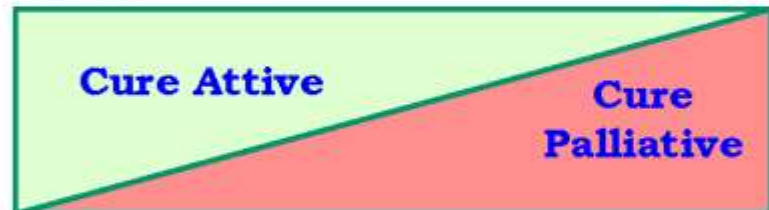
IERI, OGGI, DOMANI



Ieri....



Oggi ?

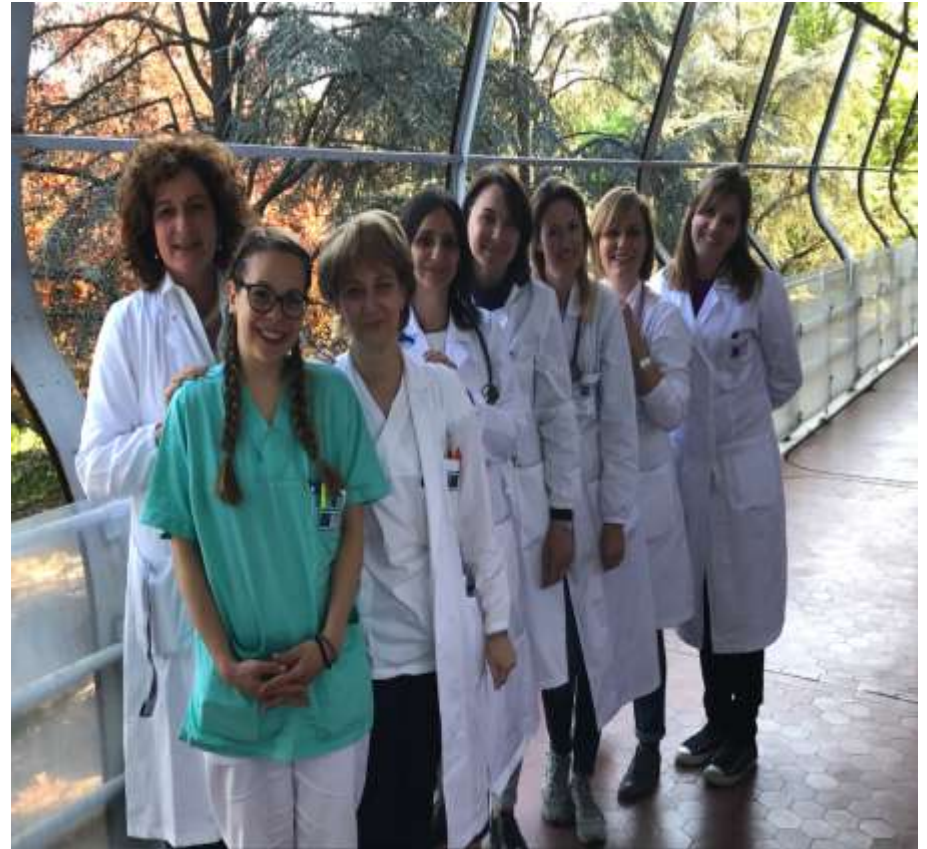


Domani!!!



Le figure professionali

- ✓ Oncologo medico
- ✓ Medico palliativista
- ✓ Medico nutrizionista
- ✓ Radioterapista
- ✓ Psicologo
- ✓ Infermiera (case manager)



A chi è rivolto

- ✓ Pazienti seguiti in DH
- ✓ Pazienti con malattia avanzata in trattamento attivo
- ✓ Pazienti con malattia sintomatica (a prescindere dalla prognosi)
- ✓ Tutti i pazienti ritenuti, a giudizio del curante, “fragili”, attraverso parametri non solo clinici, ma anche sociali, psicologici, spirituali, logistici ed economici

 Regione del Veneto Istituto Oncologico Veneto IRCCS	 ESMO European Society for Medical Oncology	 Regione del Veneto
 COMPREHENSIVE Cancer Center	AMBULATORIO DI CURE SIMULTANEE	
		Mod1-P_CS Richiesta CS

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 <i>(Karnofsky)</i>	>70	50 – 60	SCORE
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 4 punti	_____
Sintomi (anche associati)	Dolore	Dispnea	Ansia Depressione
	<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto
		Assessia	Calo Ponderale
		<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto
Sopravvivenza stimata	≥ 12 mesi	6 - 12 mesi	≤ 6 mesi
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 2 punti
Trattamenti con possibilità di impatto sulla sopravvivenza	Sì	No	
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 2 punti	
Tossicità attesa dal trattamento (anche associate)	Nessuna	Ematologic a	Altro
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto
		Mucosite (cavo orale e/o G.I.)	
		<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto
Problemi socio- assistenziali (anche associati)	Nessuno	Rete familiare scarsa o assente	Presenza di limitazioni assistenziali
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto
		Inadeguato supporto da parte del caregiver	
		<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto
			SCORE TOTALE:

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

Suddivisione per prognosi e bisogno di C.S.

Gruppo di pazienti a **buona prognosi** e **basso bisogno di C.S.**

- PS (ECOG) 0-1
 - **Paucisintomaticità**
 - Sopravvivenza stimata > 12 mesi
 - Disponibilità di terapie con impatto sulla sopravvivenza
 - Adeguato supporto da parte di uno/più **caregiver**
- Pratica solista e richiesta di consulenze; il MODELLO INTEGRATO è applicabile in base alla disponibilità delle risorse

Gruppo di pazienti a **cattiva prognosi** e **alto bisogno di C.S.**

- PS (ECOG) ≥ 2
 - Sintomatici
 - Sopravvivenza stimata < 12 mesi
 - Non significativo impatto della chemioterapia sulla sopravvivenza
 - Effetti indesiderati da chemioterapia con effetto negativo sulla qualità della vita
- MODELLO INTEGRATO di presa in carico è la soluzione ottimale

Gruppo di pazienti in fase metastatica, **sintomatici**, con **alto bisogno di C.S.** indipendentemente dalla prognosi

- Alta complessità clinica:
 - Psicologica
 - Sociale (es. rete familiare scarsa o assente)
 - Disagio economico
 - Pazienti stranieri
- MODELLO INTEGRATO di presa in **carico** è la soluzione ottimale, con MMG e servizi sociali

La visita

- ✓ Somministrazione termometro del distress
- ✓ Inquadramento dello stato fisico del paziente (ESAS, PS, E.O., MUST)
- ✓ Inquadramento psiconcologico (consapevolezza, ansia e depressione, capacità di coping, risorse familiari, possibili altre criticità emotive)
- ✓ Decisioni e prescrizioni
- ✓ Feedback all'inviante

Obiettivi

- ✓ Favorire la presa in carico globale mediante un'integrazione continua e progressiva fra terapie oncologiche e cure palliative
- ✓ Ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia (attenzione ai bisogni fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia)
- ✓ Cure Palliative non solo come terapia sintomatica a fine vita ma come disciplina in grado di rispondere alle esigenze complesse del paziente

Conclusioni

✓ Esigenze:

non solo il prolungamento della vita e il contenimento della neoplasia e dei sintomi, ma il bisogno di trovare risposta alle domande esistenziali che si configurano con l'avvento della malattia

«Le cure palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato e della sua famiglia»

E. Bruera, Lectio magistralis Bentivoglio 2011

Conclusioni

- ✓ Garantire la continuità di cura
- ✓ Evitare il senso di abbandono nella fase terminale e avanzata della malattia
- ✓ Rappresentano l'approccio più moderno e corretto alla cura del cancro
- ✓ E necessario applicare sistematicamente nelle oncologie mediche italiane le cure simultanee per garantire la migliore qualità di vita al paziente ed alla sua famiglia



Grazie!

silvia.stragliotto@iov.veneto.it