



Le giornate dell'etica in oncologia:  
la buona morte  
Ragusa 19-20 maggio 2017

# CURE SIMULTANEE: la posizione di AIOM

Vittorina Zagone

Dipartimento di Oncologia Clinica e Sperimentale  
Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova



# Condividiamo un approccio di Cure Simultanee

- Perché (evidenze e LG)
- Come (C simultanee o CP precoci?)
- Quando (criteri di accesso)
- Ruolo e posizione di AIOM



# CURE SIMULTANEE

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

\*Prevenzione, identificazione, valutazione e trattamento dei sintomi fisici, funzionali e dei problemi psicosociali ed esistenziali del malato oncologico nella fase avanzata di malattia, quando l'outcome non è più la sopravvivenza.

Tumori 95:652-654, 2009.



# Benefici di un approccio integrato

- Miglior controllo dei sintomi
- Migliore qualità di vita e del fine vita
- Migliora la qualità percepita
- Riduce la depressione
- Utilizza setting di cura più appropriato
- Riduce i costi
- Aumenta la sopravvivenza

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

Betty R. Ferrell, City of Hope Medical Center, Duarte, CA; Jennifer S. Temel and Jeffrey M. Peppercorn, Massachusetts General Hospital; Tracy A. Balboni,

*Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith*

### ***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).

## ***CLINICAL QUESTION 2***

What are the most practical models of palliative care? Who should deliver palliative care (external consultation, internal consultations with palliative care practitioners in the oncology practice, or performed by the oncologist him- or herself)?

## ***Recommendation 2***

Palliative care for patients with advanced cancer should be delivered through interdisciplinary palliative care teams, with consultation available in both outpatient and inpatient settings (type: evidence based, benefits outweigh harms; evidence quality: intermediate; strength of recommendation: moderate).

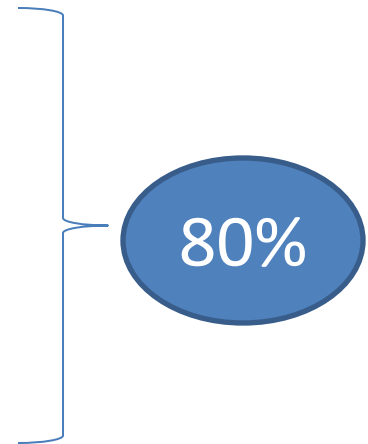
# Who should deliver palliative care?

- A majority of successful palliative care models demonstrated in the literature operate as integrated consultants within the oncology clinic, which may enhance communication with oncology providers.
- .....Oncologists may note that they are providing palliative care themselves.
- ....On the basis of the current literature, it seems that the most practical means of providing the demonstrated benefits of palliative care for oncology patients is through a multidisciplinary palliative care team



# Interdisciplinary palliative care team must include:

- Physician
- Nurse
- Psychosocial worker
- Pastoral care or other counselor



But 76% agreed on a less stringent criteria

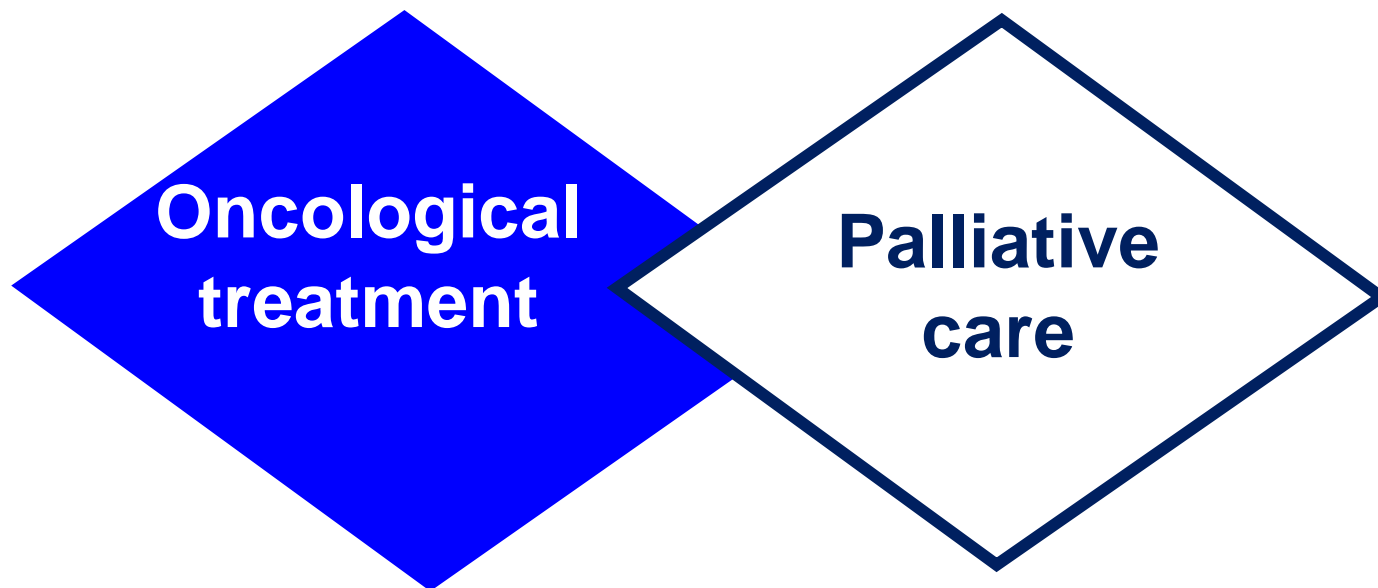
# Specific recommendations



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

# Cure Palliative Precoci o Cure Simultanee?



# L'etica dell'accompagnamento

original article

Annals of Oncology 19: 1947-1954, 2008  
doi:10.1093/annonc/mdn381  
Published online 12 June 2008

## **Opinions concerning euthanasia, life-sustaining treatment and acceleration of death: results of an Italian Association of Medical Oncology (AIOM) survey**

C. Catania<sup>1\*†</sup>, V. Zagoni<sup>2†</sup>, V. Fossa<sup>3</sup>, N. La Verde<sup>4</sup>, O. Bertetto<sup>5</sup>, C. Iacono<sup>6</sup>, M. Venturini<sup>7</sup>,  
D. Radice<sup>8</sup>, L. Adamoli<sup>9</sup> & F. Boccardo<sup>10</sup>

<sup>1</sup>New Drugs Development Unit, Medical Oncology Division, European Institute of Oncology, Milan; <sup>2</sup>Department of Oncology, 'S. G. Calibita' Hospital, Rome; <sup>3</sup>Department of Oncology, General Hospital, Vicenza; <sup>4</sup>Department of Oncology, Fatebenefratelli and Ophthalmic Hospital, Milan; <sup>5</sup>Oncology Unit, Molinette Hospital, Turin; <sup>6</sup>Oncology Unit, 'M. Paterno' Hospital, Ragusa; <sup>7</sup>Oncology Unit, 'S. Cuore, Don Calabria Hospital, Negrar; <sup>8</sup>Division of Epidemiology and Biostatistics, European Institute of Oncology, Milan; <sup>9</sup>Unit for Medical Care European Institute of Oncology, Milan; <sup>10</sup>Oncology Unit, National Cancer Research Institute and University of Genoa, Italy

# La strada alternativa sia all'accanimento terapeutico che all'eutanasia

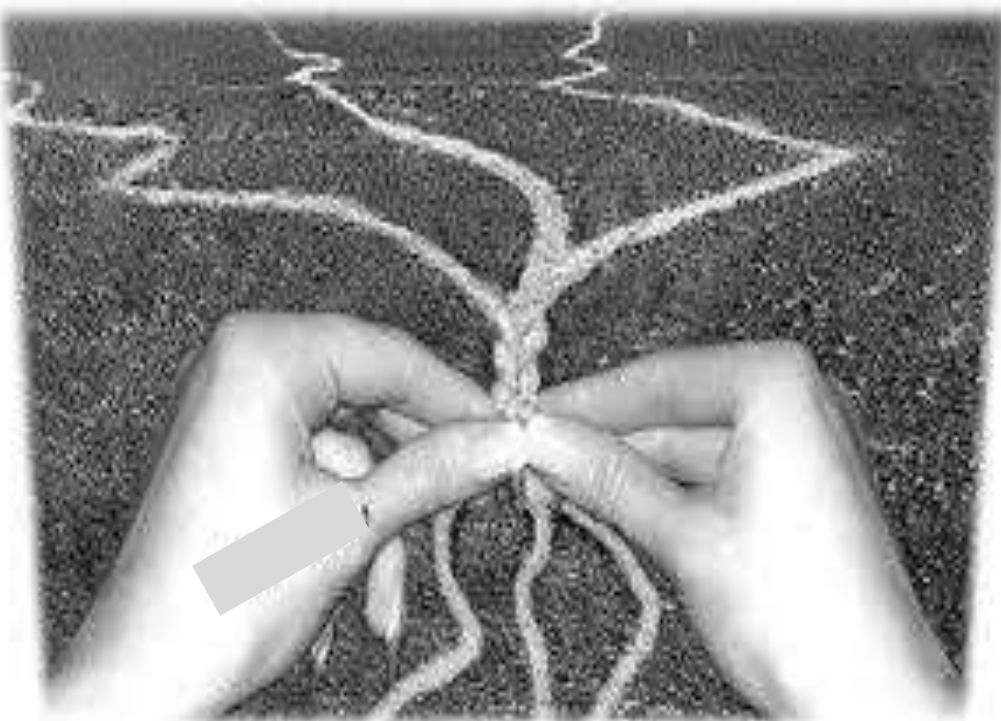
# DICHIARAZIONI ANTICIPATE di TRATTAMENTO in oncologia

- Le DAT diventano così idealmente **la prosecuzione di una alleanza terapeutica** che più eticamente possiamo definire **“alleanza di cura”**, cioè che va oltre il solo trattamento specifico antitumorale.
- DAT quindi come **estensione di un consenso condiviso rivolto non solo alle terapie antitumorali, ma a tutto ciò che nel percorso di cura viene definito/condiviso con il malato.**

ART. 5. DDL 2801 : Pianificazione condivisa delle cure

# CURE SIMULTANEE

(insieme, nello stesso momento, contemporanee)  
NON Parallele



“Quelli che  
camminano su  
strade diverse non  
chiedono consigli  
l'uno all'altro”

*Confucio*

# 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**



# Perché Cure Simultanee?

- Cultura dell'oncologo medico portato a condividere, anticipare, integrare
- Conoscenza dell'oncologo del paziente e delle prospettive di cura
- Vantaggio per il paziente
- Crescita culturale reciproca
- Esigenza per garantire la condivisione con il percorso successivo
- Necessità per rispondere ai criteri e rinnovo della certificazione ESMO.



## **STRUCTURE**

**Presence of 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**  
**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**

# E' essenziale condividere

- Strumenti validati per rilievo sintomi, QoL
- Criteri di accesso alle Cure Simultanee
- Partecipazione dell'oncologo alla prima valutazione del team di cure palliative (TCP)
- Partecipazione del TCP agli incontri multidisciplinari di patologia
- Inserire TCP nei PDTA/linee guida



# Cure simultanee

- Criteri di accesso
- Figura professionali

# Criteria di accesso alle CS

-al momento non c'è condivisione-

- PS
- Sintomi
- Sopravvivenza stimata
- Impatto della terapia sulla sopravvivenza
- Problemi socio-assistenziali
- Tossicità del trattamento
- Linea di trattamento
- Età, assenza di caregiver
- **Tempo dalla diagnosi di malattia metastatica**



## Suddivisione per prognosi e bisogno di Cure Simultanee

### MODULO per la RICHIESTA di CURE SIMULTANEE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_

U.O. di riferimento \_\_\_\_\_ Medico referente \_\_\_\_\_

Tipo di tumore \_\_\_\_\_

PS (Karnofsky)	>70	60-50	40		SCORE	
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> 4 punti			
Sintomi (anche associati)	Dolore	Dispnea	Iporessia	Calo Ponderale	Ansia Depressione	+
	<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto	<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	Cutanea	Mucosite (cavo orale e/o G.I.)	Ematologica		+
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto		
Problemi socio- assistenziali (anche associati)	Nessuno	Rete familiare scarsa o assente	Inadeguato supporto da parte del caregiver	Presenza di limitazioni assistenziali		+
	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> 1 punto	<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.

#### Pazienti in fase metastatica, sintomatici, con elevata complessità clinica

- Sintomatici
- Problemi Psicologici
- Problemi Sociali (es. rete familiare scarsa o assente)
- Disagio economico
- Pazienti stranieri

➔ Attivare le cure simultanee e segnalare il paziente al MMG ed ai servizi sociali

#### Pazienti a prognosi infausta, con elevato bisogno di Cure Simultanee

- PS (ECOG) ≥2
- Sintomatici
- Sopravvivenza stimata inferiore a 12 mesi
- Non significativo impatto della chemioterapia sulla sopravvivenza
- Effetti indesiderati della chemioterapia con impatto negativo sulla qualità della vita

➔ La presa in carico in Cure Simultanee deve avvenire rapidamente

#### Pazienti a buona prognosi e scarso bisogno di Cure Simultanee

- PS (ECOG) 0-1
- Non sintomatici
- Sopravvivenza stimata maggiore di 12 mesi
- Disponibilità di terapie oncologiche con impatto sulla sopravvivenza
- Adeguato supporto in famiglia da parte di uno/più caregiver

➔ La presa in carico in Cure Simultanee può essere posticipata



Regione del Veneto

# CURE SIMULTANEE ALLO IOV

## (2013)



- 2 ambulatori/settimana paz. in dh/amb; 2 briefing /settimana pazienti ricoverati.
- Presenti: oncologo, palliativista, nutrizionista, psicologo, case manager.
- Condivisione di strumenti x valutare distress, sintomi, consapevolezza, supporto familiare.
- Attivazione dei servizi domiciliari sulla base di bisogni/prognosi/caregiver.
- Condivisione di procedure, PDTA , programmi di formazione, coinvolti anche gli specializzandi di oncologia.

# Ambulatorio di Cure Simultanee

## Visita:

- Somministrazione **termometro del distress**
- **Inquadramento dello stato fisico del paziente** (PS, EO, MUST ESAS, PapScore)
- **Inquadramento psiconcologico** (consapevolezza, ansia, depressione, capacità di coping, risorse familiari, altre criticità emotive)
- **Decisioni e prescrizioni** (visita nutrizionistica, presa in carico psicologica paziente o familiare, terapia del dolore, terapia sintomatica, pianificazione controlli, compilazione SVAMA, segnalazione delle criticità ai MMG, o Servizi Sociali)
- **Feedback all'oncologo inviante**

# ELECTRONIC MEDICAL REPORT







# L'impegno di AIOM



- Questionario tra i soci e conferenza 2013
- Documento AIOM di consenso di CS 2014
- Certificazione ESMO-DCs dal 2008
- Inserimento quesiti nelle linee guida dal 2015
- Verifica adesione dei ESMO-DCs agli indicatori
- Dialogo con SICP senza rinunciare alla propria *vision*

PERSEVERARE NEL DIFFONDERE LA CULTURA  
DELLE CURE SIMULTANEE

# La buona morte



*E' necessaria l'infelicità per capire la gioia,  
il dubbio per capire la verità,  
**la morte per comprendere la vita***

*Madre Teresa di Calcutta*