

Trattamento integrato ospedale-territorio nell'ambito della ROV e rapporto con i medici di medicina generale

Vittorina Zagonel

Dipartimento Oncologia, IOV, IRCCS; Padova



ESMO

Designated Centers
of Integrated
Oncology and
Palliative Care



Regione del Veneto

Oncologia: risultati oggi

- **Si guarisce di più**
- **Si vive di più**
- **Si vive meglio**
- **Si muore meglio (?)**

**L'Italia rispetto ad altri paesi europei
ha sopravvivenze migliori
per molti tipi di tumori (AIOM-AIRTUM 2017)**

What makes the difference for survival and quality of life in cancer patients?

- **Professional skills (high volume)**
- **Technology & facilities (hospital)**
- **Multidisciplinary treatment planning**
- **New drugs & Clinical trials**
- **Supportive, Simultaneous & Palliative care**
- **Rehabilitation**

Oncologia

- La situazione del malato di tumore è una delle **condizioni di maggiore precarietà**
- Oncologia è il **mondo del limite**, per malati e medici, del limite del sapere e del saper fare, della speranza e dei risultati incredibili, ma anche della difficile esperienza del vivere nell'incertezza e nella precarietà, nella vulnerabilità e nella fragilità
- **E' il mondo del senso del vivere e del morire**

More uncertain prognosis with the new therapies

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

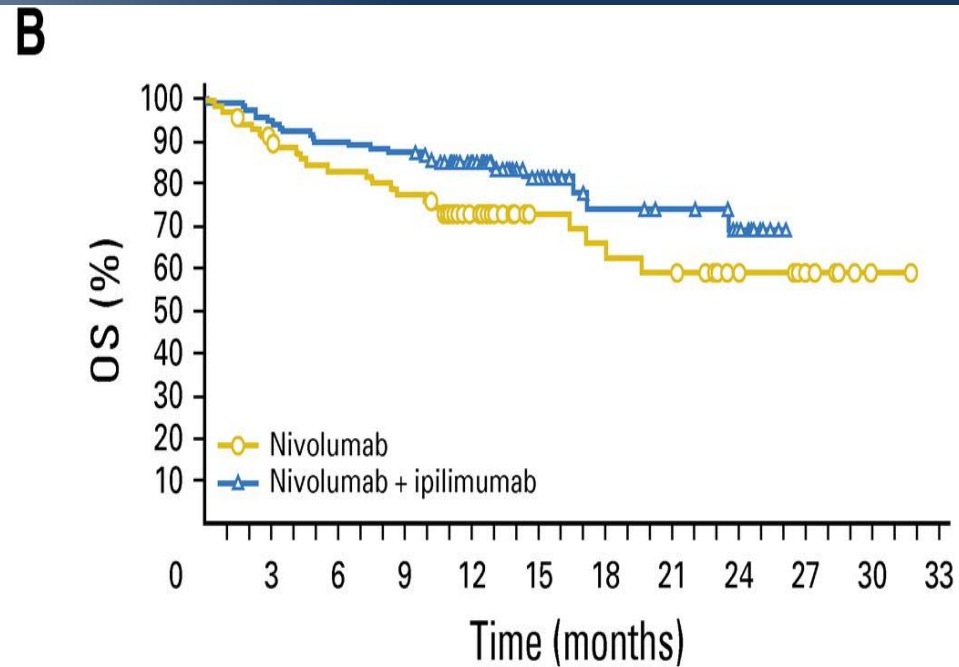
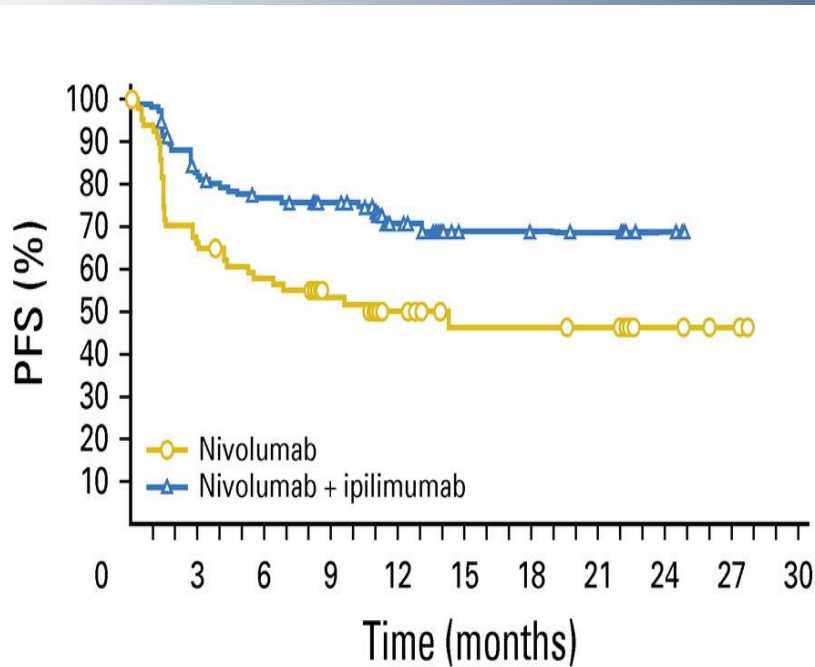
ORIGINAL REPORT

Durable Clinical Benefit With Nivolumab Plus Ipilimumab in DNA Mismatch Repair–Deficient/Microsatellite Instability–High Metastatic Colorectal Cancer

Michael J. Overman, Sara Lonardi, Ka Yeung Mark Wong, Heinz-Josef Lenz, Fabio Gelsomino, Massimo Aglietta, Michael A. Morse, Eric Van Cutsem, Ray McDermott, Andrew Hill, Michael B. Sawyer, Alain Hendlisz, Bart Neyns, Magali Svrcek, Rebecca A. Moss, Jean-Marie Ledoine, Z. Alexander Cao, Shital Kamble, Scott Kopetz, and Thierry André

J Clin Oncol 36. © 2018 by American Society of Clinical Oncology

mCRC failed of all professional treatments



No. at risk:

	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
Nivolumab	74	48	41	32	17	12	12	11	6	3	0
Nivolumab + ipilimumab	119	95	86	78	39	12	11	10	3	0	0

No. at risk:

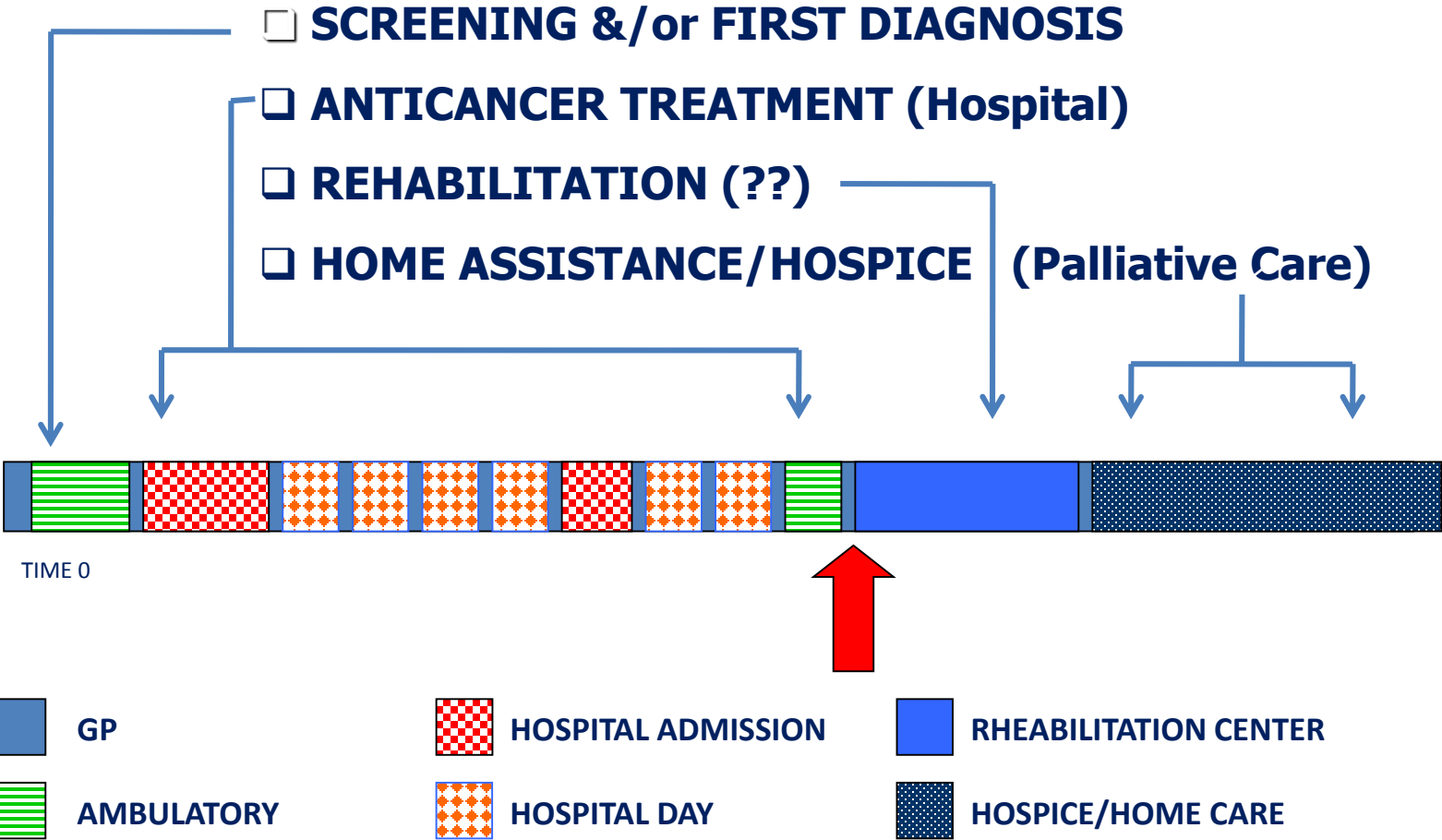
	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33
Nivolumab	74	64	59	55	37	21	19	17	11	6	1	0
Nivolumab + ipilimumab	119	113	107	104	78	33	19	17	11	0	0	0

Le nuove sfide

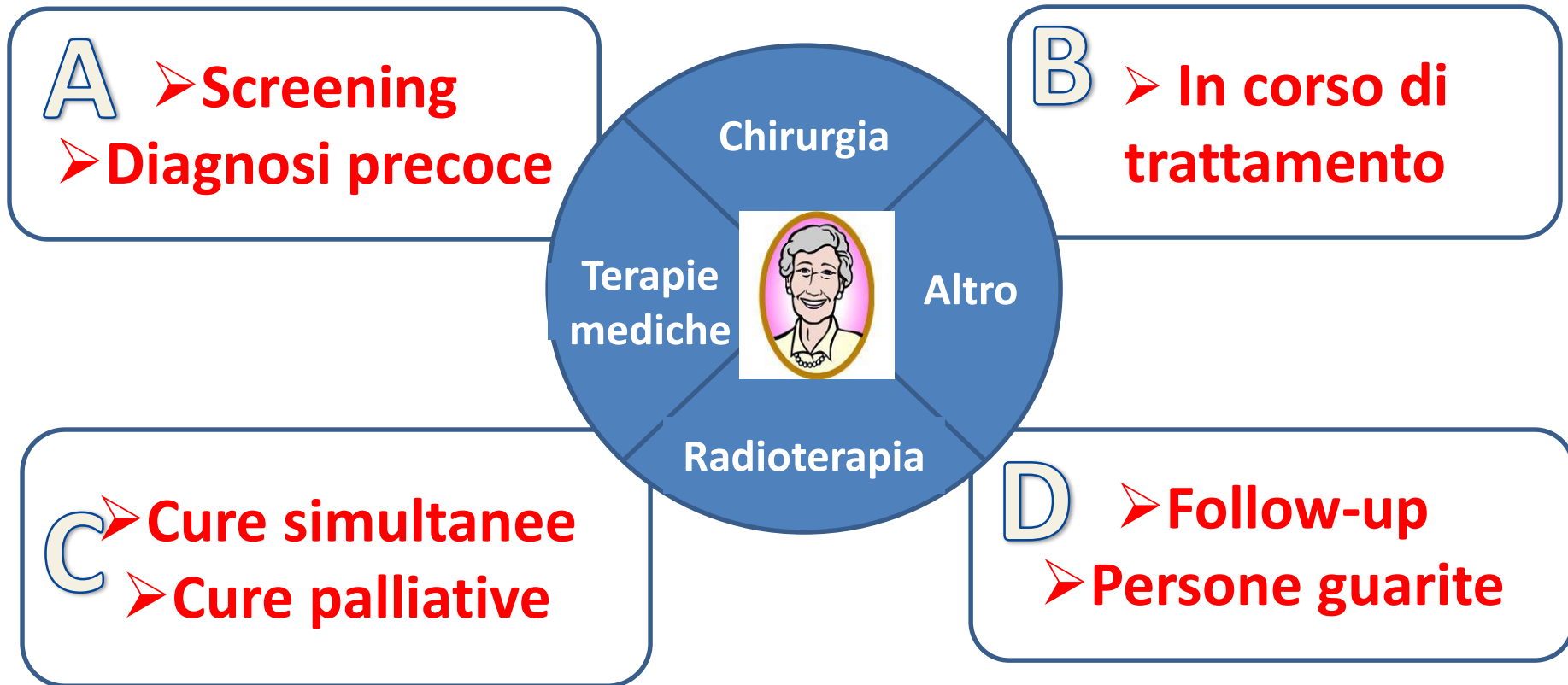
- **Trattamenti sempre più complessi e sofisticati**
- **Cronicizzazione della malattia**
- **Aumentano i bisogni dei malati**
- **Costi del percorso di cura esponenziali**
- **Prognosi più incerta**
- **Anziani sempre più numerosi**
- **Aumentano i soggetti “guariti” dal tumore**

Strategico ripensare all'organizzazione rispetto alle strutture, stakeholders e competenze necessarie, al fine di rispondere con efficacia a queste nuove sfide

Il mondo REALE: Il percorso diagnostico-terapeutico: spesso estenuante e frammentato

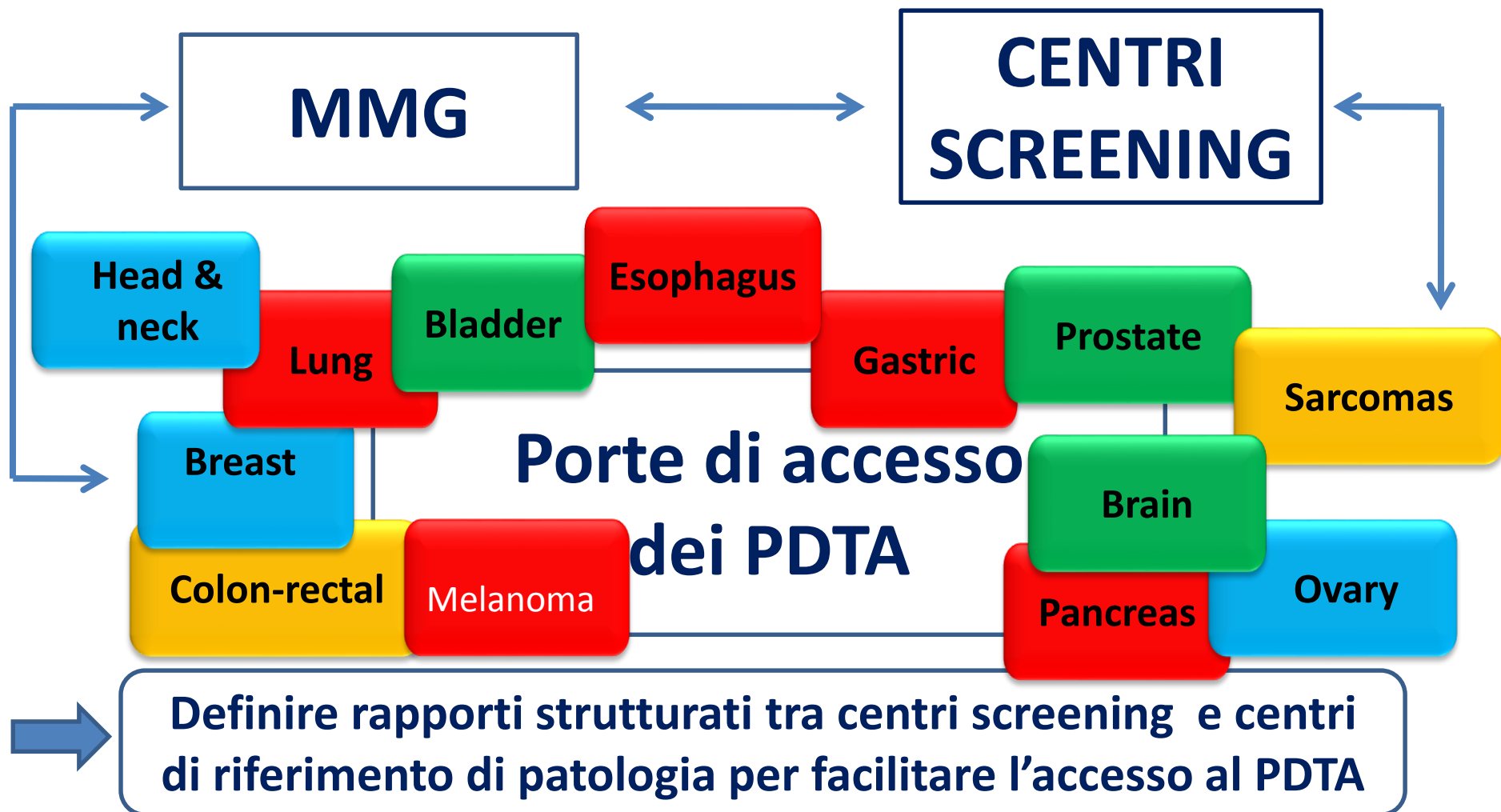


Gli snodi critici del percorso di cura



Quali possibili vantaggi se siamo in rete?

A. Screening e diagnosi precoce

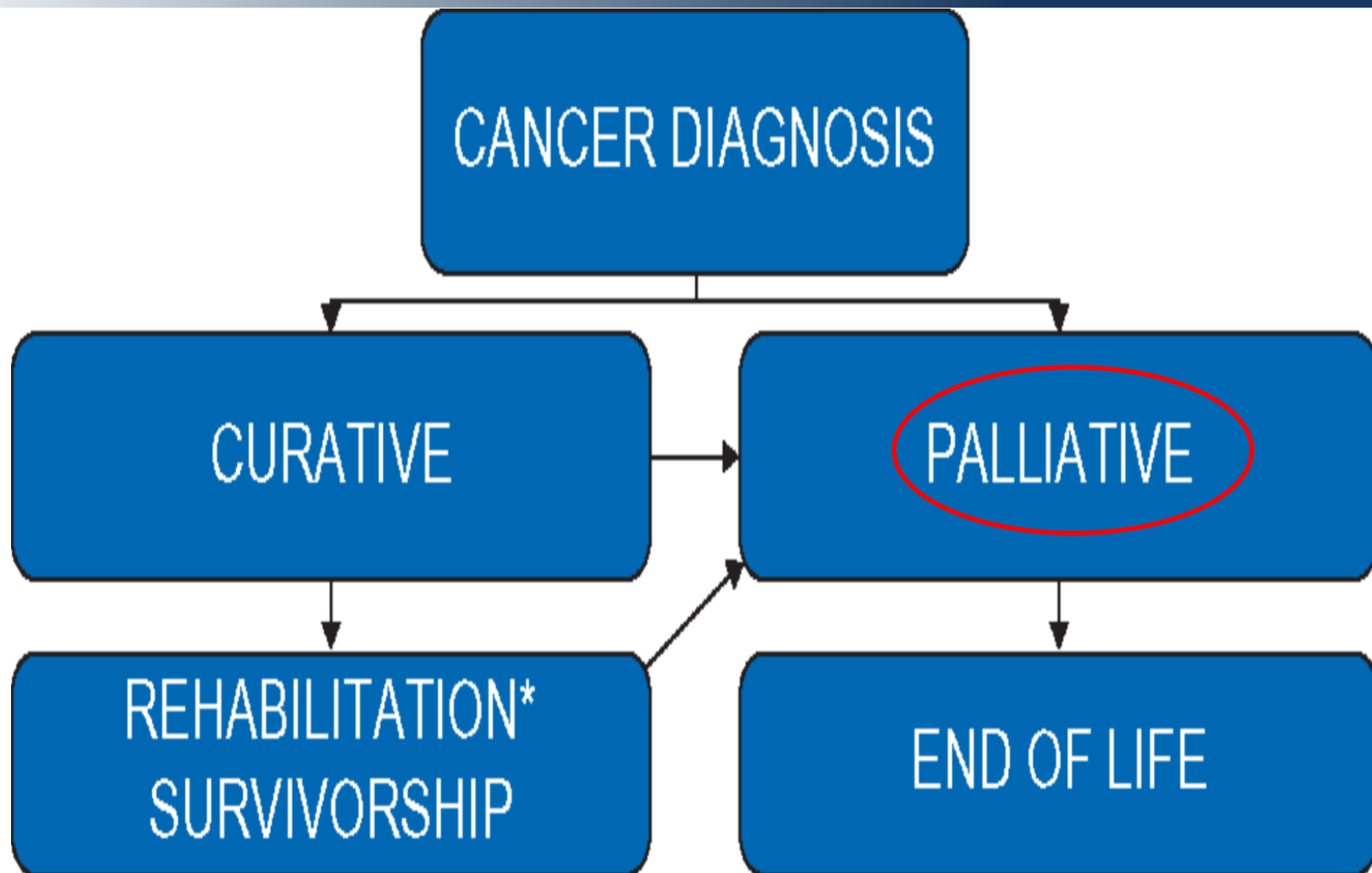


B. In corso di trattamento

- Invio relazione al MMG ad ogni visita oncologica per condividere l'evoluzione del trattamento e delle terapie
- Verificare eventuali tossicità inattese → segnalazione al centro
- Terapie di supporto e cure palliative primarie
- Sorveglianza familiarità

➔ **Cartella oncologica informatizzata/fascicolo sanitario**

C 1. Integrazione precoce delle cure palliative



I benefici delle cure palliative precoci

- **Migliora il controllo dei sintomi**
- **Migliora la qualità di vita e del fine vita**
- **Migliora lo stato di depressione dei pazienti e del caregiver**
- **Utilizzo più appropriato del setting di cura**
- **Riduce i costi**
- **Evita l'accanimento terapeutico**

Ambulatori Integrati

- **CURE SIMULTANEE:** per pazienti in fase di malattia metastatica con sintomi
- **OSTEOONCOLOGIA:** per pazienti con metastasi scheletriche
- **ONCOGERIATRIA:** per pazienti di età >70 anni con comorbidità



Definite le procedure di accesso con indicatori di processo e di esito

Cure simultanee (dal 2013)



- 2 ambulatori/sett. x paz. in dh/amb; 2 briefing /sett. x pazienti ricoverati.
- Oncologo, palliativista, nutrizionista, psicologo, case manager.
- Condivisione di strumenti x valutare distress, sintomi, consapevolezza malattia, supporto familiare.
- Attivazione dei servizi domiciliari sulla base dei bisogni, prognosi e presenza o meno di caregiver.
- Condivisione di procedure, PDTA, formazione



**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'équipe 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

C2. Cure palliative

➤ Assistenza domiciliare (nucleo cure palliative)

➤ Residenziale (Hospice)



- Tempestività della segnalazione
- Tempestività presa in carico del malato e della famiglia

D1. Follow-up “attivo”

Roma, 10-11 settembre 2015

DOCUMENTO DI CONSENSO

I presidenti delle Società Scientifiche e delle Associazioni dei Pazienti



D1. Pazienti in follow-up

- **Attuazione del progetto nazionale condiviso, e linee guida AIOM, in modo sistematico, almeno per i principali tipi di tumori**

- **Definizione di un PDTA ROV condiviso**

D2. Persone guarite dal tumore: dimensione del problema

In Italia 3,3 milioni di persone nel 2017 avevano una pregressa diagnosi di tumore: una persona ogni 20, di cui:

- il 60% di età superiore a 65 anni**
- il 45% di età superiore a 70 anni**
- il 64% ha avuto il cancro da oltre 5 anni**
- il 15% da oltre 20 anni**
- il 5% da oltre 30 anni**

Persone guarite dal tumore: sono davvero “guariti”?

Più del 75% dei soggetti manifestano:

- Bisogni informativi non corrisposti (30%)
- Deficit Funzionali
- Disturbi Psicologici
- Isolamento Sociale
- Problemi Esistenziali
- Problemi Economici-Lavoro

60%

Causa:
Tumore e/o Terapie

Rischio: Ricaduta - Altri tumori - Altre malattie

Persone guarite dal tumore

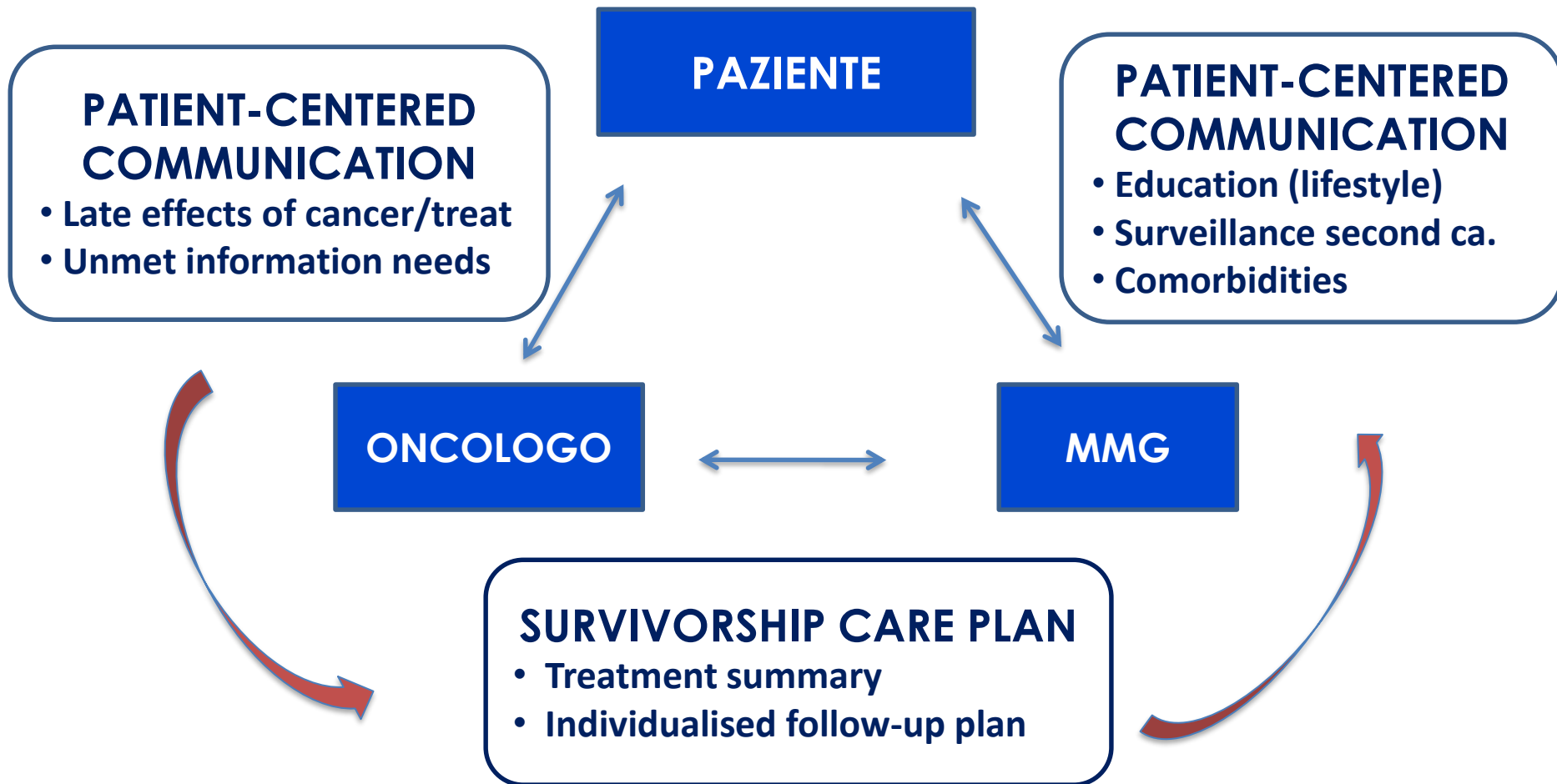
- In ITALIA non ci sono programmi omogenei di presa in carico nel territorio nazionale
- Non ci sono dati disponibili di sorveglianza e dei bisogni prevalenti di questi soggetti.

ONCOLOGO



MMG

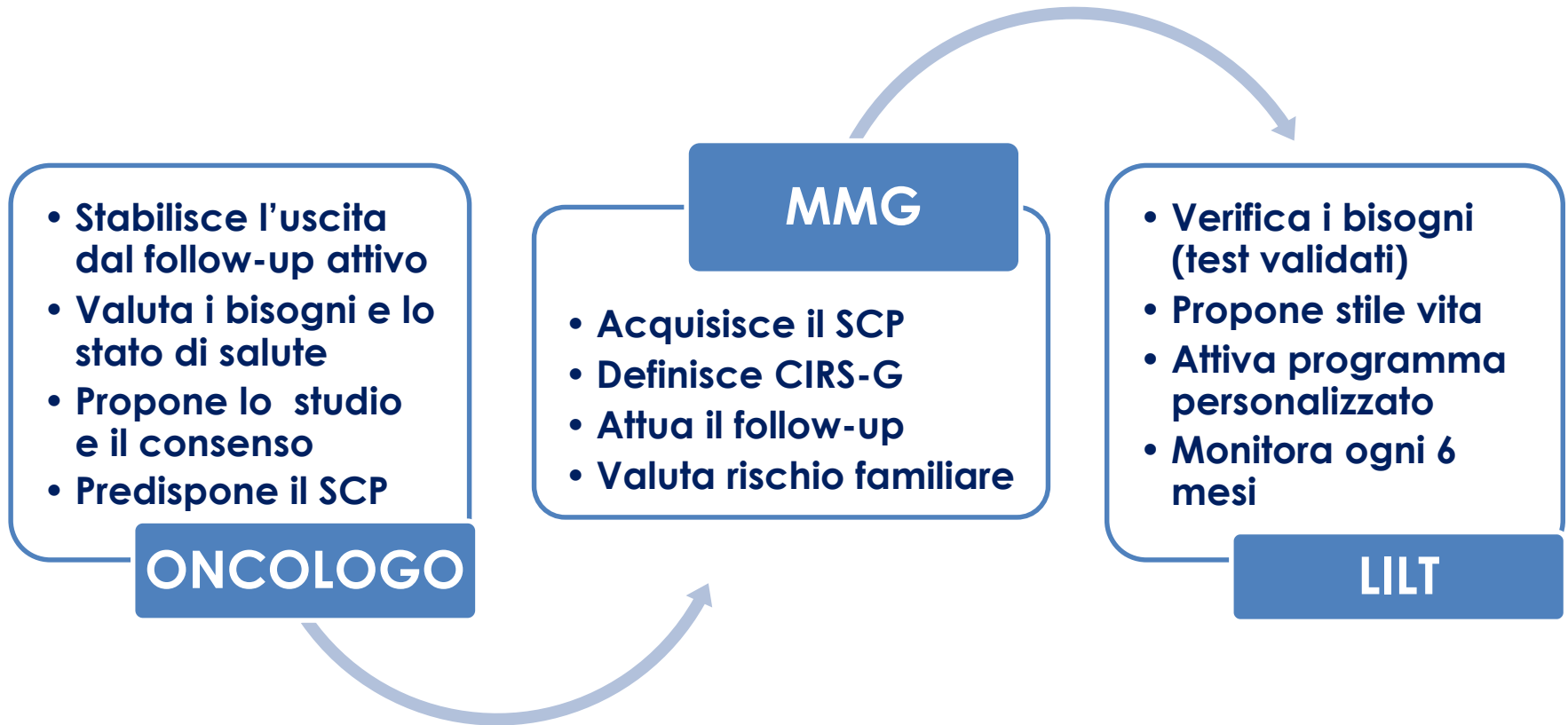
Formare gli oncologi e coordinare la presa in carico



LA CURA DELLA PERSONA GUARITA DAL TUMORE: riabilitazione, stile di vita e follow-up

Studio pilota prospettico non farmacologico

Presenza in carico e ambiti di competenza



Considerazioni conclusive

- Una **stretto coordinamento e condivisione del PDTA** tra territorio e ospedale è fondamentale per **garantire tempestività nella presa in carico, e ottenere i migliori risultati in sopravvivenza e qualità della vita**, in tutti i malati oncologici
- Tale **coordinamento** è richiesto dallo screening fino alla **guarigione/morte del paziente**
- E' necessario un **coordinamento strutturato** per superare gli snodi critici, **l'attuazione del DGR 553/2018**, e la definizione di un **PDTA per i pazienti in follow-up e di un PDTA per i soggetti guariti dal tumore.**

vittorina.zagonel@iov.veneto.it