



**IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
COME STRUMENTO PER INTERCETTARE
I FABBISOGNI TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI
DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO**

A cura di: Bruno Castagneto

Approvato dal Gruppo di Lavoro in Oncogeriatría:

Coordinatore: Renata Marinello

Partecipanti:

Serena Badellino, Alessandra Berardo, Claudio Luigi Bianchi,
Annarosa Sabrina Bucci, Angioletta Calorio, Bruno Castagneto, Anna Ferraris,
Gianfranco Fonte, Fabio Gaspari, Mauro Gottero, Sara Marchionatti,
Barbara Maero, Daniela Marenco, Renata Marinello, Germana Nino,
Maria Vittoria Oletti, Alessandra Pastorino, Elisabetta Ponte,
Carlo Alberto Raucci, Manuela Rebellato, Daniela Resta, Giuliana Ritorto,
Maria Marcella Rivolta, Fabrizia Russo,
Giuseppe Sgrò Anfosso, Roberto Vormola, Silvia Zai

INTRODUZIONE

Occorre evidenziare innanzitutto come per il paziente oncologico anziano la valutazione dello stato funzionale, utile per la decisione terapeutica più o meno conservativa, richiederebbe l'ausilio di numerosi test che vengono compresi nella cosiddetta VGM (Valutazione Geriatrica Multidimensionale) (1). Poiché tale valutazione, ancorché molto precisa ed esaustiva, richiede un notevole dispendio di tempo e di risorse, in ambito oncogeriatrico si sta valutando l'opportunità di prendere in considerazione l'utilizzo di test di screening brevi per una prima valutazione, in maniera tale da poter distinguere i pazienti anziani integri o "fit" da quelli meritevoli di ulteriore approfondimento mediante test più articolati.

Un'esperienza nella quale è stata adottata la VES 13 (Vulnerable Elderly Survey 13) ha evidenziato che tale test di screening breve, grazie al suo elevato valore predittivo negativo, è in grado di individuare i soggetti "fit" ai quali risparmiare una VGM più complessa ed impegnativa (2). Nell'ambito dei test di screening di rapida esecuzione il G8, così denominato in quanto consta di 8 items, rispetto alla VES 13, presenta il vantaggio di valutare la presenza di eventuali problematiche neuropsicologiche e lo stato nutrizionale (3) (4).

Tale strumento è compreso nei parametri di valutazione del MNA (Minimal Data Set) dell'ETF (Elderly Task Force) dell'EORTC insieme all'indice di comorbidità di Charlson, all'IADL (Instrumental Activity of Daily Living) ed alla descrizione dello stato sociale che definisce la situazione logistica del paziente, ossia se vive da solo, se vive da solo ma ha bisogno di assistenza, se vive in struttura protetta.

Il G8 ha il pregio di poter essere somministrato in meno di 5 minuti anche da personale paramedico.

MATERIALI E METODI

In virtù di tali premesse il GdL (Gruppo di Lavoro) della Rete Oncologica della Regione Piemonte e Valle D'Aosta propone di adottare il G8 per tutti i pazienti di età ≥ 75 anni per cui viene richiesta una visita oncologica al CAS (Centro Accoglienza Servizi).

L'accesso al CAS avverrebbe, come in tutti gli altri casi di pazienti "non anziani", ossia di età < 75 anni, tramite richiesta da parte del medico di medicina generale, o dello specialista ambulatoriale, o del medico di pronto soccorso, o del medico di reparto ospedaliero.

Il punto di snodo del percorso del paziente sarebbe proprio il CAS, nel cui ambito si somministrerebbe il G8.

L'esito del test può prevedere un punteggio variabile da 1 a 17 e si può ritenere che uno score > 14 possa deporre per una situazione di integrità, tale da definire il paziente "fit", mentre una condizione di vulnerabilità, ma in una situazione ancora da definire, ossia se "unfit" o "frail", sarebbe rappresentata da un punteggio ≤ 14 (5).

Le definizioni di paziente "fit", "unfit" e "frail" trovano preciso riscontro in linee guida sulla decisione terapeutica del paziente anziano con diagnosi di tumore (6), nei quali la distinzione fra "unfit" e "frail" viene formulata in base ad un approfondimento fornito dalla VGM.

Riassumendo, in base all'esito del G8 il successivo percorso si potrebbe articolare come segue:

- in caso di punteggio > 14, significativo di una condizione di integrità dal punto di vista funzionale, il paziente verrebbe inviato al GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) specifico per patologia d'organo dove le decisioni diagnostico-terapeutiche verrebbero discusse indipendentemente dall'età anagrafica;

- in caso di punteggio ≤ 14 , indicativo di vulnerabilità, il paziente verrebbe indirizzato all'ambulatorio di oncogeriatría nei presidi in cui esistesse un ambulatorio strutturato, oppure al geriatra territoriale di riferimento, laddove non fosse presente tale struttura, per una più precisa valutazione mediante VGM.

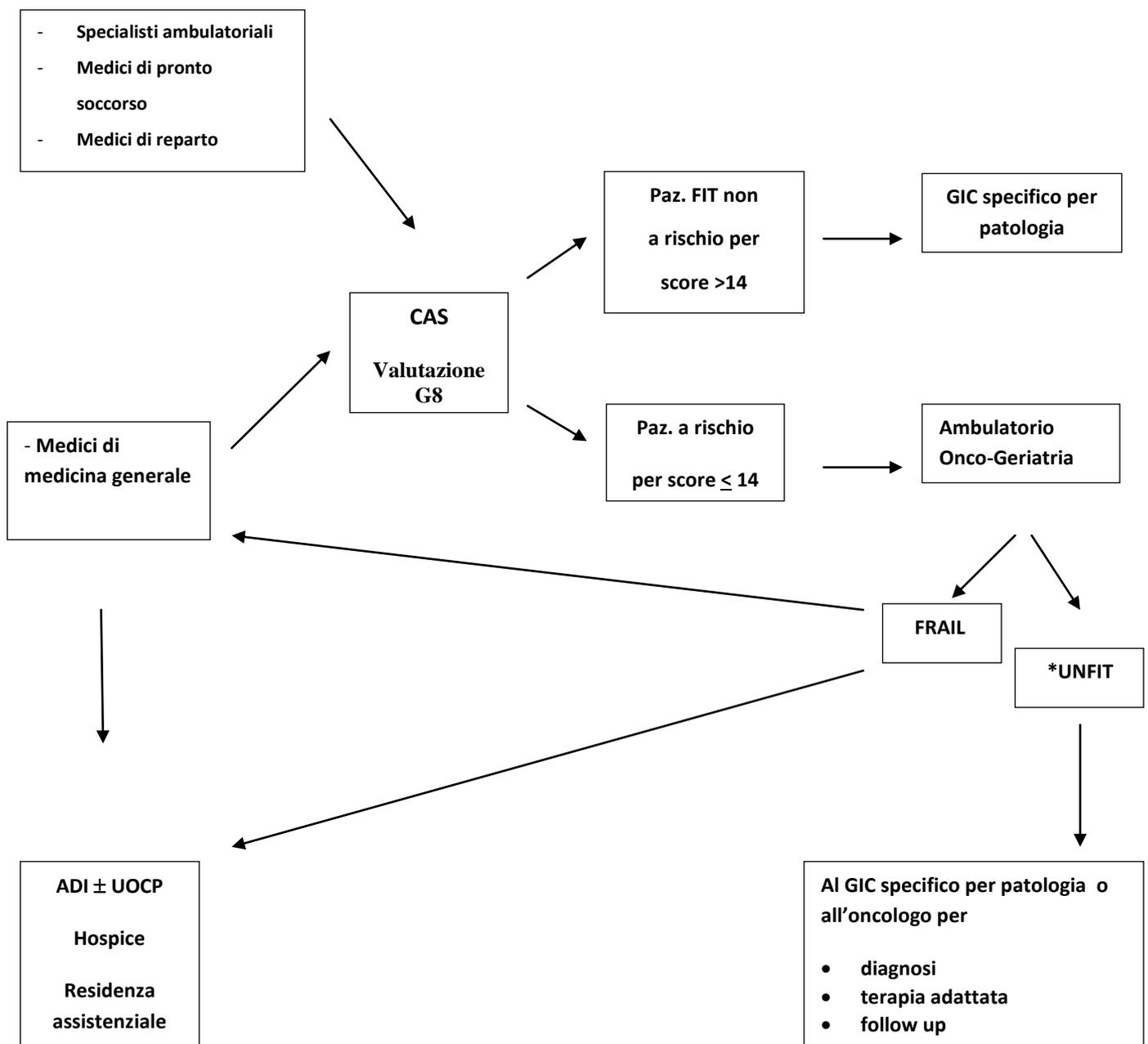
Tuttavia, occorre considerare che, poiché una quota non trascurabile di casi definiti "unfit" al test G8 risulta in realtà "fit" alla VGM, il Gruppo di Lavoro di Oncogeriatría della Rete Oncologica del Piemonte e Valle D'Aosta ha ritenuto utile che tale quota di pazienti ridefiniti "fit" in base alla VGM possa essere ricondotta al GIC specifico per patologia analogamente a quei pazienti definiti "fit" in prima istanza al G8.

Ove possibile in quanto presente un ambulatorio oncogeriatrico la VGM sarebbe effettuata tramite una valutazione congiunta oncologica e geriatrica.

La VGM avrebbe quindi lo scopo distinguere il paziente vulnerabile "unfit", ossia intermedio, dal "fragile" e di recuperare, eventualmente, quella quota di pazienti definiti "unfit", ma risultanti, in realtà, fit alla più esaustiva valutazione VGM.

Il successivo percorso del paziente sarebbe condizionato dalla sua appartenenza ad uno stato “unfit” o “frail”, in quanto il primo sarebbe indirizzato al GIC di specifica competenza o all’oncologo di riferimento per un eventuale trattamento modificato rispetto allo standard, mentre per i pazienti “frail” sarebbe previsto il passaggio alle cure di supporto del medico di famiglia e/o dei servizi di Cure Palliative, o la proposta di ricovero in Hospice o presso una struttura residenziale assistenziale.

Per meglio sintetizzare il percorso del paziente di età ≥ 75 anni con diagnosi di neoplasia, si propone il seguente algoritmo:



*** I pazienti definiti FIT dopo VGM vengono riferiti al GIC specifico per patologia analogamente a quelli definiti FIT al G8 in prima istanza.**

OBIETTIVI

Il progetto avrà l'obiettivo di valutare la capacità di intercettare i bisogni assistenziali della popolazione anziana con patologia oncologica, sia dal punto di vista delle terapie attive o della migliore terapia di supporto, sia dal punto di vista logistico.

A tale proposito è utile sottolineare che per i pazienti fragili, particolarmente in presenza di problematiche familiari assistenziali o senza alcun supporto familiare il percorso assistenziale, a seconda della situazione clinica, potrebbe prevedere la proposta di un accesso presso hospice o residenza assistenziale.

Per la raccolta dati e le successive valutazioni è stato previsto l'allestimento di un data base elettronico, al quale potranno accedere gli operatori che partecipano al progetto con specifiche ed individuali credenziali.

In termini di ricaduta pratica si ritiene che la raccolta dei dati emergenti da tale esperienza possa essere utile in futuro per un'ottimizzazione delle risorse per la gestione razionale del percorso assistenziale del paziente oncologico anziano.

Il fine ultimo in proiezione futura sarebbe quello di garantire l'approccio diagnostico terapeutico più appropriato senza negare ai pazienti integri funzionalmente le terapie standard.

Al contempo, considerando la specificità dei pazienti che, in relazione all'età ed alle comorbidità possono presentare una condizione di maggiore vulnerabilità, grazie all'adozione di un percorso diagnostico terapeutico così articolato, potrebbe essere assicurato ai pazienti "unfit" un trattamento modificato rispetto allo standard (ad esempio con schedule settimanali o terapie orali) evitando terapie incongrue in quanto eccessivamente tossiche.

Infine, grazie all'interazione con operatori sanitari coinvolti nell'affrontare particolari problematiche di tipo logistico assistenziale (ad esempio assistenti sociali e/o psico-oncologi), è possibile che si possa migliorare la capacità di intercettare i bisogni essenziali dei pazienti fragili facilitando l'accesso alle cure palliative, all'hospice oncologico o presso le strutture assistenziali residenziali.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Monfardini S, Balducci L. A., comprehensive geriatric assessment (CGA) is necessary for the study and the management of cancer in the elderly. Eur J Cancer 35(13):1771–2, 1999;
- 2) Castagneto B, Di Pietrantonio C, Stevani I, et al: The importance of negative predictive value (NPV) of Vulnerable Elderly Survey (VES 13) as a pre-screening test in older patients with cancer. Med Oncol 30(4):708, 2013;
- 3) Soubeyran P, Bellera CA, Gregoire F, et al: Validation of a screening test for elderly patients in oncology. J Clin Oncol 26 (suppl 20):abstr 20568, 2008;
- 4) http://www.siog.org/index.php?option=com_content&view=article&id=245&Itemid=160
- 5) Kenis C, Bron D, Lybert Y, et al: Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. Ann Oncol 24:1306-1312, 2013;
- 6) Linee Guida AIOM 2015: tumori dell'anziano.