

Modulo 007_RES - LOCANDINA
Revisione n. 4
Data di emissione: 26 marzo 2018
Approvato ed emesso in originale



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

Cure palliative

DATE

Ediz.1: 16 ottobre 2019

h. 10.30-11.30
Esperienza di simultaneous care (F. Garetto)

simultaneous

Early palliative
Continuous care
Proactive care
Cure Intermedie

« Simultaneous care » ... Un'esperienza

2001-2019

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.

ORIGINAL ARTICLE

CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helff, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper

AIOM

SICP

DOCUMENTO
DEL TAVOLO DI LAVORO AIOM-SICP

CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE

VOLUME 35 • NUMBER 8 • MARCH 10, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ORIGINAL

Effects of Early Integrated Palliative Care in Lung and GI Cancer: A Randomized Trial

Jennifer S. Temel, Joseph A. Greer, Areej El-Jawahri, William F. Pirl, Elizabeth Back, Mihir Kamdar, Juliet Jacobsen, Eva H. Chittenden, Simone P. Rivara, Zhisone Li, Alona Muzikansky, and David P. Ryan

ESMO

SPECIAL ARTICLE

European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care

K. Jordan^{1*}, M. Aapro², S. Kaasa^{3,4,5}, C. I. Ripamonti⁶, F. Scotté⁷, F. Strasser⁸, A. Young⁹, E. Bruera¹⁰, J. Herrstedt^{11,12}, D. Keefe¹³, B. Laird^{14,15}, D. Walsh¹⁶, J. Y. Douillard¹⁷ & A. Cervantes¹⁸

Lancet Oncology Commission

Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission

Stein Kaasa¹, Jon H Loge², Metti Aapro³, Tit Albrecht, Rebecca Anderson, Eduardo Bruera, Cinzia Brunelli, Augusto Caraceni, Andrés Cervantes, David C. Cunos, Luc Delens, Marie Fallon, Xavier Gómez-Batista, Kirsti S. Grotnan, Brijesh Hanson, Dagry F. Haugen, Irene J. Higginson, Marianne Hjermstad, David Hul, Karin Jordan, Geana P. Kuriita, Philip Larkin, Guido Mizzozzi, Friedemann Nauck, Rade Pribakovic, Gary Rodin, Per Sjogren, Patrick Stone, Camilla Zimmermann, Tonje Lundebj

Cure palliative: “i 4 requisiti”...

- **Patologia** inguaribile...
- ...in **fase avanzata** irreversibile
- Causa di **disabilità** (*Karnofsky <50*) **che evolverà** direttamente nel decesso in tempi brevi (*4 mesi*)
- **Necessità di supporto “ambientale”** a domicilio o in hospice a paziente e famiglia

...più o meno in quegli anni.... **Il “progetto FASE INTERMEDIA”**

Febbraio 2001: inserimento di un medico esperto in cure palliative per attività di “assistenza oncologica” nel DH di Oncologia medica

Giugno 2002: attivazione di un Ambulatorio di cure palliative settimanale inserito nell’attività di DH (“ambulatorio fase intermedia”)

Marzo 2003 “Progetto cure palliative: la fase intermedia di malattia”.(delibera n° 1358/581/10/03 del 29/10/2003) polo oncologico Torino EST

Febbraio 2004: Convenzione Presidio Sanitario “Gradenigo”-Fondazione F.A.R.O. onlus per l’assistenza ospedaliera nelle cure palliative dei malati oncologici

Gennaio 2007: “Progetto Protezione Famiglia” al Gradenigo

2015: “GITR – Protezione Famiglia”



...una necessità...

“presa in carico del paziente oncologico **in tutto il percorso di malattia**, in particolare nel delicato **passaggio** dalle cure attive alle cure palliative” = “***fase intermedia***”

Anche quando...

- *Karnofsky > 60,*
- *prognosi > 4 mesi,*
- *chemioterapia in atto...*

... MA «**BISOGNI DI CURE PALLIATIVE**» **presenti**

"La ' fase di passaggio': bisogni inespressi e necessita' di modelli organizzativi per una cura globale"

F.Garetto¹, A.Boglione², S.Chiadò Cutin², P.Bergnolo², O.Dal Canton², C.Oliva², A.Valle¹, A.Comandone²

¹Fondazione F.A.R.O. ONLUS, Torino

²Servizio di Oncologia Medica Ospedale Gradenigo, Torino

LA RIVISTA ITALIANA
DI CURE PALLIATIVE

Numero 1 primavera 2006 - www.sicp.it

Le cure palliative come "Simultaneous Care": tre anni di esperienza in un ospedale di Torino

F. Garetto¹, O. Dal Canton, S. Chiadò Cutin, P. Pochettino, A. Comandone
Divisione di Oncologia medica, Presidio ospedaliero "Gradenigo"-Torino

¹Fondazione F.A.R.O. onlus - Torino

e-mail: ferdinando.garetto@divisione.onc

LA RIVISTA ITALIANA
DI CURE PALLIATIVE

"Simultaneous care": lusso per pochi o modello riproducibile? Dalla collaborazione fra Ospedale e Onlus, lo sviluppo di un modello organizzativo centrato sul paziente

ca Seminara², Ilaria Lombardi²,
a Ingui², Lavinia Bianco³, Paola Porrino³,
ro Comandone³

Corrispondenza a:
Ferdinando Garetto
e-mail: ferdinando.garetto@gradenigo.it

2010 - www.sicp.it

Gradenigo", Torino

Tabella 7. Dati luglio 2005 – luglio 2009.

Pazienti presi in carico in ambulatorio cure palliative o in DH	344
Deceduti	312
Seguiti nel progetto fino al decesso	268 (85,9%)
Di cui:	
Deceduti in cure palliative	232 (86,6%)
• a domicilio	• 173 (64,6%)
• in hospice	• 59 (22,0%)
Deceduti in ospedale	36 (13,4%)

Tabella 8. Giornate di assistenza rispetto ai luoghi di cura (appropriatezza).

Giornate complessive di assistenza (domicilio)	7698 (m = 44,05)
Giornate complessive di assistenza (hospice)	1007 (m = 14,6)
Giornate di ricovero in ospedale in pazienti seguiti in cure palliative (durante l'assistenza)	229 (m = 0,9)

La riflessione degli oncologi

American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care

Thomas J. Smith, Sarah Temin, Erin R. Alavi, Amy P. Alvarado, Tracy A. Bellizzi, Ethan M. Besch, Betty K. Ferrell, Matt Lavallo, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Mark Somerfield, Ellen Stewart, and Jamie H. Von Roenn

Author affiliations appear at the end of this article.

A B S T R A C T

una cultura “europea”

OTHER RELEVANT CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

The European Society for Medical Oncology

The European Society for Medical Oncology (ESMO) stated in 2003²⁸ that “Since most cancer patients receive their cancer care in dedicated clinics or hospitals, it is imperative that these facilities provide an adequate supportive and palliative care infrastructure as part of the global service. Key tasks of supportive and palliative care provision in the cancer center include the screening of cancer patients to identify patients with specific needs, and the provision of realtime supportive and palliative care interventions as part of routine cancer care.”

II “caso Temel”

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

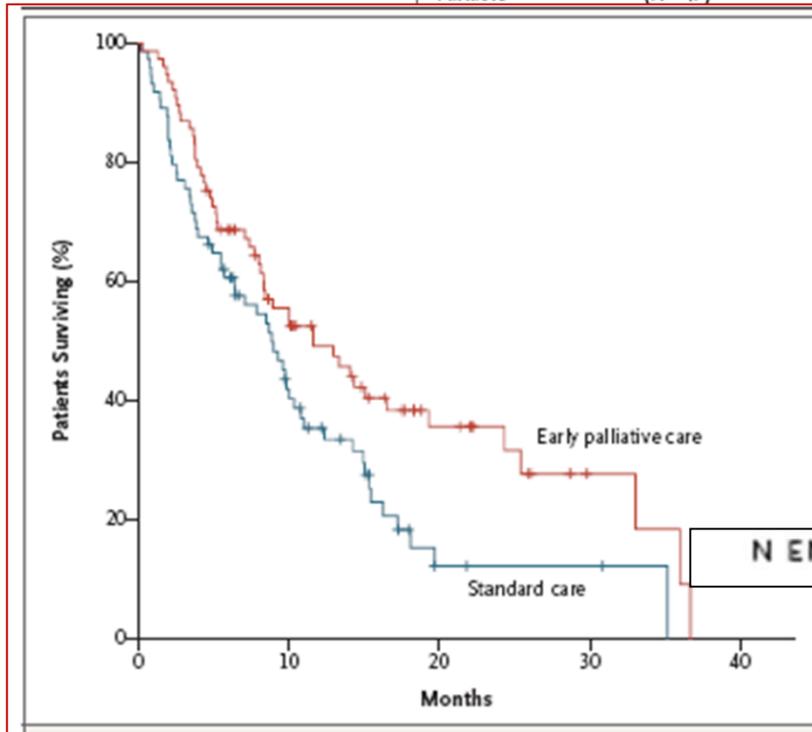
ORIGINAL ARTICLE

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.

Table 2. Bivariate Analyses of Quality-of-Life Outcomes at 12 Weeks.*

Variable	Standard Care (N = 47)	Early Palliative Care (N = 60)	Difference between Early Care and Standard Care (95% CI)	P Value†	Effect Size‡
	98.0±15.1	98.0±15.1	6.5 (0.5–12.4)	0.03	0.42
	21.0±3.9	21.0±3.9	1.7 (0.1–3.2)	0.04	0.41
	59.0±11.6	59.0±11.6	6.0 (1.5–10.4)	0.009	0.52



N ENGL J MED 363;8 NEJM.ORG AUGUST 19, 2010

I “DUBBI”...: “il passaggio alle cure palliative”



BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

- **Consapevolezza** dell'importanza del problema
- **Incertezze oggettive** sulla prognosi
- **Barriere del sistema** (tempo / ricerca)

Un approccio spesso “narrativo”

© 2010 by American Society of Clinical Oncology

Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer: Establishing Goals and Models of Care

[Eduardo Bruera](#) and [David Hui](#)

“La storia di TOM”

Tom, a 50-year-old man with metastatic pancreatic cancer, was referred by his phase I physician to our supportive care center for symptom management. He was initially diagnosed with pancreatic cancer involving the liver approximately 6 months before this visit.

- 50 anni
- Ca. pancreas + mts epatiche
- Diagnosi 6 mesi prima della visita di cure palliative

(fino a quel momento seguito dall'Oncologo)

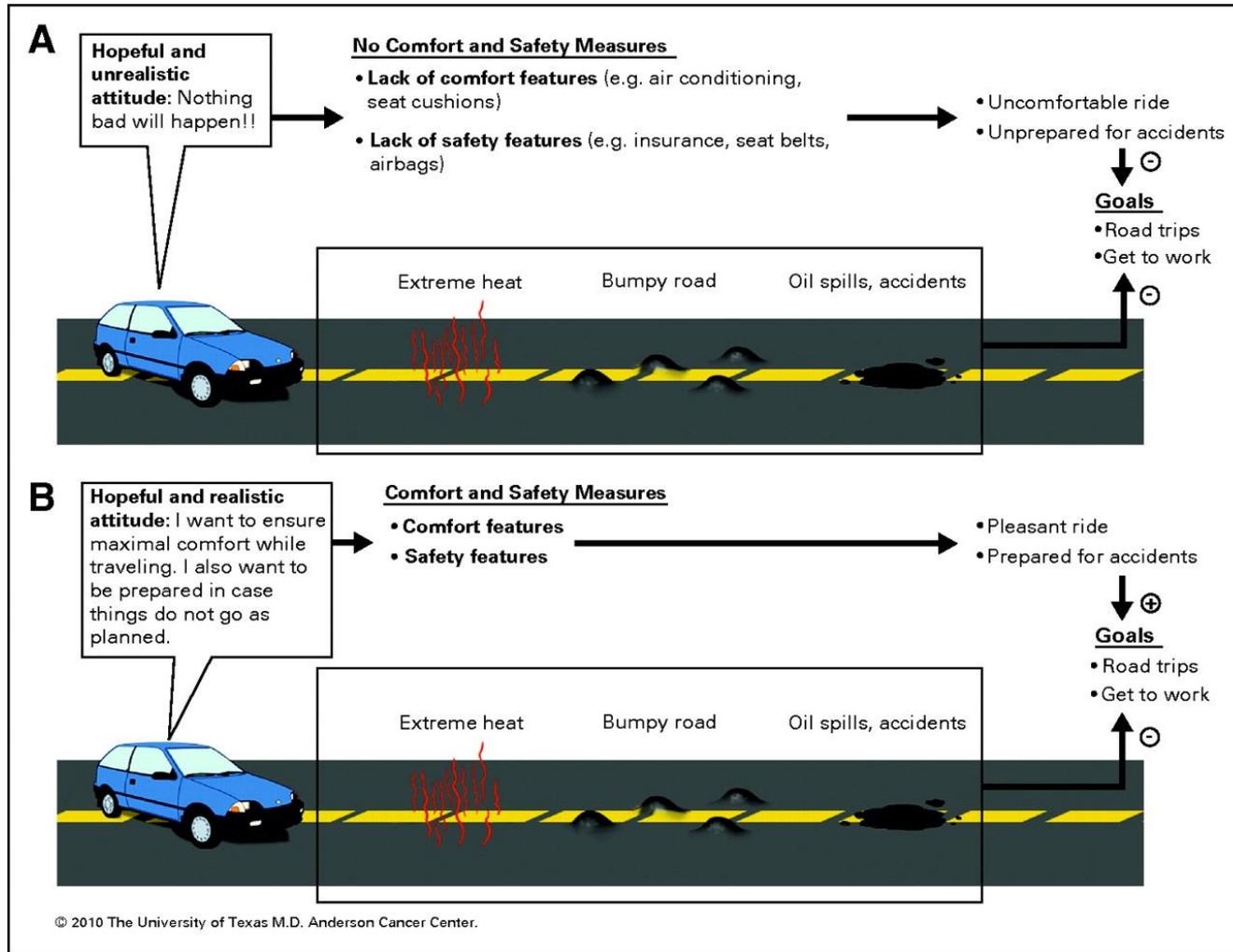
(ha praticato 3 linee di chemioterapia)

“La storia di TOM”

At the end of the visit, Tom said, “Oh, I wish I had seen you sooner. *Why wasn't I referred here earlier?*” Tom went home with hospice care and died 10 days later.

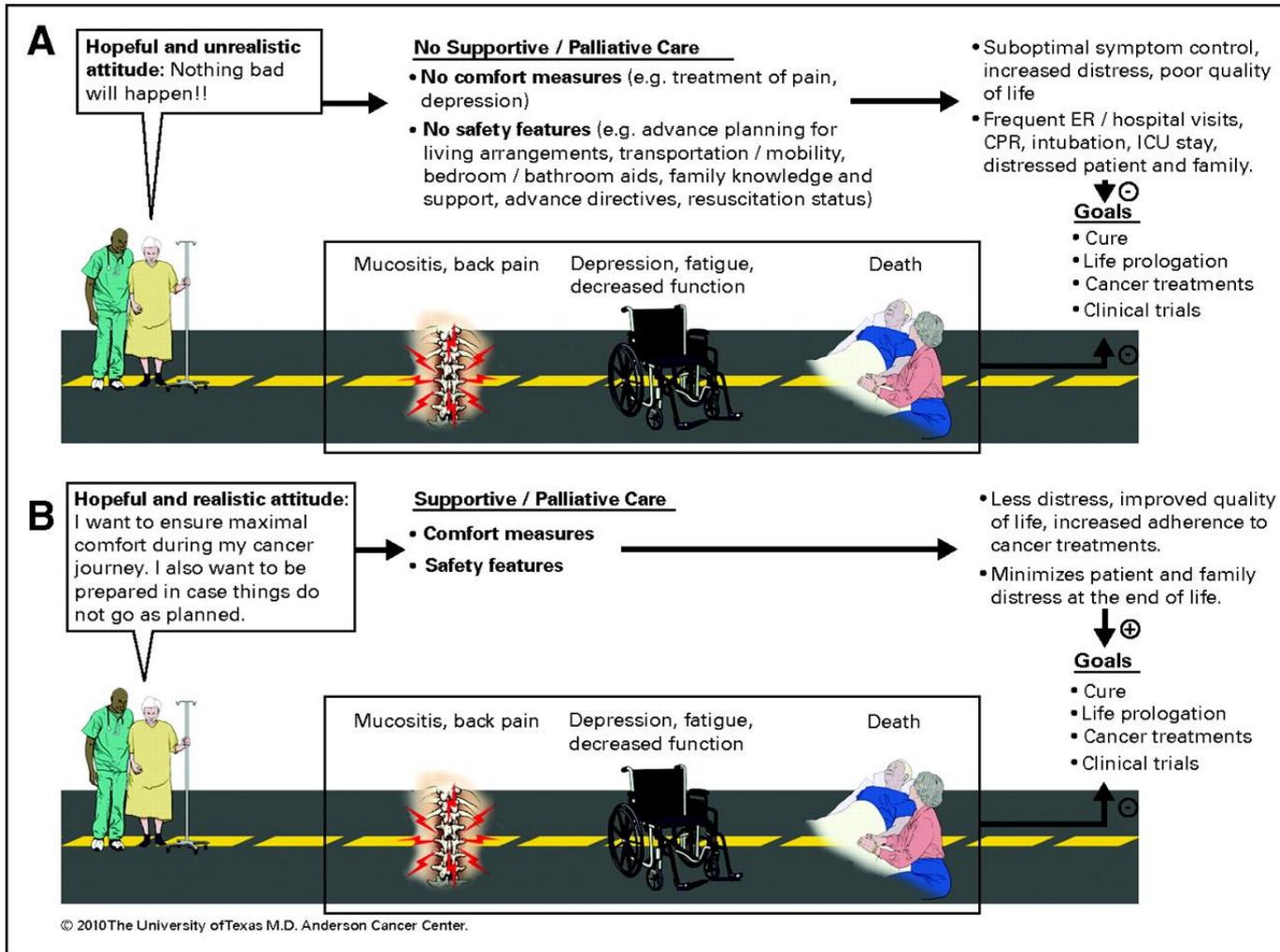
“...perchè non vi ho conosciuti prima?...”

The use of a car is an analogy for setting goals of care.



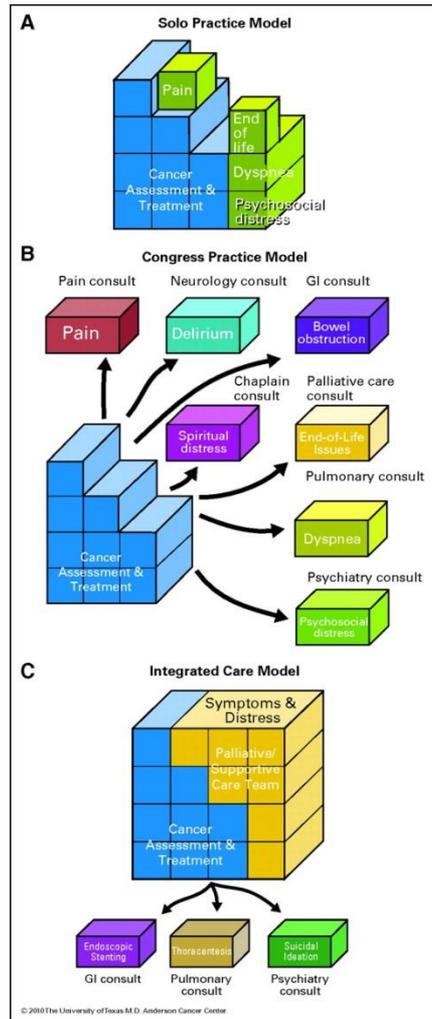
Bruera E , Hui D JCO 2010;28:4013-4017

(A) A hopeful and unrealistic patient focuses on cancer cure and life-prolongation measures, without paying attention to her symptoms and advance care needs.



Bruera E , Hui D JCO 2010;28:4013-4017

Conceptual model for integration of palliative and supportive care in oncology.



Bruera E , Hui D JCO 2010;28:4013-4017

La riflessione dei palliativisti

Global Atlas of Palliative Care at the End of Life



January 2014

Chapter 5



What are the existing models of palliative care development in different resource settings?

“Go around and see what is being done and then see how your own circumstances can produce another version; there is need for diversity in this field.”

Dame Cicely Saunders, Founder
St. Christopher's Hospice

(“un’idea” ... la necessità della “diversità”)

“infinite diversità individuali”

Because our commitment is to infinitely diverse individuals we have had to learn flexibility and openness, the importance of listening and silence before - often instead of - any words at all.

Because we have been concerned **with people whose malignant or neurological disease or whose age and frailty** has taken away much of the ordinary activities and trappings of life, it has been easier for us to recognize the essential person within.

*La sfida delle **FRAGILITA'***

There are many elements in the new pattern.

The advances in **clinical pharmacology** of the **1950's**, a whole **new range of psycho tropic drugs** (the tranquillizers and the anti depressants) **new analgesics, the steroids**, these and other tools were waiting to be understood and used. Alongside these came improved **palliative radiotherapy**, the development of **anti-cancer chemotherapy** and the **techniques of the new Pain Clinics** in blocking individual pain pathways.

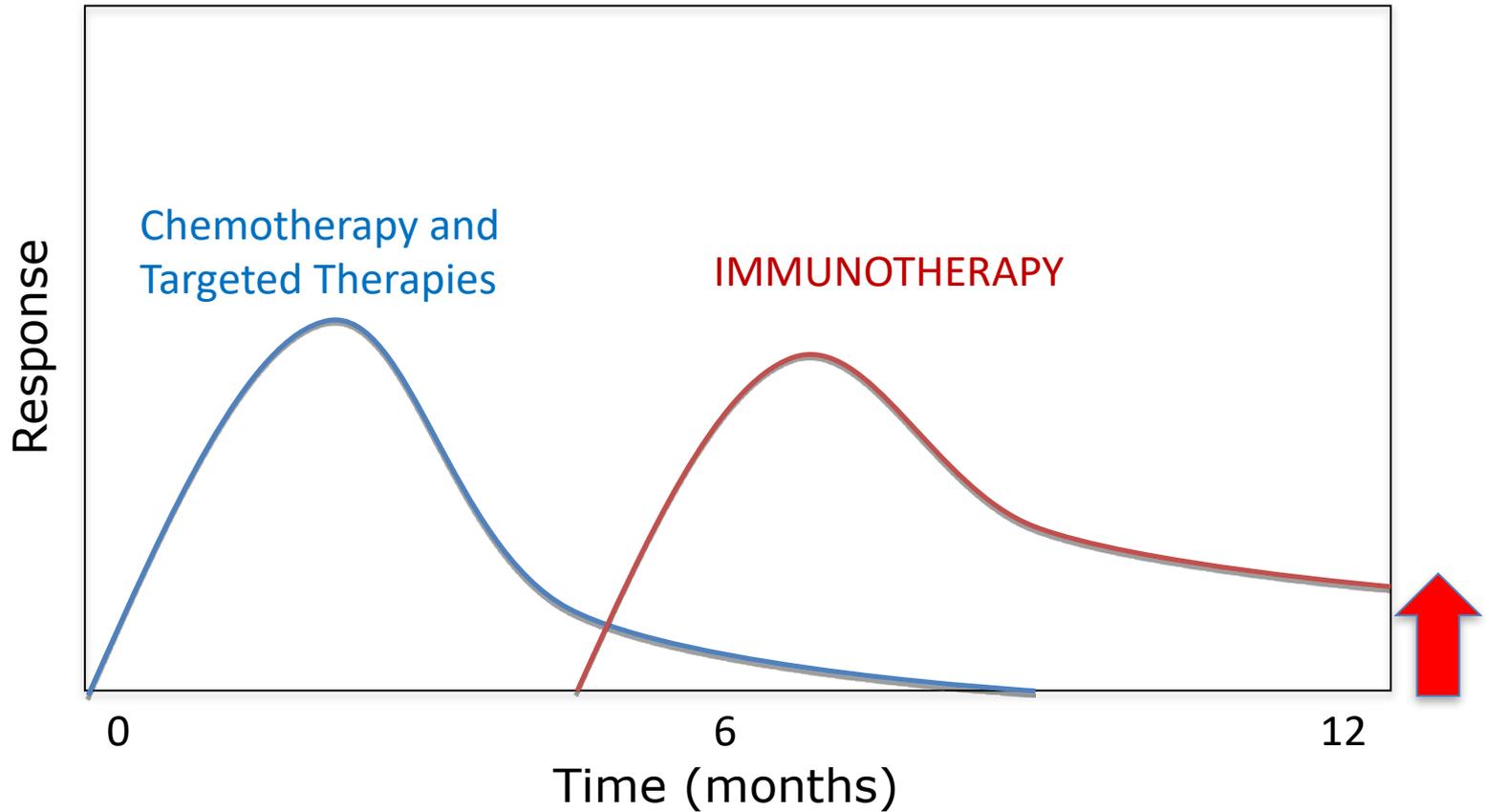
There are many elements in the new pattern.

A growing number of St. Joseph's patients showed remarkable improvements and some were sent back to their general hospitals for further treatment. **Others returned to their homes, often to live far longer than expected.** But adequate follow up was not easy.

Una rivoluzione «immunologica»?



Chemotherapy/ Targeted Agents and Immuno-therapy Differ in Action and Outcome



Nella storia del paziente...

la sopravvivenza aumenta

a volte di moltissimo = GIST;

a volte di molto: mts epatiche di colon, carcinoma, rene, qualche polmone, ma anche melanomi...;

a volte di pochissimo: pancreas, gastrico, polmone in genere...

Nella storia del paziente...

non è detto che la QdV peggiori (a volte migliora!)

F.A. Sheperd; P.A. Bunn Jr; L. Paz-Ares "Lung Cancer in 2013: State of the Art Therapy for Metastatic Disease" 339-346, 2013 ASCO EDUCATIONAL BOOK /asco.org/edbook

Nella storia del paziente...

cambiano i **criteri di valutazione** della
progressione di malattia

(“progressione sintomatica”)

Nei modelli organizzativi...

Si aprono nuove prospettive...

(esempi:

- Capecitabina in hospice?
- Imatinib per il controllo di alcuni sintomi nonostante la progressione in altre sedi?
- Integrazione Target Therapy / RT/ CP?

Nei modelli organizzativi...

...e (nuovi) interrogativi

Rischiamo l'accanimento terapeutico?

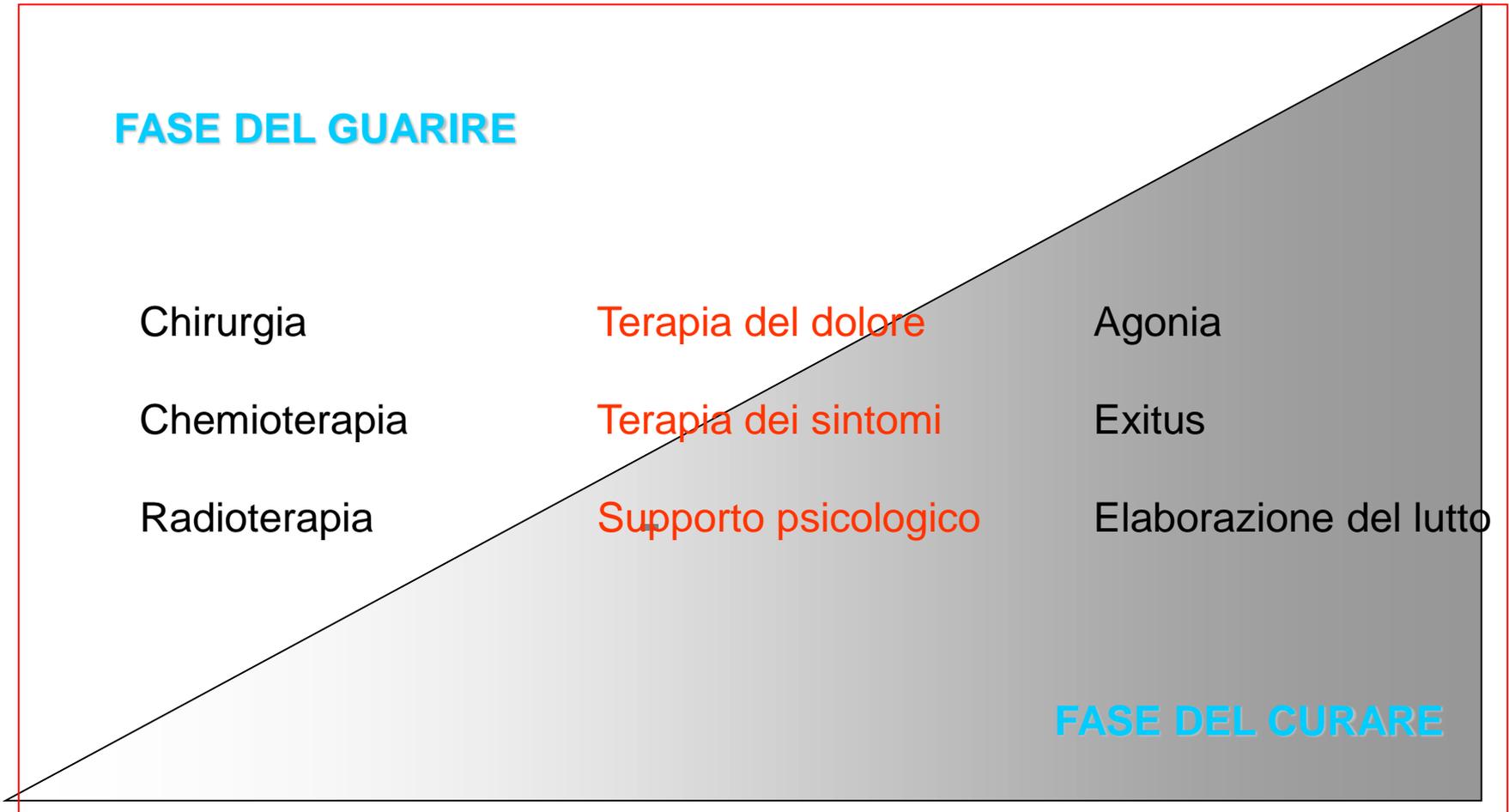
Rischiamo la medicalizzazione a oltranza della fase avanzata?

“Escamotage” (un po' costoso...) per fuggire le domande “vere”?

Sostenibilità economica?

Un sogno...?

(Oxford Palliative Textbook '93)



Accreditamento ESMO 2013-2016



ESMO

Designated Centers
of Integrated
Oncology and
Palliative Care

Classifying the invisible: Building a taxonomy of integrated palliative care initiatives

Posted on [June 10, 2015](#) by [pallcare](#)

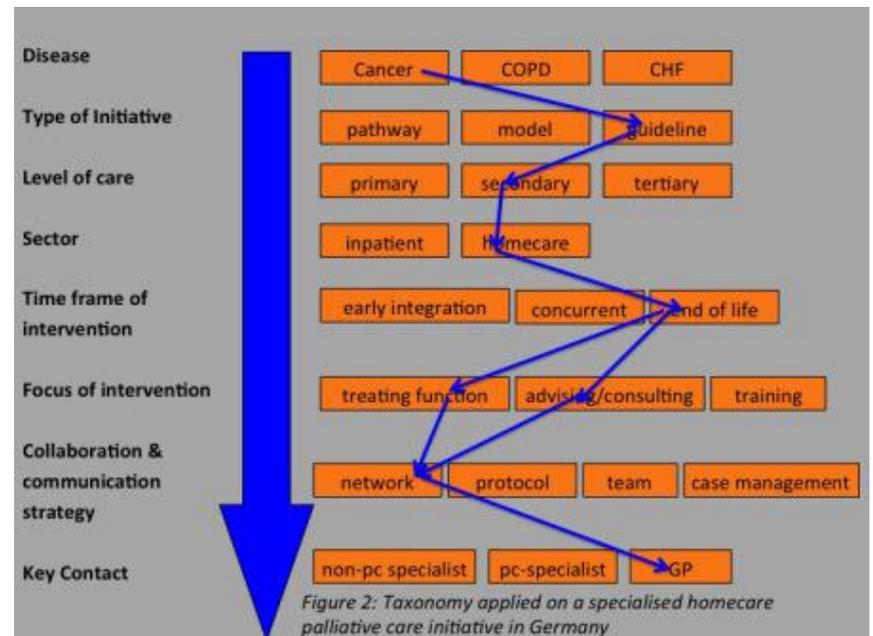
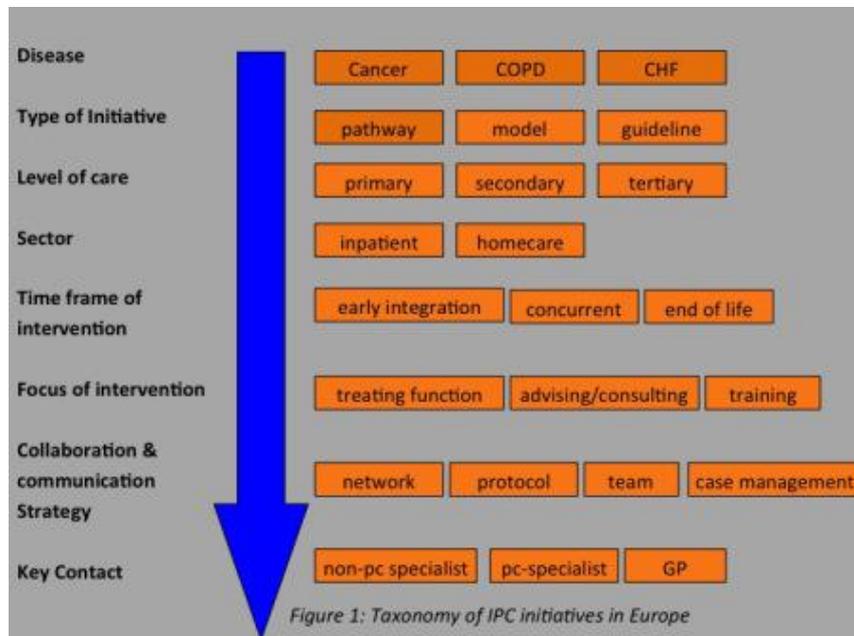
Dr Benjamin Ewert, Research Assistant, University Hospital Bonn, Germany



Classifying the invisible: Building a taxonomy of integrated palliative care initiatives

Posted on [June 10, 2015](#) by [pallcare](#)

Dr Benjamin Ewert, Research Assistant, University Hospital Bonn, Germany



Classifying the invisible: Building a taxonomy of integrated palliative care initiatives

Posted on [June 10, 2015](#) by [pallcare](#)

Dr Benjamin Ewert, Research Assistant, University Hospital Bonn, Germany

•“I don’t have to repeat my patient history all over again.”

•“*Services are available just in time,*”

•or “They [professional caregivers] were already informed,”

are typical answers from patients acknowledging that different IPC caregivers adapt, apparently smoothly, to their physical and spiritual needs.

•*Thus, integrated care – a term that is not used by patients and their relatives – saves patients from worrying about the organisation and appropriate tailoring of services.*

•In short: Most of them feel, as one patient put it, “comfortable and well cared for”.

This is good news.

CONTINUITA’

TEMPESTIVITA’

PASSAGGIO DI CONSEGNE

NO “CATENA DI MONTAGGIO”

SENSAZIONE DI “SENTIRSI BENE”



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Early palliative care for adults with advanced cancer (Review)

Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M

Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life

Marco Maltoni ^a, Emanuela Scarpi ^{b,*}, Monia Dall'Agata ^b, Stefania Schiavon ^c, Claudia Biasini ^d, Carla Codecà ^e, Chiara Maria Brogna ^f, Elisabetta Sansoni ^a, Roberto Bortolussi ^g, Ferdinando Garetto ^h, Luisa Fioretto ⁱ, Maria Teresa Cattaneo ^j, Alice Giacobino ^k, Massimo Luzzani ^l, Giovanna Luchena ^m, Sara Alquati ⁿ, Silvia Quadrini ^o, Vittorina Zagonel ^p, Luigi Cavanna ^d, Daris Ferrari ^c, Paolo Pedrazzoli ^f, Giovanni Luca Frassinetti ^q, Antonella Galiano ^p, Andrea Casadei Gardini ^q, Manlio Monti ^q, Oriana Nanni ^b on behalf of Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG)

Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial

Marco Maltoni ^a, Emanuela Scarpi ^{b,*}, Monia Dall'Agata ^b, Vittorina Zagonel ^c, Raffaella Bertè ^d, Daris Ferrari ^e, Chiara Maria Brogna ^f, Roberto Bortolussi ^g, Leonardo Trentin ^h, Martina Valgiusti ⁱ, Sara Pini ⁱ, Alberto Farolfi ⁱ, Andrea Casadei Gardini ⁱ, Oriana Nanni ^b, Dino Amadori ⁱ on behalf of Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG)

Original Research

Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life

Marco Maltoni ^a, Emanuela Scarpi ^{b,*}, Monia Dall'Agata ^b, Stefania Schiavon ^c, Claudia Biasini ^d, Carla Codecà ^e, Chiara Maria Brogna ^f, Elisabetta Sansoni ^a, Roberto Bortolussi ^g, Ferdinando Garetto ^h, Luisa Fioretto ⁱ, Maria Teresa Cattaneo ^j, Alice Giacobino ^k, Massimo Luzzani ^l, Sara Alquati ⁿ, Silvia Quadrini ^o, Vittorina Zagonel ^c, Daris Ferrari ^e, Paolo Pedrazzoli ^f, Antonella Galiano ^p, Andrea Casadei Gardini ⁱ, Oriana Nanni ^b on behalf of Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG)

European Journal of Cancer 65 (2016) 61–68

Original Research

Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial

Marco Maltoni ^a, Emanuela Scarpi ^{b,*}, Monia Dall'Agata ^b, Vittorina Zagonel ^c, Raffaella Bertè ^d, Daris Ferrari ^e, Chiara Maria Brogna ^f, Roberto Bortolussi ^g, Leonardo Trentin ^h, Martina Valgiusti ⁱ, Sara Pini ⁱ, Alberto Farolfi ⁱ, Andrea Casadei Gardini ⁱ, Oriana Nanni ^b, Dino Amadori ⁱ on behalf of Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG)

ORIGINAL ARTICLE



Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: a randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes

Emanuela Scarpi ¹ · Monia Dall'Agata ¹ · Vittorina Zagonel ² · Teresa Gamucci ³ · Raffaella Bertè ⁴ · Elisabetta Sansoni ⁵ · Elena Amaducci ⁶ · Chiara Maria Brogna ⁷ · Sara Alquati ⁸ · Ferdinando Garetto ⁹ · Stefania Schiavon ² · Silvia Quadrini ³ · Elena Orlandi ¹⁰ · Andrea Casadei Gardini ¹¹ · Silvia Ruscelli ¹¹ · Daris Ferrari ¹² · Maria Simona Pino ¹³ · Roberto Bortolussi ¹⁴ · Federica Negri ¹⁵ · Silvia Stragliotto ² · Filomena Narducci ³ · Martina Valgiusti ¹¹ · Alberto Farolfi ¹¹ · Oriana Nanni ¹ · Romina Rossi ⁵ · Marco Maltoni ⁵ · on behalf of the Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG)

...perchè un servizio «specialistico»?

Interrogativi:

- Migliorano davvero la sopravvivenza?
(oltre a qualità di vita, supporto alla famiglia, miglioramento degli outcome)
- C'è differenza fra «consulenze» e «simultanee»?
- Come interpretare i risultati degli studi?
si fa (troppo) presto a dire «SIMULTANEE»...?

...Simultanee?

TEMPO

....PRESENZA

.....CONTINUITA'

.....**QUOTIDIANAMENTE**

.....condivisione **VISIBILE**

...concretamente...

End-points principali (che cosa valutare):

- Miglioramento della qualità di vita durante la chemioterapia
- Riduzione accessi in PS in tutto il periodo
- Riduzione giorni di ricovero nell'ultimo mese
- Riduzione dei cicli di chemioterapia nell'ultimo mese (sospensione tempestiva)
- Decesso in setting cure palliative (domicilio oppure hospice) vs decesso in Ospedale
- Aumento dei giorni in setting cure palliative (domicilio oppure hospice): attivazione tempestiva
- Soddisfazione dei familiari (qualità percepita – prevenzione del lutto patologico)

A5 Ambulatory Palliative Care Guidelines (Temel JS et al. NEJM 2010; Supplemental Table 1)

Baseline (T0) T1 (T0 + 12 weeks) Other visit Data _____

Illness understanding/education ...COLLOQUIO... «fare il punto»...	
Inquire about illness and prognostic understanding	<input type="checkbox"/>
Offer clarification of treatment goals	<input type="checkbox"/>
Symptom management – Inquire about uncontrolled symptoms with a focus on:	
Pain	
Pulmonary symptoms (cough, dyspnea)	...SINTOMI... <input type="checkbox"/>
Fatigue and sleep disturbance	(fisici e psicologici) <input type="checkbox"/>
Mood (depression and anxiety)	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal (anorexia and weight loss, nausea and vomiting, constipation)	<input type="checkbox"/>
Decision-making	
Inquire about mode of decision-making	...VALUTAZIONE... <input type="checkbox"/>
Assist with treatment decision-making, if necessary	interventi CONDIVISI <input type="checkbox"/>
Coping with life threatening illness	
Patient	...PAZIENTE e FAMIGLIA... <input type="checkbox"/>
Family/family caregivers	...i dubbi ... le scelte... <input type="checkbox"/>
Referrals/Prescriptions	
Identify care plan for future appointments	...PROGRAMMA, <input type="checkbox"/>
Indicate referrals to other care providers	<input type="checkbox"/>
Note new medications prescribed	pianificazione, prescrizioni... <input type="checkbox"/>

La visita di cure palliative

...il «tempo della cura»

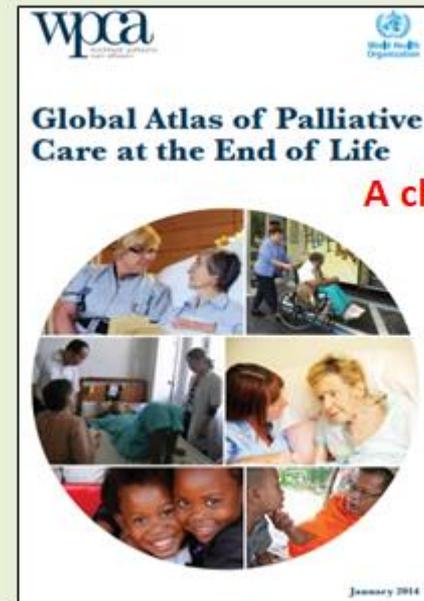
Durata complessiva della visita? (minuti totali) 45 MINUTI

Verso gli anni'20...

Una novità?

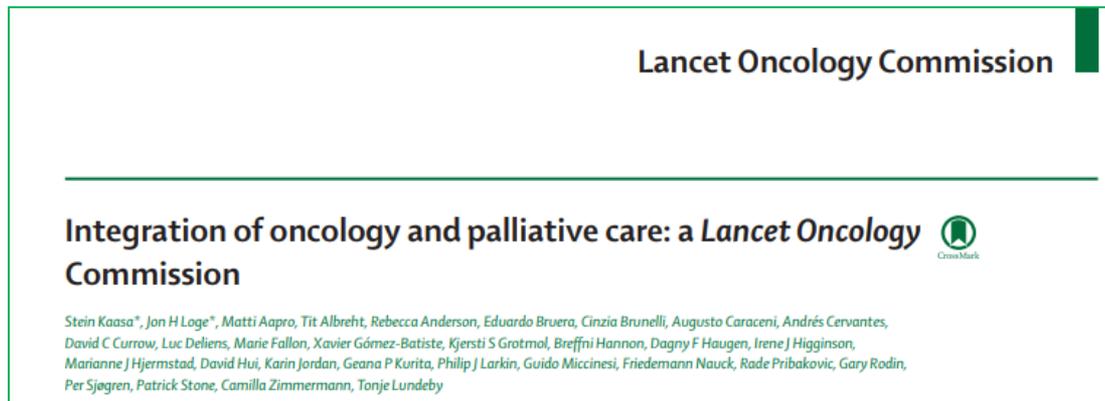


(1988)



A che punto siamo?

...verso una definizione condivisa...



Tre livelli

- Cure palliative primarie (o «di base»)
- Cure palliative simultanee
- Cure palliative specialistiche

Integration of oncology and palliative care: a *Lancet Oncology* Commission



Stein Kaasa, Jon H Loge*, Matti Aapro, Tit Albreht, Rebecca Anderson, Eduardo Bruera, Cinzia Brunelli, Augusto Caraceni, Andrés Cervantes, David C Currow, Luc Deliens, Marie Fallon, Xavier Gómez-Batiste, Kjersti S Grotmol, Breffni Hannon, Dagny F Haugen, Irene J Higginson, Marianne J Hjermstad, David Hui, Karin Jordan, Geana P Kurita, Philip J Larkin, Guido Miccinesi, Friedemann Nauck, Rade Pribakovic, Gary Rodin, Per Sjøgren, Patrick Stone, Camilla Zimmermann, Tonje Lundebø*

Models of integration of oncology and palliative care

David Hui, Eduardo Bruera

Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, MD Anderson Cancer Center, Houston, USA

Correspondence to: David Hui, MD, MSc. Department of Palliative Care & Rehabilitation Medicine Unit 1414, University of Texas MD Anderson Cancer Center, 1515 Holcombe Boulevard, Houston, TX 77030, USA. Email: dhui@mdanderson.org.

Objective: Palliative care aims to improve cancer patients' quality of life through expert symptom management, psychosocial and spiritual care, patient-clinician communication, facilitation of complex decision making, and end-of-life care planning. Over the past few years, there has been increasing interest and evidence to support integration of oncology and palliative care. However, it remains unclear how best to promote integration. The goal of this review is to examine contemporary conceptual models and clinical approaches to integrate oncology and palliative care.

Methods: Narrative review.

Results: Conceptual models are useful to help stakeholders understand the rationale for integration, to compare the risks and benefits among different practices, and to define a vision towards integration. We will review four major conceptual models of integration, including (I) the time-based model which emphasizes on integration based on chronological criterion; (II) the provider-based (palli-centric) model which discusses primary, secondary and tertiary palliative care; (III) the issue-based (onco-centric) model which illustrates the advantages and disadvantages of the solo practice, congress and integrated care approaches; and (IV) the system-based (patient-centric) model which emphasizes automatic referral based on clinical events. Clinical models provide actual data on the feasibility, efficacy and effectiveness of integration in specific settings. The evidence and challenges related to selected clinical models in integrating oncology and palliative care, such as outpatient palliative care clinics and embedded clinics will be discussed.

Conclusions: There are multiple conceptual models and clinical models to promote integration. Further research is needed to inform best practices for integration at different healthcare settings.

I- time-based

II- palli-centric

III- onco-centric

IV- patient-centric

2018

Diversi setting

- **Ospedale**
- **«Ospedalocentrica»** (consulenze a domicilio)
- **Domicilio**
- **«Domiciliocentrica»** (consulenze in ospedale)
- **In RSA?**
- **Altro?** (telemedicina?)

«lavori *ancora* in corso»

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 22, Number 4, 2019
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2018.0399

Misurare i risultati

Timing of Palliative Care Consultation and the Impact on Thirty-Day Readmissions and Inpatient Mortality

John E. Barkley, MD, FCCP,¹ Andrea McCall, MHA, BSN, RN, CPHQ,²
Andréa L. Maslow, PhD, MSPH,³ Beata A. Skudlarska, MD,⁴ and Xu Chen, MSPH⁵

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 22, Number S1, 2019
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2019.0210

Models of Care Studies

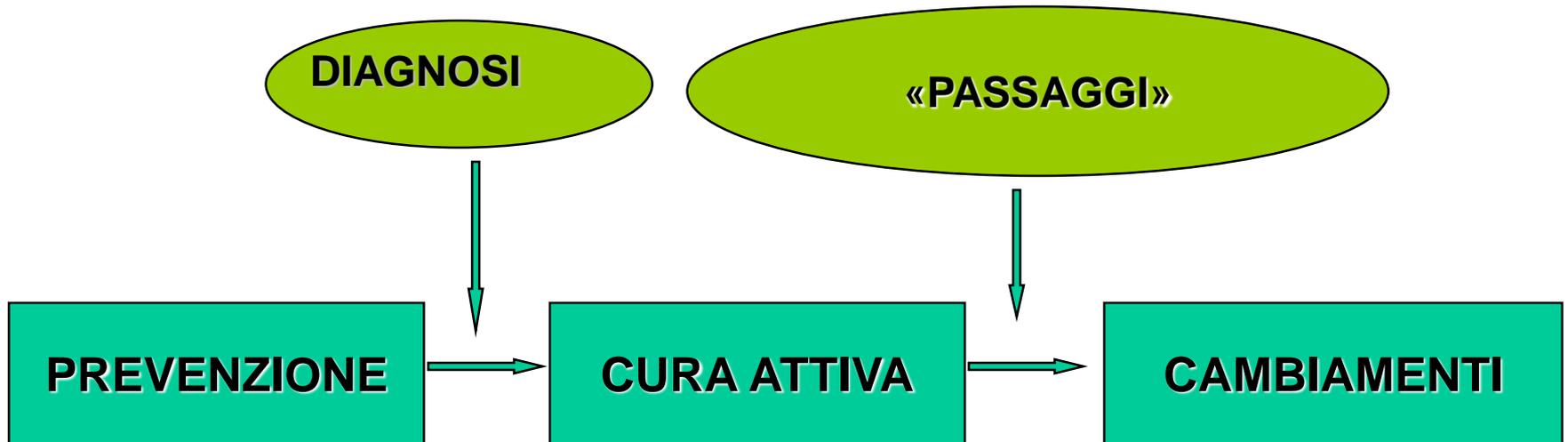
Nuove strategie

Early Integrated Telehealth versus In-Person Palliative Care for Patients with Advanced Lung Cancer: A Study Protocol

Isaac S. Chua, MD,^{1,*} Finly Zachariah, MD,^{2,*} William Dale, MD,² Josephine Feliciano, MD,³
Laura Hanson, MD,⁴ Leslie Blackhall, MD,⁵ Tammie Quest, MD,⁶ Kimberly Curseen, MD,⁶
Carl Grey, MD,⁷ Ramona Rhodes, MD,⁸ Laura Shoemaker, DO,⁹ Maria Silveira, MD,¹⁰
Stacy Fischer, MD,¹¹ Sean O'Mahony, MD,¹² Kostantinos Leventakos, MD,¹³ Chardria Trotter, MBA, MPH,¹⁴
Isabella Sereno, MEd,¹⁴ Mihir Kamdar, MD,¹⁴ Jennifer Temel, MD,¹⁴ and Joseph A. Greer, PhD¹⁴

Il percorso ... giorni ... mesi .. anni...

Sintomi . . . PRIMO SINTOMO...DA TRATTAMENTI...CAMPANELLO D'ALLARME...SPINA... «GLOBALE»



Fragilità... RITARDI... DIFFICOLTA' DI TERAPIE e FOLLOW UP.... SOLITUDINI.... «CRISI»



...un incontro tra due «mondi» ...

DOCUMENTO AIOM-SICP

CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEE

Patologie a buona prognosi e basso bisogno di Cure Simultanee

Pazienti con PS (ECOG) 0-1, con malattie paucisintomatiche o per le quali è presente un impatto significativo dei trattamenti sulla sopravvivenza e per le quali sono disponibili soluzioni terapeutiche efficaci con una sopravvivenza mediana > 12 mesi con l'utilizzo di tutti i trattamenti attivi. Tra queste annoveriamo tra gli altri i tumori della mammella, i tumori del colon-retto, i tumori dell'ovaio, i tumori del rene, i tumori della prostata in terapia ormonale, i tumori del testicolo, i tumori del polmone con mutazione di EGF-R, i sarcomi dei tessuti molli, i GIST, i tumori neuroendocrini e i linfomi. In queste situazioni il modello organizzativo può essere rappresentato dalla pratica solista e dalla richiesta di consulenze, fermo restando che la disponibilità delle risorse potrebbe permettere l'applicazione del modello integrato anche in questa tipologia di pazienti.

Patologie a cattiva prognosi e alto bisogno di Cure simultanee

Pazienti con PS (ECOG) ≥ 2 , pazienti con malattie sintomatiche, per le quali non è presente un impatto significativo dei trattamenti sulla sopravvivenza, non essendo disponibili soluzioni terapeutiche che comportino una sopravvivenza mediana > 12 mesi o per le quali gli effetti collaterali del trattamento sono molto limitanti in termini di qualità della vita. Tra queste annoveriamo tra gli altri i glioblastomi, i tumori del distretto testa collo, i tumori dell'esofago, i tumori dello stomaco, i tumori del fegato, i tumori del pancreas, i tumori delle vie biliari, i tumori del polmone EGFR wt, il melanoma, il mesotelioma, i tumori della vescica, i tumori dell'endometrio e della cervice uterina. In queste situazioni, ove applicabile, il modello organizzativo integrato è sicuramente quello che meglio risponde alle esigenze dei pazienti e della famiglia, consentendo un "affidamento" in fase precoce del malato all'equipe interdisciplinare di cure palliative, alleviando la sensazione di abbandono, consentendo rapide risposte ai pazienti polisintomatici, migliorando la qualità di vita del paziente e dei familiari; può inoltre favorire la deospedalizzazione, limitando i ricoveri ospedalieri alle strette necessità cliniche con riduzione delle liste di attesa, dei tempi di degenza e conseguentemente dei costi.

Condizioni con alto bisogno di Cure Simultanee indipendentemente dalla prognosi

Pazienti con patologie metastatiche sintomatiche ad elevata complessità clinica, psicologica e sociale per l'inadeguatezza della rete socio familiare per l'assenza di care-giver o per disagio economico, pazienti stranieri con situazioni socialmente deboli. Anche in questo caso il modello integrato di cure palliative può garantire la migliore presa in carico dei malati, affiancandosi al medico di medicina generale e ai servizi socio sanitari territoriali, in particolar modo per il target di pazienti fragili per età o per problemi economici.



“i modelli organizzativi”

Una fotografia (forse parziale)

- ...**REPARTO INTRAOSPEDALIERO (CURE PALLIATIVE, CURE INTERMEDIE)**
- ...**PALLIATIVISTA INSERITO NELL'EQUIPE ONCOLOGICA**
- ...**MINIEQUIPE DEL TERRITORIO PER CONSULENZE INTRAOSPEDALERE**
- ...**AMBULATORIO CURE PALLIATIVE**
- ...**PRESA IN CARICO CONGIUNTA OSPEDALE-TERRITORIO (*AVVIENE REALMENTE?*)**



Documento di consenso Cure Palliative precoci e simultanee: requisiti operativi e strumenti di valutazione della qualità di vita

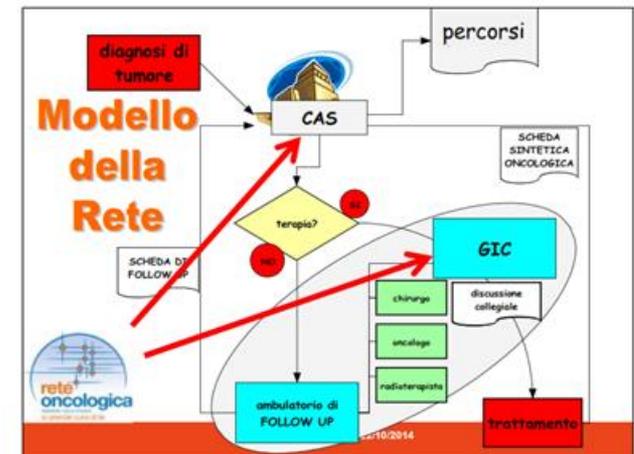
Gruppo di Studio sulle Cure Palliative

Coordinatori: Angioletta Calorio, Ferdinando Garetto, Maria Marcella Rivaíta

Comitato Estensore: Ferdinando Garetto, Francesco Pinta, Jessiza Fiore, Mauro Mezzabotta, Vincenzo Prestia, Roberta Volpatto, Giovanni Bersano, Nadia Rondì, Manuele Ingui, Simona Chiedo Cutin, Maria Marcella Rivaíta, Angioletta Calorio.

Componenti del Gruppo di lavoro che hanno approvato il documento:
Gioia Beccinanzi; Anna Maria Burato; Cristina Capello; Paolo Cotogni; Giuseppe Cornara; Andrea Delfino; Alessandra Silvia Galetto; Speranza Mandotti; Sara Marchionatti; Maria Adelaide Mellano; Monica Scarpello; Michela Stivanello.

Versione n. 7 del 12/12/2018



Mario Clerico – Oncologia Medica Aosta

Rete Oncologica PVDA, 2014

2

FASE AVANZATA

(...E A VOLTE UN PO' FRAMMENTATA?)

CURE PALLIATIVE [di BASE? SIMULTANEE? SPECIALISTICHE?]

(modalità e servizi diversi tra ASL e ASL ... a volte fra Distretto e Distretto...)

exTO1 ADI/UOCP , FARO; Hospice exTO2 (d5-6-7-8) ADI/UOCP / FARO, Hospice

ORA «Città di Torino»

TO3 (Rivoli, Orbassano, Venaria, Pinerolo) ADI/UOCP /LxV/ FARO, Hospice

TO4(Settimo-Chivasso-Ciriè-Ivrea) ADI/UOCP/FARO/SAMCO, Hospice

TO5 (Moncalieri, Nichelino, Chieri) ADI/UOCP-FARO, Hospice

...molte cose stanno cambiando (in meglio!)

La necessità della formazione

...oltre i « requisiti»

...nell'Oncologia che cambia

...formazione... diffusione... dal 2009

Evento formativo aziendale
La terapia del dolore cronico:
il modello oncologico

1° Ed. 3 DICEMBRE 2009
 2° Ed. 20 GENNAIO 2010
 3° Ed. 4 FEBBRAIO 2010



Dipinto di Robert Roper
SALA ROSSA

PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO
 CORSO REGINA MARGHERITA, 10
 10153 - TORINO

I POMERIGGI ANTALGICI

1° edizione:
 29 Marzo 2011
 24 Maggio 2011
 22 Settembre 2011

2° edizione:
 5 Aprile 2011
 31 Maggio 2011
 30 Settembre 2011



Con il patrocinio di:
IL DOLORE "OLTRE"
I FARMACI ANALGESICI OPIOIDI

12 - 13 Maggio 2011

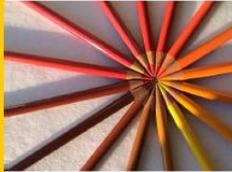


SALA ROSSA

Presidio Sanitario Gradenigo
 Corso Regina Margherita, 10 -

Con il patrocinio di:
CURE PALLIATIVE "OLTRE"
IL DOLORE

12 - 13 Ottobre 2011



SALA ROSSA

denigo
 ita, 10

LA CONTINUITA' DI CURA NEL PERCORSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO. ASPETTI CLINICI, FARMACOLOGICI ED ASSISTENZIALI

18 - 19 settembre 2014
 08.30 - 17.30

SEDE DEL CORSO
SALA ROSSA

Presidio Sanitario Gradenigo
 Corso R. MARGHERITA, 10
 10153 TORINO

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE "OLTRE" LA LEGGE 3

19 e 20 SETTEMBRE 2011

08.30 - 16.30

CURE PALLIATIVE: I SINTOMI "OLTRE" IL DOLORE

02-03 OTTOBRE 2011
 08.00 -

CURE PALLIATIVE "OLTRE" IL DOLORE: SINTOMI NEUROLOGICI E ALTRE URGENZE

21 e 22 Marzo 2012



LA FINE DELLA VITA: "OLTRE" LE CURE PALLIATIVE

29 NOVEMBRE 2012



SEDE DEL CORSO
SALA CONVEGNI
Presidio Sanitario Gradenigo
CORSO R. MARGHERITA TORINO

HUMANITAS GRADENIGO

"OLTRE" young

26 maggio 2016
 9 giugno 2016
 15 settembre 2016
 29 settembre 2016*
 13 ottobre 2016
 10 novembre 2016
 16.30 - 20.00

HUMANITAS GRADENIGO

"OLTRE" 2017

SUL SENTIERO DI CICELY ...
La "bellezza delle cure palliative"

11 maggio 2017
 25 maggio 2017
 8 giugno 2017
 22 giugno 2017
 21 settembre 2017
 5 ottobre 2017*
 16.30 - 20.00
 26 ottobre 2017 (giornata conclusiva)
 08.30 - 16.30

HUMANITAS GRADENIGO

Evento residenziale
"Il tempo della comunicazione ..."
... in ospedale

1° Edizione
 5-12-19- e 26 febbraio 2019

2° Edizione
 9-16-23 e 30 maggio 2019

3° Edizione
 21-28 ottobre e 4-12 novembre 2019

Registrazione partecipanti
 14.15

Cure palliative: “attenzione ai dettagli”

“Non ci sono poi tante idee originali nel mondo; è **soltanto** questione di mettere insieme più concetti e **dare al caleidoscopio un colpo** in modo che i pezzetti si dispongano in modo diverso”

(Cicely Saunders)

