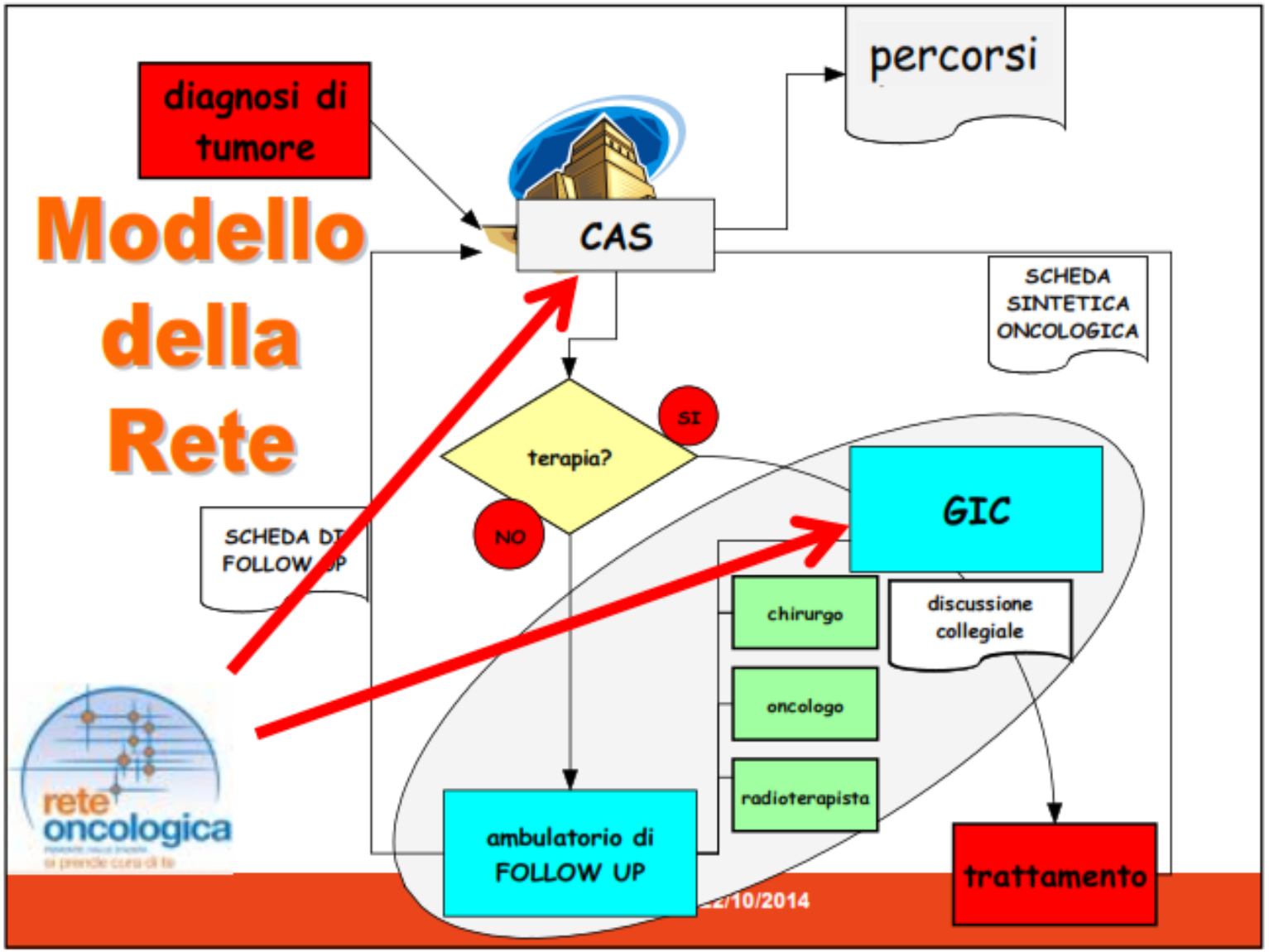
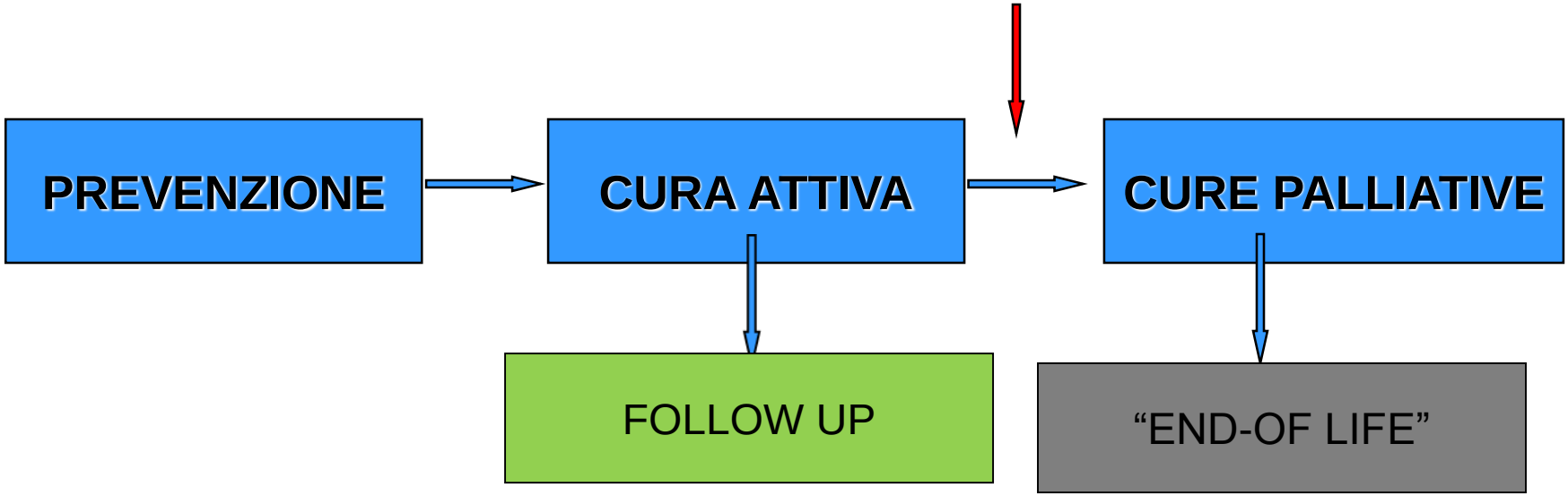
h. 9.30-10.15
Il concetto di simultaneous care
(F. Garetto)

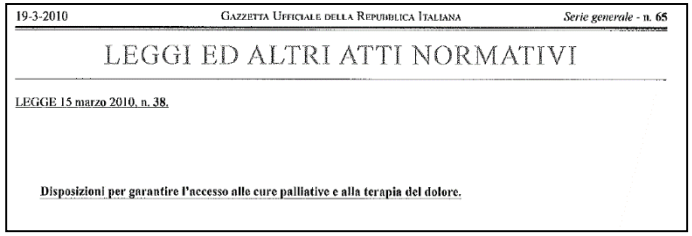
# simultaneous

Early palliative
Continuous care
Proactive care
Cure Intermedie


diagnosi di tumore
Modello della Rete
percorsi
CAS
SCHEDA SINTETICA ONCOLOGICA
terapia?
SI
NO
SCHEDA DI FOLLOW UP
GIC
chirurgo
discussione collegiale
oncologo
radioterapista
ambulatorio di FOLLOW UP
trattamento
rete oncologica

# Il percorso del paziente oncologico





19-3-2010 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA *Serie generale* - n. 65

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38.

**Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.**

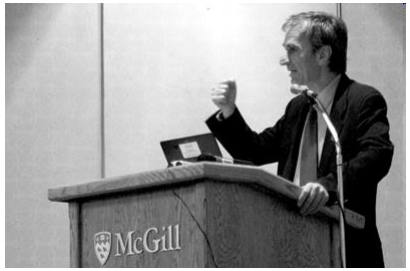
**Legge 38/2010: un diritto «per tutti» coloro che...**

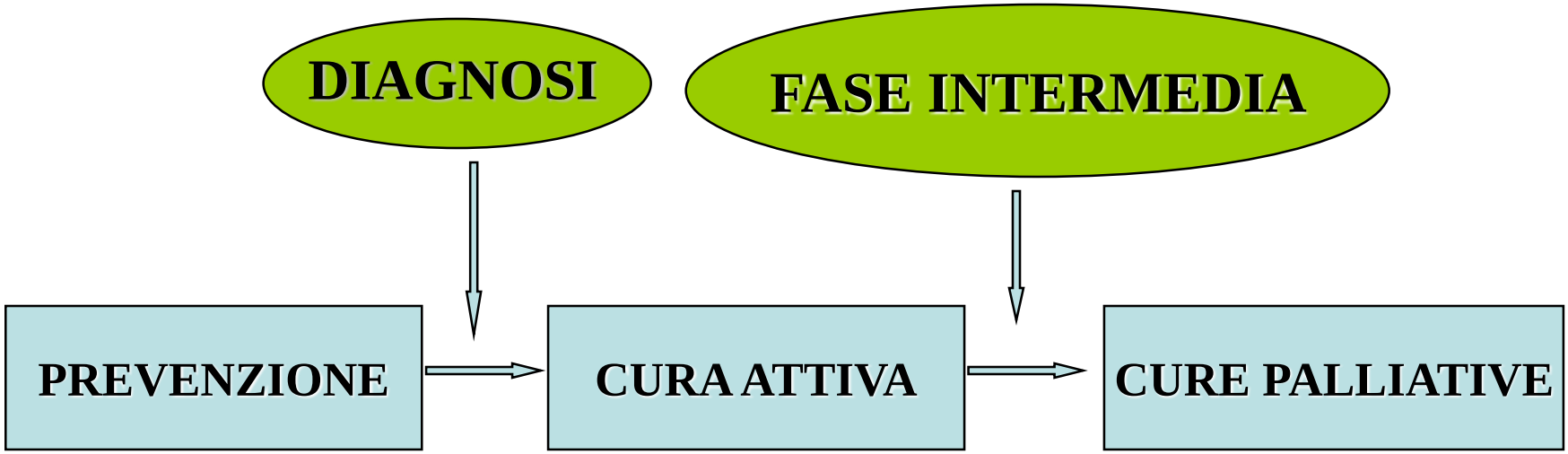
# Cure palliative: “i 4 requisiti”…

- **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

# Il percorso del paziente oncologico

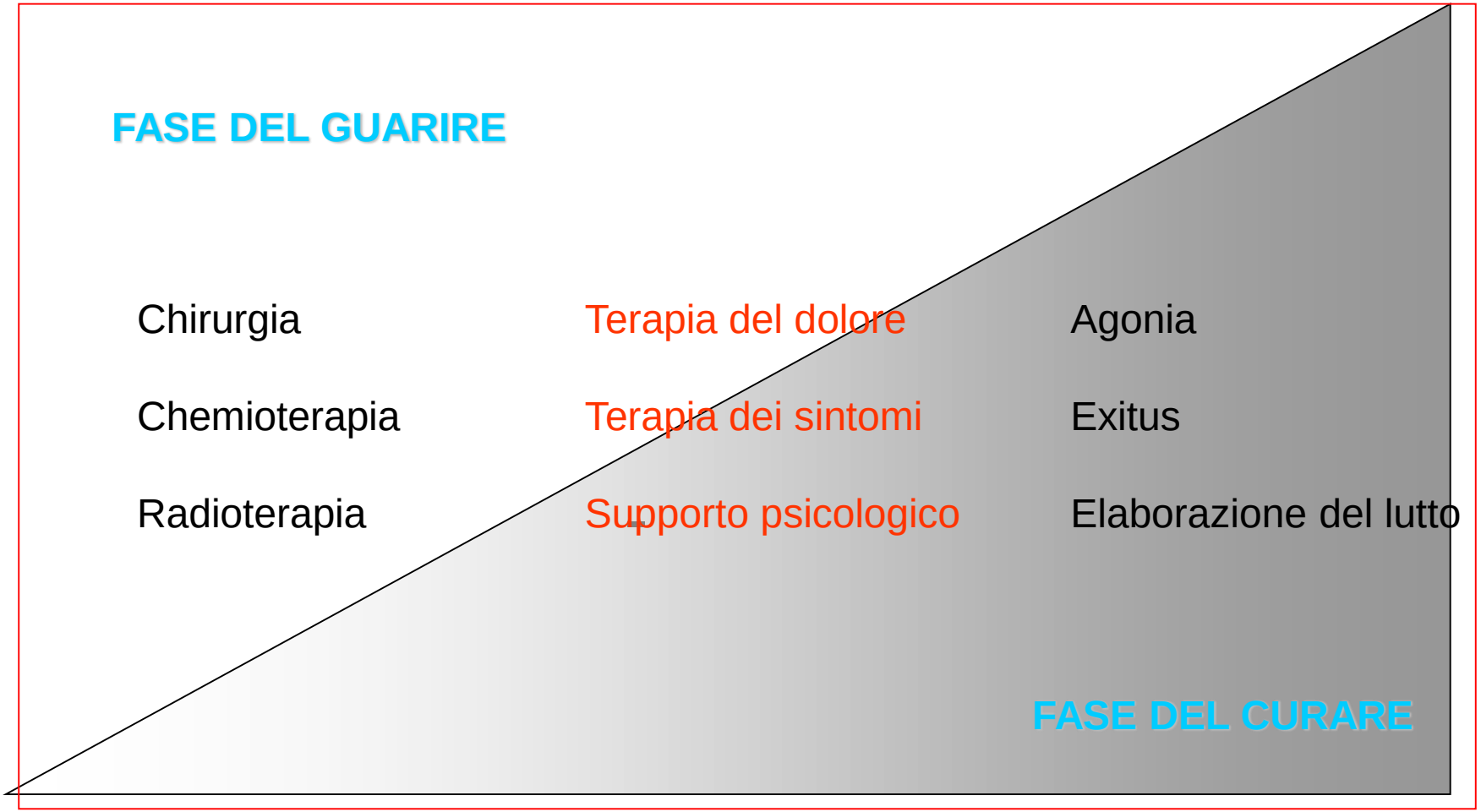
**(**Bruera, **1997)**



# Un sogno...?

(Oxford Palliative Textbook ‘93)



# SIMULTANEOUS CARE

"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 riflessione degli oncologi

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ASCO SPECIAL ARTICLE

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

*Thomas J. Smith, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Amy P. Abernethy, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Betty R. Ferrell, Matt Loscalzo, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Mark Somerfield, Ellen Stovall, and Jamie H. Von Roenn*

Author affiliations appear at the end of this article.

ABSTRACT

**una cultura "europea"**

## OTHER RELEVANT CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

### *The European Society for Medical Oncology*

The European Society for Medical Oncology (ESMO) stated in 2003[28] 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."

# Il "caso Temel"

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

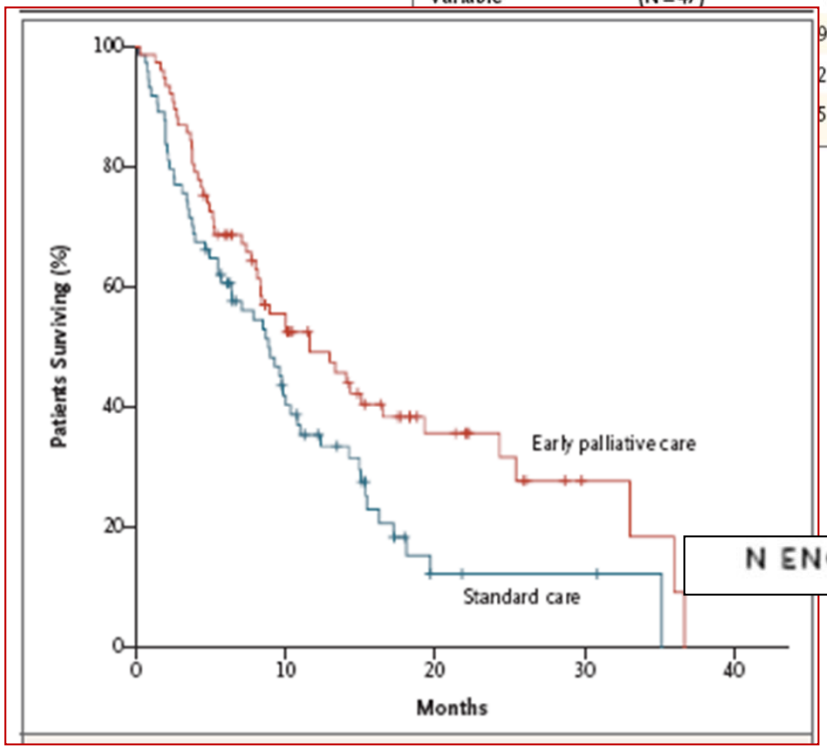
ORIGINAL ARTICLE

## 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 | 6.5 (0.5–12.4) | 0.03 | 0.42 |
| | | 21.0±3.9 | 1.7 (0.1–3.2) | 0.04 | 0.41 |
| | | 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

# 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”

Edmonton Symptom Assessment Scale (0 = no symptom, 10 = worst possible) revealed

**pain 8,**
fatigue 4,
nausea 0,
depression 0,
anxiety 0,
drowsiness 0,
**appetite 10,**
well-being 5,
**dyspnea 5**, and
**sleep 5.**

# “La storia di TOM”

•We adjusted his pain medications and laxatives, gave him a dose of methylnaltrexone in the clinic, recommended a home-safety evaluation, and provided supportive/expressive counseling.

Terapia del dolore appropriata

Controllo degli effetti collaterali

Supporto domiciliare

Supporto sociale e psicologico

# “La storia di TOM”

He expressed the desire not to receive any more cancer treatments, and we discussed the transition to hospice care so he could get more support at home.

Interruzione condivisa della chemioterapia

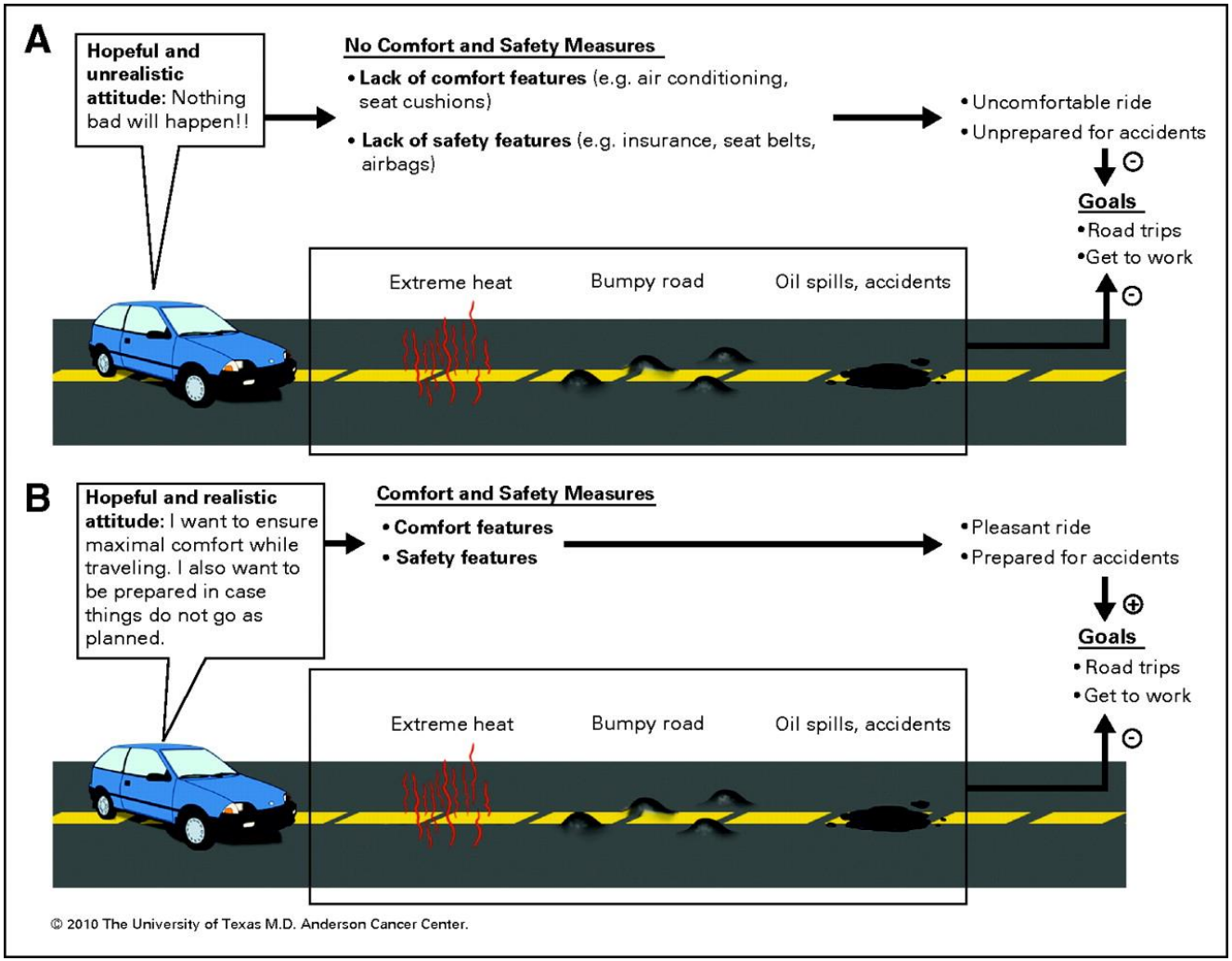
Attivazione del “programma hospice” (casa/struttura)

# “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.



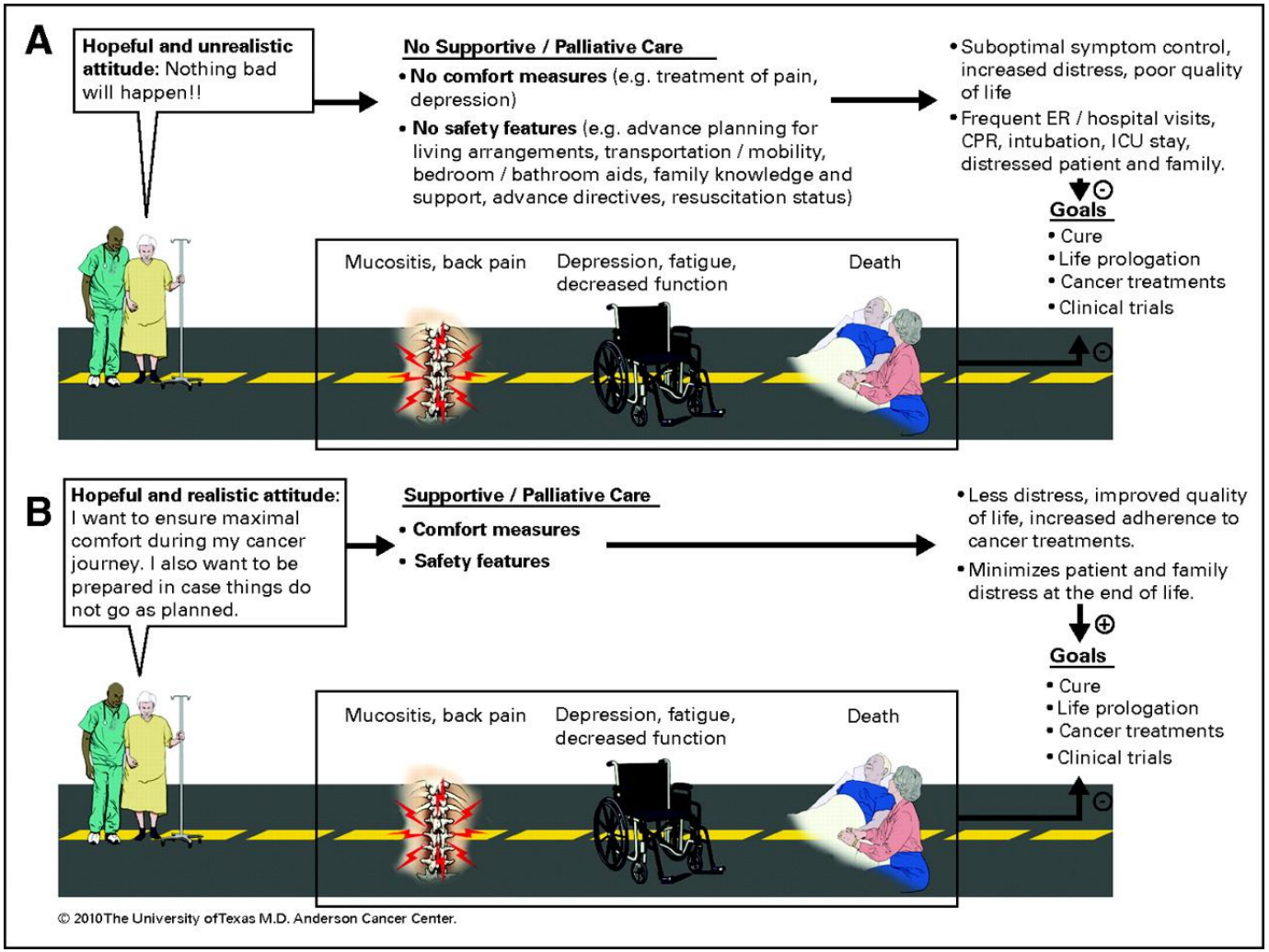

**Bruera E , Hui D JCO 2010;28:4013-4017**



JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

©2010 by American Society of Clinical Oncology

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



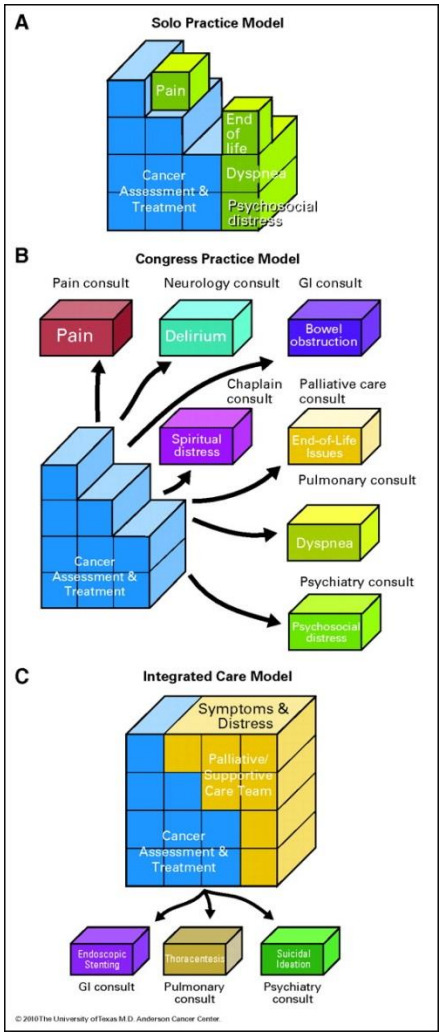

**Bruera E , Hui D JCO 2010;28:4013-4017**



JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

©2010 by American Society of Clinical Oncology

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




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



JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

©2010 by American Society of Clinical Oncology

VOLUME 29 · NUMBER 6 · FEBRUARY 20 2011

JOURNAL OF 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. Helft, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper*

# Elementi chiave dell'assistenza individualizzata per i soggetti affetti da neoplasie in stadio avanzato

**Table 1.** Key Elements of Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

| |
|---|
| 1. Patients should be well informed about their prognosis and treatment options, ensuring that they have opportunities to make their preferences and concerns regarding treatment and supportive care known. |
| 2. Anticancer therapy should be discussed and offered when evidence supports a reasonable chance of providing meaningful clinical benefit. |
| 3. Options to prioritize and enhance patients' quality of life should be discussed at the time advanced cancer is diagnosed and throughout the course of illness along with development of a treatment plan that includes goals of therapy. |
| 4. Conversations about anticancer interventions should include information on likelihood of response, the nature of response, and the adverse effects and risks of any therapy. Direct costs to the patient in terms of time, toxicity, loss of alternatives, or financial impacts that can be anticipated should also be discussed to allow patients to make informed choices. |
| 5. Whenever possible, patients with advanced cancer should be given the opportunity to participate in clinical trials or other forms of research that may improve their outcomes or improve the care of future patients. |
| 6. When disease-directed options are exhausted, patients should be encouraged to transition to symptom-directed palliative care alone with the goal of minimizing physical and emotional suffering and ensuring that patients with advanced cancer are given the opportunity to die with dignity and peace of mind. |

*È possibile trattare la neoplasia?*

*Come si può massimizzare la qualità di vita?*

*Considerazione relative agli studi clinici*

***Sono fondamentali colloqui franchi***

# BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

# BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

***Consapevolezza dell'importanza del problema***

... Avviare delle conversazioni in merito a una prognosi sfavorevole o alla possibilità di rinunciare a qualsiasi terapia rivolta a un tumore presenta difficoltà intrinseche, potendo sembrare una rinuncia o l'ammissione dell'insuccesso con i pazienti, le loro famiglie e altri medici. ...

# BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

***Linee guida per sospendere le terapie rivolte alla neoplasia***

***...***Pur esistendo, per alcuni contesti, chiare linee guida relative a quando cessare le terapie rivolte al tumore , i medici possono non esserne a conoscenza o apparire incerti su come applicarle a un determinato individuo. In molti casi, esiste un certo grado d'incertezza sulla prognosi nell'immediato ...

# BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

## *Barriere del sistema verso un'assistenza personalizzata ai soggetti affetti da neoplasie in stadio avanzato*

...Nel sistema sanitario attuale vi è un disallineamento degli incentivi che involontariamente incoraggia l'erogazione di trattamenti rivolti alle neoplasie in fase terminale, rispetto a offrire colloqui, dispendiosi dal punto di vista temporale e difficili per il coinvolgimento emotivo, volti a privilegiare la franchezza, il comfort, la famiglia e la qualità della vita....

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


Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

European Journal of Cancer 69 (2016) 110–118

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 Broglia [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 [e], Paolo Pedrazzoli [f], Giovanni Luca Frassineti [q], Antonella Galiano [p], Andrea Casadei Gardini [q], Manlio Monti [q], 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 Broglia [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)

## 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**

# 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 integrat tual models and clinical approaches to integrate oncology and palliative ca

**Methods:** Narrative review.

**Methods:** Narrat

**Results:** Concep onale 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.

**2018**

# La riflessione dei palliativisti

wpca
worldwide palliative care alliance

World Health Organization

# 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")***

# 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"**

*Original Article*

PALLIATIVE MEDICINE

*Palliative Medicine*
1–8
© The Author(s) 2018
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216318774676
journals.sagepub.com/home/pmj
SAGE

# Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams

Naomi Dhollander[1], Luc Deliens[1,2], Simon Van Belle[1,2,3], Aline De Vleminck[1]* and Koen Pardon[1]*

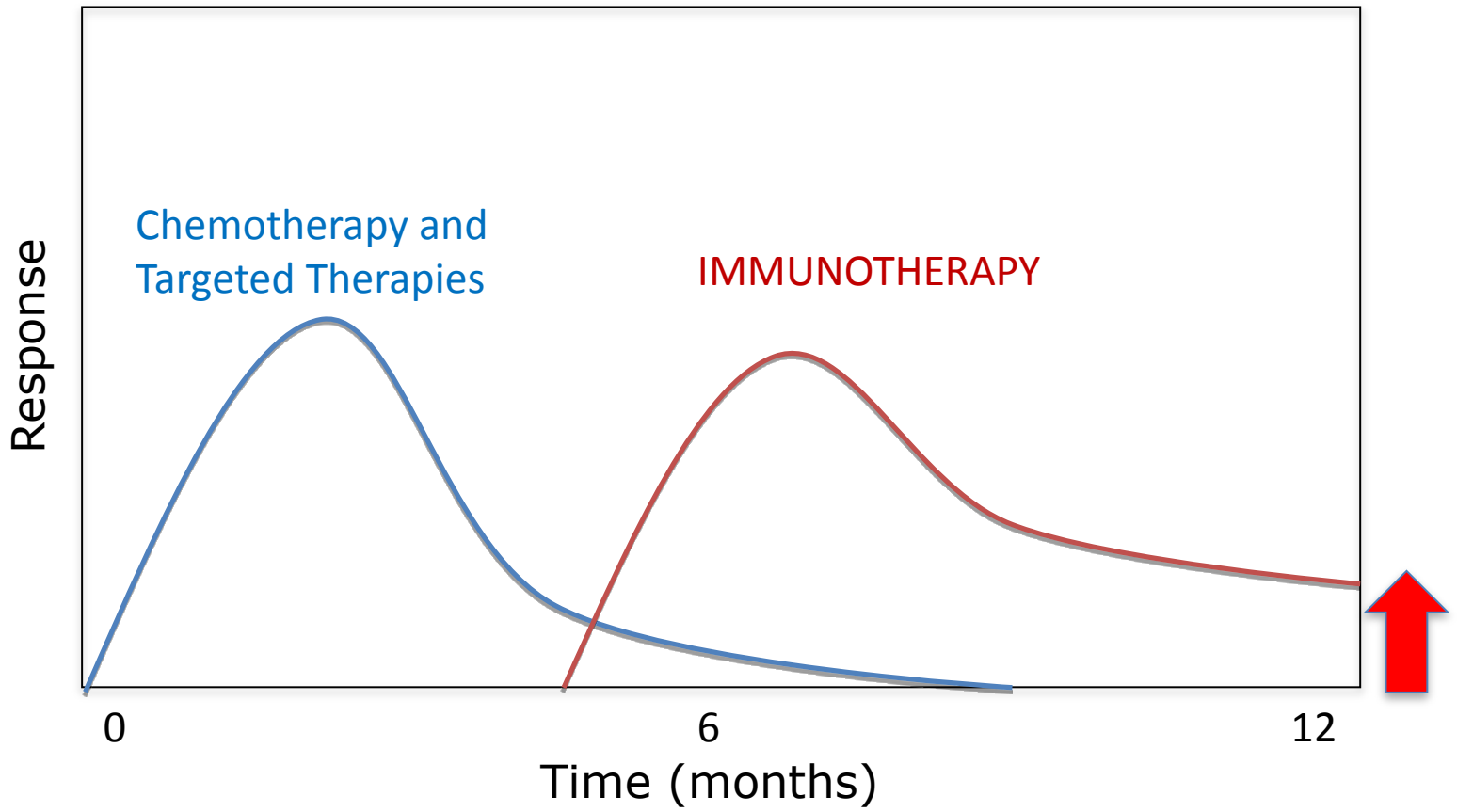
# La necessità della formazione

…oltre i « requisiti»

…nell’Oncologia che cambia

# 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, ca 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. Shepered; 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:

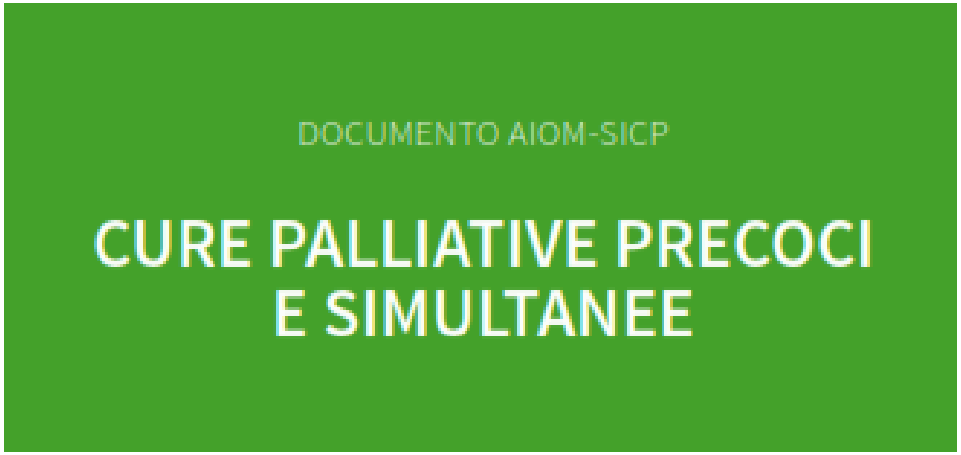
- Capecitabina in hospice?
- Imatinib per il controllo di alcuni sintomi nonostante la progressione in altre sedi?
- Integrazione Target Therapy / RT/ CP?

# Nei modelli organizzativi...

**…e (nuovi) interrogativi**

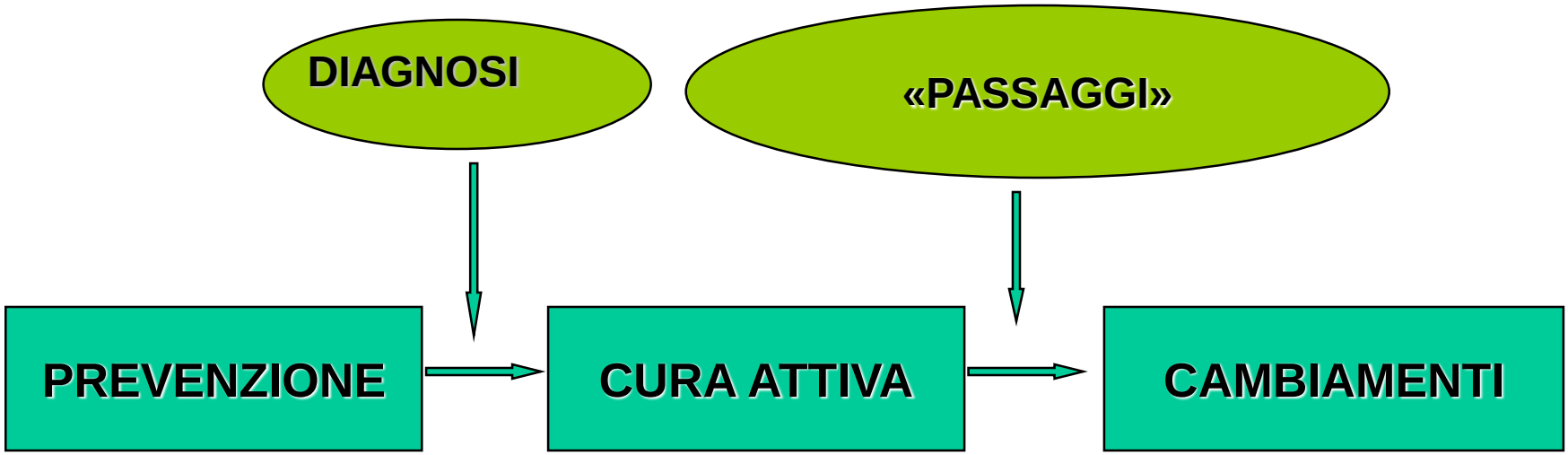
- Rischiamo l'accanimento terapeutico?
- Rischiamo la medicalizzazione a oltranza della fase avanzata?
- "Escamotage" (un po' costoso…) per fuggire le domande "vere"?
- Sostenibilità economica?

***…un incontro tra due «mondi» …***



# 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»

**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.

# ...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»…?***

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

**Durata complessiva della visita?** (minuti totali) **45 MINUTI**

***La visita di cure palliative***

***…il «tempo della cura»***

# «la comunicazione è tempo di cura»

*"1.* ***Nella relazione tra paziente e medico*** *(….) rispetto all'evolversi delle conseguenze di una* ***patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta****, può essere realizzata una* ***pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico****…."*.

**"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"**

Testo unificato approvato alla Camera il 20 aprile 2017 e al Senato il 14 dicembre 2017: LEGGE 219

# «la comunicazione è tempo di cura»

- "***10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative***".

**"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"**

Testo unificato approvato alla Camera
il 20 aprile 2017 e al Senato il 14 dicembre 2017: LEGGE 219

*…Imparò che* ***si può vivere un'intera vita in poche settimane****,*

*che* ***il tempo è questione di profondità e non di durata****,*

*che nell'atmosfera giusta e sedando il dolore (…)* ***gli ultimi giorni*** *possono essere* ***i più ricchi*** *(…)*

Relazione e tempo... (immagine: Robert Pope)

***«Clock in window»***

**C. Saunders**

# «ALLEGATI»

- Esperienza Gradenigo/Faro
- Documento SIARTI («oltre l'oncologia»)

# 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"**

Progetto Protezione Famiglia
Rete di supporto per famiglie fragili

Fondazione F.A.R.O. O.N.L.U.S.

GRUPPO ITALIANO TUMORI RARI O.N.L.U.S.
GRUPPO PIEMONTESE SARCOMI
*Italian Group on Rare Tumors and Piedmont Group for Sarcomas*

# congresso regionale SICP Piemonte, Alessandria 2001, abstract

***"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. Garetto[1], O. Dal Canton, S. Chiadò Cutin, P. Pochettino, A. Comandone
Divisione di Oncologia medica, Presidio ospedaliero “Gradenigo”-Torino
[1]Fondazione F.A.R.O. onlus - Torino

Corrispondenza a:
e-mail: ferdinando.garetto@h-gradenigo.it
divisione.oncologia@h-gradenigo.it

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

Ferdinando Garetto[1], Monica Seminara[2], Ilaria Lombardi[2], Paolo Pochettino[3], Manuela Ingui[3], Lavinia Bianco[3], Paola Porrino[3], Alessandro Valle[1], Alessandro Comandone[3]
[1]Fondazione F.A.R.O. Onlus, Torino
[2]Progetto “Protezione Famiglia”;
[3]Oncologia Medica Ospedale “Gradenigo”, Torino

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

Numero 1 primavera 2010 - www.sicp.it

Fondazione F.A.R.O. O.N.L.U.S.

Presidio Sanitario Gradenigo
Congregazione Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli

# Accreditamento ESMO 2013

un’occasione di verifica

ESMO

Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care

SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini

SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

# GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":

# CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?

# GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

*Documento approvato e condiviso da:*

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INITENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)

SIAARTI

Italian Resuscitation Council
IRC

A.N.M.C.O.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza
SIMEU

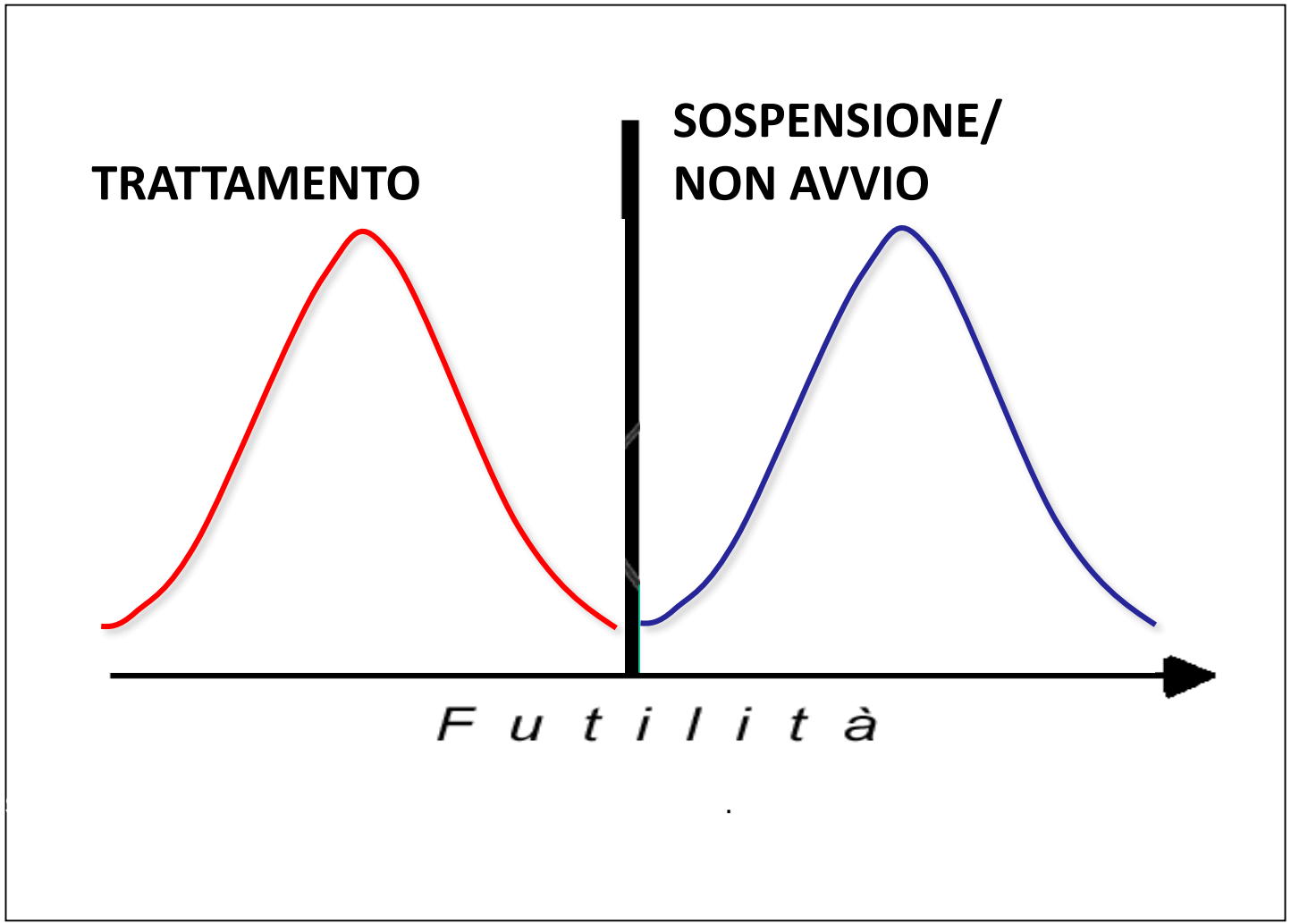
SICP
Società Italiana di Cure Palliative

SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA
SIN

aniarti
Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

AIPO
ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI




Civetta JM. Futile Care or caregiver frustration? A practical approach Crit Care Med. 1996;24:346-51

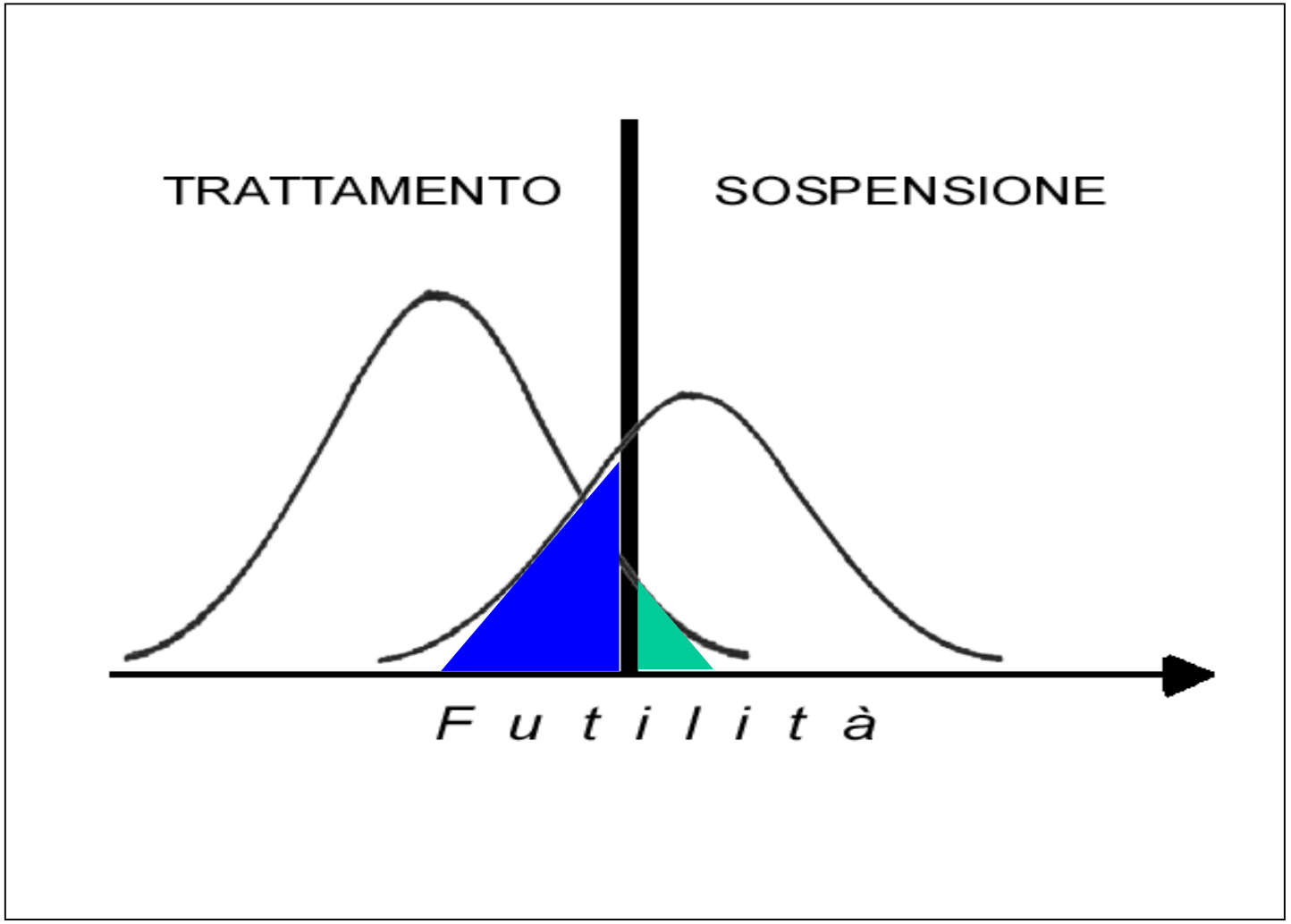

TRATTAMENTO
SOSPENSIONE
F u t i l i t à

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **STROKE** | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni<br>precedenti ictus<br>fibrillazione atriale<br>compromissione dello stato coscienza all'esordio<br>deviazione coniugata dello sguardo<br>febbre |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |

| | |
|---|---|
| | ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **STROKE** | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni<br>precedenti ictus<br>fibrillazione atriale<br>compromissione dello stato coscienza all'esordio<br>deviazione coniugata dello sguardo<br>febbre |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| | classe NYHA IV |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| | stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **STROKE** | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni<br>precedenti ictus<br>fibrillazione atriale<br>compromissione dello stato coscienza all'esordio<br>deviazione coniugata dello sguardo<br>febbre |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| | grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **STROKE** | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni<br>precedenti ictus<br>fibrillazione atriale<br>compromissione dello stato coscienza all'esordio<br>deviazione coniugata dello sguardo<br>febbre |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| | età > 70 anni |

**STROKE**

NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx
comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h
ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana
età > 75 anni
precedenti ictus
fibrillazione atriale
compromissione dello stato coscienza all'esordio
deviazione coniugata dello sguardo
febbre

| | |
|---|---|
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia<br>disturbi cognitivi<br>infezioni ricorrenti |
| | perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **STROKE** | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni<br>precedenti ictus<br>fibrillazione atriale<br>compromissione dello stato coscienza all'esordio<br>deviazione coniugata dello sguardo<br>febbre |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute |
| **DEMENZA** | incapace a camminare senza assistenza e<br>incontinenza urinaria e fecale e<br>conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e<br>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI<br>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)<br>infezioni ricorrenti del tratto urinario<br>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)<br>febbre ricorrente |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |

**Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

| | |
|---|---|
| **INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)** | classe NYHA IV<br>> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi<br>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi<br>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale<br>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata<br>cachessia |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)** | età > 70 anni<br>FEV1 < 30% predetto<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>>1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata<br>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità<br>calo ponderale/cachessia<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)** | età > 70 anni<br>Pattern istologico "UIP" (se noto)<br>dipendenza dall'ossigeno-terapia<br>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace<br>ridotta autonomia funzionale<br>aumento dipendenza |
| **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** | età >75 anni<br>neoplasia in stadio avanzato<br>grave malnutrizione<br>patologia cardiaca o polmonare terminale<br>stato vegetativo<br>grave deterioramento cognitivo<br>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva |
| **STROKE** | NIHSS ≥ 20 per lesioni sin.; ≥ 15 per dx<br>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h<br>ipodensità precoce TC ≥ 50% del territorio dell' a. silviana<br>età > 75 anni<br>precedenti ictus<br>fibrillazione atriale<br>compromissione dello stato coscienza all'esordio<br>deviazione coniugata dello sguardo<br>febbre |
| **MALATTIA DI PARKINSON** | riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica<br>ridotta indipendenza<br>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"<br>discinesie problemi di motilità e cadute<br>disfagia<br>segni psichiatrici |
| **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA** | richiesta diretta del malato e famiglia<br>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale<br>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici<br>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione<br>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione<br>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.<br>difficoltà nella comunicazione verbale<br>astenia |
| **INSUFFICIENZA EPATICA** | ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione<br>non candidabilità a trapianto<br>indice MELD > 25<br>indice SOFA > 10.5<br>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale |