

BANKO

11 MARZO 2017

BRESCIA

Università di Brescia

Aula Magna S. Faustino, via S. Faustino 74/b

**Cure simultanee e di supporto:**  
l'integrazione fra ospedale e  
territorio nella gestione delle  
patologie oncologiche rese  
croniche dai trattamenti.



Cure simultanee: come  
implementarle?  
Proposte operative

L'oncologo medico  
V. Ferrari

Le **cure palliative** sono **cure specialistiche** messe in atto per tutte le persone affette da patologie croniche evolutive per le quali la guarigione non è possibile.

Le cure palliative hanno carattere **interdisciplinare** e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. Offrono una presa in carico del paziente che si preoccupa di garantire i bisogni più elementari, ovunque egli si trovi, a casa o in ospedale.

Bando Università La Sapienza Roma

L'**integrazione** delle terapie oncologiche con le cure di supporto e palliative instaurate fin dall'**inizio del percorso clinico del paziente** portano a migliorare la qualità della vita e una riduzione della mortalità. Per quei pazienti, ancora suscettibili di cure onco-ematologiche, con sintomi gravi, l'unica possibilità di ricevere cure è attualmente quella di rivolgersi al Pronto Soccorso dell'Ospedale...

.. Il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare c/o l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea si propongono di sviluppare un progetto in collaborazione con le Unità Sanitarie Territoriali (AUSL) con lo scopo di attivare un **team di simultaneous care per la gestione multidisciplinare di pazienti con diagnosi di neoplasia iniziale o metastatica, ma ancora suscettibile di trattamenti attivi.**

Palliative care and models for integrated medicine. The National Cancer Institute of Milan and the Campus Bio-Medico

University of Rome: a comparison MEDIC 2014; 22(1): 32-36

Grazia Armento, Giuseppe Tonini

Dipartimento di Oncologia Medica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

L'**Integrated Care Model** rappresenta l'unione tra l'oncologo che si focalizza sulla gestione della neoplasia e il team delle "cure di supporto" che si occupa altresì dei bisogni fisici e psicosociali del paziente. Le cure di supporto rappresentano il quarto elemento in aggiunta al già esistente e consolidato gruppo di collaborazione tra chirurgo, oncologo e radioterapista oncologo, che permetterà la cura globale del paziente (Bruera e Hui, 2010).

Una finalità secondaria è **valutare e tutelare i bisogni di informazione, comunicazione, sociali e spirituali del malato, assicurandone il "prendersi cura" nell'intera globalità**, in coerente armonia con la posizione fenomenologica di Victor Frankl (Frankl e Du Bois, 2004), focalizzando l'attenzione delle terapie non alla malattia, ma alla persona.

Terzo obiettivo è il supporto alla famiglia ed alla rete relazionale del paziente nonché l'assistenza sanitaria e psicologica del personale sanitario coinvolto nel processo di cura, nonché la promozione della ricerca scientifica e di attività educazionali in campo farmacologico e non

Palliative care and models for integrated medicine. The National Cancer Institute of Milan and the Campus Bio-Medico University of Rome: a comparison MEDIC 2014; 22(1): 32-36

Grazia Armento, Giuseppe Tonini

Dipartimento di Oncologia Medica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Il team è formato da Medici, Infermiere, Operatori sociali e Volontari che operano in stretto contatto con lo Psicologo e l'Assistente Sociale del NCI.

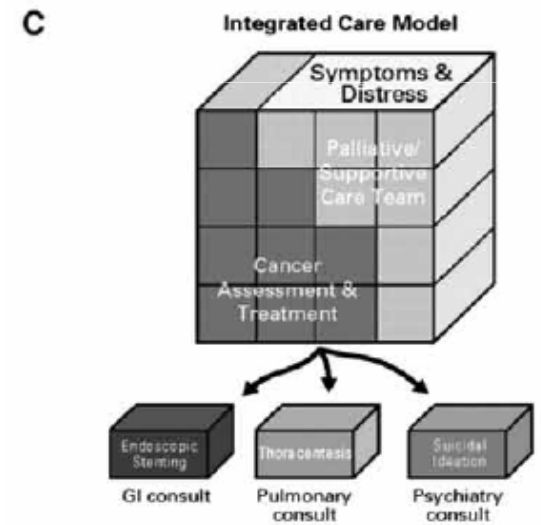
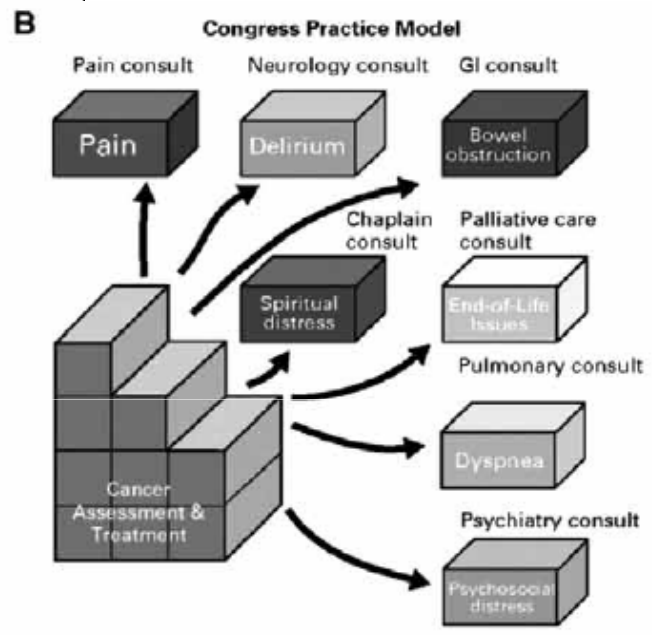
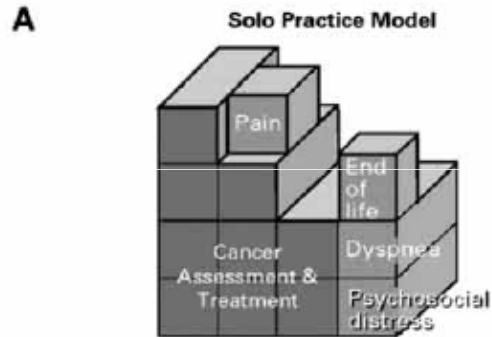
Lo spettro dei problemi clinici individuati e trattati all'interno del Day Hospital è il seguente:

- trattamento sintomatico degli eventi avversi dopo specifici trattamenti chemioterapici, radioterapici e antiangiogenetici;
- prevenzione degli eventi scheletrici in pazienti con metastasi ossee e CTIBL (Cancer Treatment Induced Bone Loss);
- prevenzione e diagnosi dell'osteonecrosi della mandibola (ONJ) in pazienti sottoposti a trattamenti con bifosfonati e inibitori di RANKL;
- trattamento della tossicità cutanea (sindrome mani piedi, reazioni cutanee);
- trattamento delle tossicità da inibitori dell'aromatasi (artralgia, dislipidemia, osteoporosi);
- trattamento dei disturbi idroelettrolitici da differenti eziologie;
- trattamento del diabete iatrogeno;
- trattamento della malnutrizione;
- paracentesi evacuative;
- manutenzione di dispositivi venosi centrali.

Palliative care and models for integrated medicine. The National Cancer Institute of Milan and the Campus Bio-Medico University of Rome: a comparison *MEDIC 2014; 22(1): 32-36*

Grazia Armento, Giuseppe Tonini

Dipartimento di Oncologia Medica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma



Palliative care and models for integrated medicine. The National Cancer Institute of Milan and the Campus Bio-Medico University of Rome: a comparison MEDIC 2014; 22(1): 32-36

Grazia Armento, Giuseppe Tonini

Dipartimento di Oncologia Medica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

**Tabella I.** *Sintomi più frequentemente individuati e trattati nell'ambito delle "Terapie di Supporto" Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma*

Dolore
Disidratazione
Fatigue
Anoressia
Dispnea
Depressione
Tossicità ematologiche
Tossicità da target therapy

In particolare i pazienti che giungono alla prima visita con diagnosi di malattia avanzata richiedono un iter personalizzato per l'individuazione ed il trattamento delle loro esigenze in quanto sviluppano sintomi fisici (Santini et al., 2013) e psicosociali che contribuiscono al declino funzionale e spirituale.

Nonostante le cure palliative di supporto siano riconosciute come specialità medica in molti Paesi, ed è ormai ampiamente riconosciuto il loro ruolo nel migliorare la qualità di vita (Temel et al., 2010), molti pazienti vengono affidati a tali programmi in numero ancora ridotto e in ritardo nel percorso terapeutico.

# Task force AIOM

## “cure palliative in oncologia”

approvazione direttivo 18.12.2008

### **FINALITA'**

- **Formazione** in oncologia, con inserimento di percorsi specifici per le cure palliative e dolore
- **Promozione della ricerca clinica** nel settore del dolore e delle cure palliative;
- **Definizione di un percorso AIOM di simultaneous care**, partendo dalle esperienze dei centri italiani accreditati dall'ESMO;
- **Promozione di percorsi condivisi con SICP** sul dolore e cure palliative;
- **Implementare e diffondere la cultura del simultaneous care in oncologia**, attraverso corsi di formazione e **diffusione del rilievo del dolore nei malati oncologici, come quinto parametro vitale**, e di altri mezzi per il rilievo dei bisogni del malato, con l'obiettivo di ottimizzare la qualità della vita in tutte le fasi di malattia;



Task force: Cure Palliative in Oncologia\*

Coordinatore: V. Zagonel

### RUOLO DELL'ONCOLOGO MEDICO NELLE CURE PALLIATIVE: LA POSIZIONE DI AIOM

I progressi nella terapia dei tumori portano oggi ad una sopravvivenza di 2/3 dei pazienti a 5 anni, e della metà a 10 anni dalla diagnosi. Il tumore per molti pazienti diventa una malattia cronica, con un impatto significativo sulla qualità della vita del malato e della sua famiglia. Prendere in cura un malato di tumore, non significa solo offrire il miglior trattamento antitumorale, ma la migliore qualità della vita, attraverso un riconoscimento precoce degli innumerevoli bisogni fisici, funzionali, psicologici, sociali e spirituali che il malato manifesta nel corso della propria malattia. La qualità della vita, obiettivo da perseguire in ogni fase della malattia, riconosce nelle terapie palliative e nella riabilitazione gli aspetti preponderanti.

AIOM ha di recente istituito una *task force* "cure palliative in oncologia", con il triplice obiettivo di:

1. garantire una crescita umana e professionale degli oncologi medici in tema di cure palliative;
2. garantire l'attenzione alla qualità della vita dei malati afferenti alle U.O.C./Dipartimenti di Oncologia;
3. proporre soluzioni operative atte a garantire la miglior assistenza palliativa ai malati di tumore.

AIOM infatti ritiene che la *mission* dell'oncologia medica debba ispirarsi alla cultura del **non abbandono** e garantire ad ogni malato di cancro l'attenzione alla **qualità della vita**, la **continuità terapeutico-assistenziale in tutte le fasi di malattia**, ponendo il malato e non il tumore al centro dell'attenzione e delle cure.

In linea con ASCO (1-3) ed ESMO (3-5), e con il precedente documento AIOM (6), AIOM definisce la propria posizione riguardo le cure palliative in oncologia, nell'attuale contesto della Sanità italiana e delle conoscenze scientifiche.

Tumori, 95: 652-654, 2009

## The medical oncologist's role in palliative care: AIOM's position

Vittorina Zagonel<sup>1\*</sup>; Luigi Cavanna<sup>2</sup>, Gianluigi Cetto<sup>3</sup>, Marco Ciaparrone<sup>1</sup>,  
Cristina Di Rocco<sup>4</sup>, Vittorio Franciosi<sup>5</sup>, Marco Maltoni<sup>6</sup>, Paolo Marchetti<sup>4</sup>,  
Andrea Martoni<sup>7</sup>, Cataldo Mastromauro<sup>8</sup>, Marta Mazzoli<sup>9</sup>, Cecilia Moro<sup>10</sup>,  
Carmine Pinto<sup>7</sup>, Giampiero Porzio<sup>11</sup>, Leonardo Trentin<sup>12</sup>,  
and Francesco Boccardo<sup>13</sup> for the Task force AIOM Palliative Care in Oncology

<sup>1</sup>UOC Oncologia, Ospedale SG Calibita, Rome; <sup>2</sup>UOC Oncologia Medica, AO Civile, Piacenza;  
<sup>3</sup>Divisione Clinicizzata Oncologia Medica, Policlinico GB Rossi, Verona; <sup>4</sup>UOC Oncologia, IDI, IRCCS,  
Pierantoni, Forlì; <sup>5</sup>UOC Oncologia Medica, AO Universitaria, Parma; <sup>6</sup>UOC Oncologia, AO Morgagni-  
Ospedale SS. Giovanni e Paolo, Venice; <sup>7</sup>UOC Oncologia, Policlinico Umberto I, Rome;  
<sup>8</sup>UOC Oncologia, Ospedali Riuniti, Bergamo; <sup>9</sup>DH Oncologia, Policlinico Umberto I, Rome;  
<sup>10</sup>UOC Oncologia, Ospedale S. Salvatore, L'Aquila; <sup>11</sup>UOC Oncologia Medica, Ospedale S. Salvatore,  
L'Aquila; <sup>12</sup>Terapia del dolore e cure palliative, Dip Oncologia, ULSS6, Vicenza; <sup>13</sup>AIOM's President.

\*Coordinator



**Il numero di pazienti con malattia  
in fase attiva e sintomatica  
AUMENTA per:**

- > Invecchiamento della popolazione
- > Incidenza di alcune neoplasie
- Prolungamento della sopravvivenza dei malati con tumori non più curabili in modo definitivo



## **SIMULTANEOUS CARE**

---

**Per questi malati è necessario  
un intervento:**

- **multidisciplinare**
- **d'équipe**
- **continuativo**

## **SIMULTANEOUS CARE**

- **integrazione multidisciplinare (MMG/ spec. osped/CP)**
- **riduzione del senso di abbandono per il pz/famiglia**
- **limitazione ricoveri impropri**



## **QUALITA' DELLA VITA QoL**

- **stato psicologico (ed emotivo)**
  - **attività fisiche (e lavorative)**
  - **interazione sociale (ed affettiva)**
  - **sintomi legati alla malattia / tossicità dei trattamenti**
- 
- **Outcome di salute**
  - **Obiettivo primario in studi clinici controllati che verificano l'efficacia di nuovi trattamenti**
  - **Soprattutto quando non si attendono differenze in sopravvivenza globale**

## QUALITA' DELLA VITA QoL

- Include il punto di vista del pz
- Strumenti specifici per il pz. oncologico (SDS/ TIQ...)
- Indici di autonomia (ECOG/IK)



## SIMULTANEOUS CARE

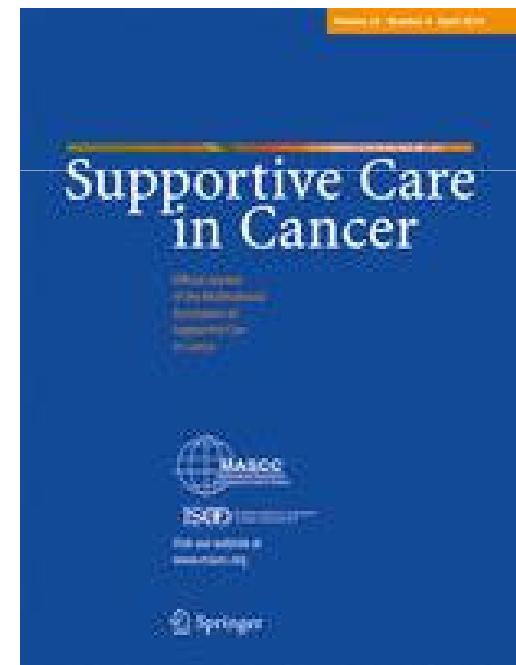
### Dalla diagnosi

se npl non suscettibile  
di terapie chirurgiche

**Durante trattamento RT/CT**  
con finalità curativa

**Nel trattamento delle  
complicazioni,**  
accanto a RT/CT/Riabilitazione  
con finalità palliative

# Simultaneous Care Model



# Integrated Onco-Palliative Care Associated With Prolonged Survival Compared to Standard Care for Patients With Advanced Lung Cancer: A Retrospective Review

Jonathan D. King, MD, Jens Eickhoff, PhD, Anne Traynor, MD, Toby C. Campbell, MD, MSC

June 2016 Volume 51, Issue 6, Pages 1027–1032

## Simultaneous care: a model approach to the perceived conflict between investigational therapy and palliative care

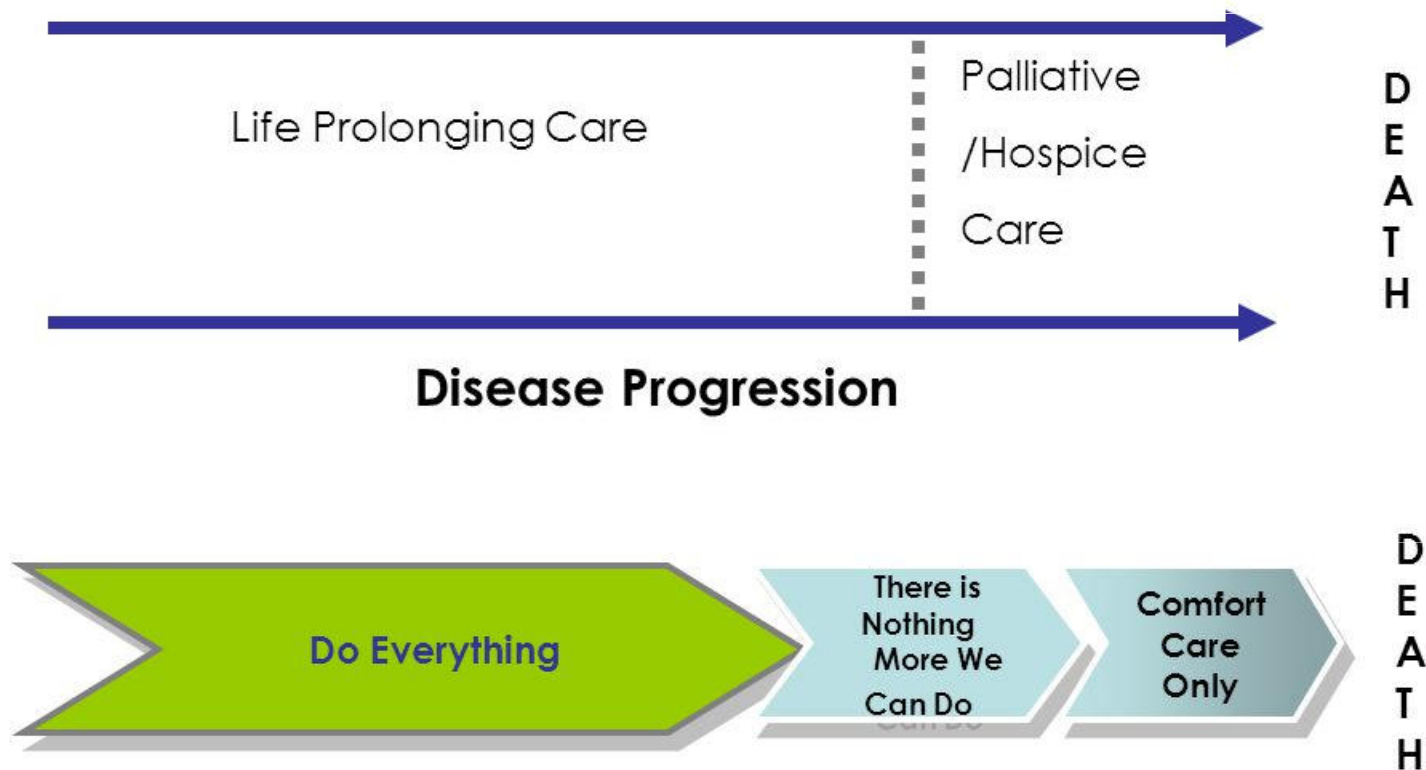
Frederick J. Meyers, MD, John Linder, MSW, Laurel Beckett, PhD\*, Scott Christensen, MD, Joan Blais, MPA, David R. Gandara, MD

### Abstract

Clinical trials of investigational therapy in patients with advanced cancer may not pay sufficient attention to quality of life (QOL) and supportive care issues, resulting in an adverse impact on the quality of care (QOC). We hypothesized that the simultaneous delivery of investigational therapy and a structured program of supportive care would result in measurable improvements in predefined outcomes without adverse events for patients, caregivers, or the physician /patient interaction. This report describes the findings of a trial designed to test the feasibility and initial results of such an approach. 44 patients accrued to Phase I or Phase II investigational therapy trials were simultaneously enrolled into a defined home care program focused on supportive care needs of the patient and family, as well as assessment of the toxicities of investigational therapy. These 44 patients constitute the Simultaneous Care (SC) cohort. Twenty patients receiving investigational therapy and the standard supportive care measures available through the Cancer Center served as a control group, designated the Usual Care (UC) cohort.

We measured QOL using baseline and monthly assessments of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) instrument. This instrument measures four domains of well-being: physical, emotional, functional, and social/family. We prospectively defined QOC as: the percentage of hospice referrals; hospice length of stay; and number of cycles of chemotherapy administered. A summary score for the four FACT domains at each time point for each patient was calculated (FACT 4). The FACT 4 scores of the SC group improved compared to the UC group but did not reach a significant difference. Individual scores reflected a wide range of psychometric variability. A statistically significant difference in referral to hospice was seen in the SC group (35/44) compared to the UC group (8/15) ( $P = 0.034$ ). **The median length of stay in hospice was the same for both cohorts but the mean stay was greater in the SC cohort (54 days) compared to the UC cohort (37 days).** The mean number of chemotherapy cycles was not different between SC and UC ( $P = 0.25$ ). The self-reported acceptance by patients, caregivers, physicians and Cancer Center support staff was qualitatively excellent. Patients with advanced cancer at the time of enrollment onto investigational therapy should have made an explicit transition to palliative care goals but often have not. In the current health care environment, patients with advanced cancer without curative potential may be forced by their health provider or health insurer to choose between disease-directed therapy (including investigational therapy) or structured best supportive care programs. In this emerging era of targeted therapies, SC provides an approach designed to optimize palliative care goals while supporting the clinical research mission of offering patients with advanced cancer new and potentially better therapeutic interventions. SC is a system of care that enhances patient choice by allowing patients and families to have concurrent access to two beneficial options. SC may enhance coordination of care and facilitate patients' explicit transition from curative intent to palliative intent. In order to validate this approach, a randomized comparative trial evaluating SC has been initiated.

# The Old Model: The Cure - Care Mode





# Integrated Onco-Palliative Care

- AbstractContext
- Lung cancer is the leading cause of cancer-related death in the U.S. A large randomized controlled trial in advanced lung cancer found a survival advantage with an early palliative care (EPC) intervention compared to standard oncologic care.

- Objectives

- We performed retrospective analysis of our partially integrated onco-pa cancer clinic to evaluate over

# Quando la terapia ?

I **pazienti anziani (età  $\geq 70$  anni)** sono di per sè una popolazione a maggior bisogno di Cure Palliative, per la frequente coesistenza di comorbidità e disabilità e necessitano di essere valutati attraverso una valutazione multiparametrica dello stato di salute globale.

La scelta di effettuare la chemioterapia nei pazienti in fase metastatica deve avvenire all'interno di un percorso condiviso con il paziente, in cui **la relazione di cura** costituisce il primo atto terapeutico. In tale approccio è necessario che l'oncologo e il paziente affrontino insieme il tema della prognosi e delle terapie antitumorali in modo franco e realistico, in un bilancio onesto tra potenziale efficacia e tossicità attesa, evitando speranze irrealistiche.

*In generale, nei pazienti con tumori solidi e malattia metastatica, non è indicato proporre trattamenti chemioterapici qualora siano presenti le seguenti caratteristiche: PS ECOG 3-4, progressione a precedente trattamento evidence-based, ineleggibilità in trial clinico, mancanza di evidenza che supporti l'utilizzo di un ulteriore trattamento antitumorale.*



Skilled, Multi-Disciplinary Health Professionals

Team-Oriented Approach • Information & Education

Ongoing Care and a Lasting Patient-Doctor Relationship

Integrated Care Across Multiple Medical Disciplines

Evidence based (Western) Medicine



Naturopathic Medicine



In-Depth Health & Wellness Analysis



Cardiovascular Prevention



IV Chelation



Immunization



Psychology & Behavioral Health



Dietitians & Nutritionists



Chinese Herbal Medicine



Massage Therapy & Bodywork



Chiropractic Medicine



Acupuncture



# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

---

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

Per Cure Simultanee, in Oncologia, si intende una modalità di presa in carico e cura della malattia avanzata atta ad associare, in modo sistematico, alle terapie antitumorali anche le Cure Palliative, ottenendo non solo un beneficio su tutti i parametri di qualità della vita, ma in qualche caso, anche un prolungamento della sopravvivenza.

Al fine di poter decidere in modo consapevole, il malato affetto da tumore deve essere informato in modo realistico sulla prognosi e sui risultati attesi dalle terapie antitumorali che gli vengono proposte. Deve altresì essere informato sulle altre eventuali opzioni terapeutiche ed assistenziali disponibili, in accordo con la filosofia della “cura centrata sul paziente”.

Nei pazienti con tumore in progressione o non responsivo dopo le appropriate terapie, per i quali una ulteriore linea di chemioterapia non può ottenere un beneficio clinico, si ritiene non opportuno utilizzare la chemioterapia al solo scopo di dare “speranza” al paziente e/o ai familiari.

# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

---

AIOM2014

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

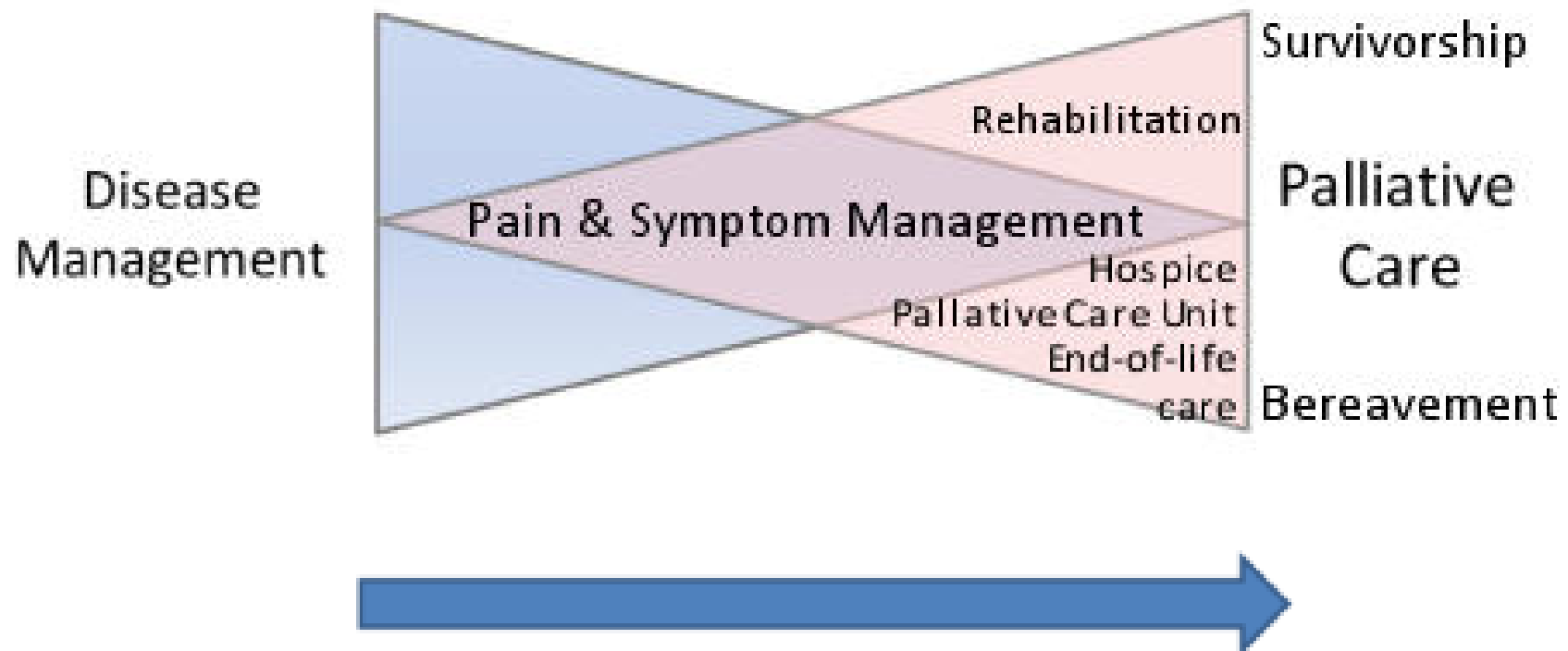
All'oncologo medico è richiesto di attivare e partecipare a studi clinici che promuovano le Cure Simultanee. I requisiti necessari per effettuare tali studi sono la disponibilità di un medico Palliativista (o medico Oncologo dedicato alle Cure Palliative), di un infermiere dedicato alle Cure Palliative, di un Case Manager e di uno Psicologo

La ricerca in Cure Simultanee ha come obiettivo primario la qualità della vita del paziente. La qualità della vita rimane un obiettivo imprescindibile in tutti gli studi per pazienti con tumore in fase metastatica, anche quando l'obiettivo primario è la sopravvivenza. La valutazione dei costi può costituire un obiettivo secondario in alcuni di questi studi.

I **settori di ricerca** ritenuti prioritari da sviluppare riguardano: gli aspetti comunicativi e relazionali; la terapia dei sintomi; il miglioramento della qualità della vita, l'integrazione tra le terapie oncologiche e le Cure Palliative.

In particolare sono prioritari gli studi che portino a definire in modo più rigoroso il concetto di “**beneficio clinico**” (oggi non soddisfacente) per ogni singolo tipo di tumore, e di “**qualità della vita**”, che intercetti appieno il vissuto e lo stato psico-fisico del paziente

# Palliative Care-Enhanced Model



# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

---

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

Non si ravvedono problemi etici o psicologici nel proporre e richiedere il consenso dei pazienti a partecipare a studi clinici in Cure Simultanee. Particolare attenzione va posta agli studi sul trattamento dei sintomi, nei quali il braccio di controllo con il solo placebo, viste le scarse evidenze scientifiche nel settore, può costituire lo standard.

# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

---

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

È diritto del malato oncologico in fase avanzata di malattia avere accesso, oltre che alle terapie antitumorali anche alle Cure Palliative per il controllo dei sintomi fisici, psichici, spirituali e delle problematiche sociali, precocemente nel decorso della sua malattia.

In base alle attuali evidenze scientifiche, si ritiene che il paziente in fase metastatica possa beneficiare delle Cure Simultanee realizzate attraverso un inserimento precoce, in corso di trattamento attivo, delle Cure Palliative.

Le Cure Simultanee devono essere garantite dalla U.O. di Oncologia Medica attraverso l'offerta dei seguenti requisiti irrinunciabili: presenza di personale sanitario dedicato (medico, infermiere, psicologo, etc) con esperienza documentata e capacità di gestire i sintomi; utilizzo routinario di strumenti di valutazione per la misurazione dei sintomi (ECOG-PS, termometro del distress, NRS, VAS, VGM, ESAS), e di scale prognostiche (ad esempio PaP-score).

*L'U.O. di Oncologia Medica deve inoltre definire protocolli per l'identificazione dei pazienti che necessitano di Cure Simultanee, stabilire percorsi ad hoc e utilizzare protocolli e procedure per il controllo dei sintomi*



# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

---

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

Nelle U.O. di Oncologia Medica è auspicabile la presenza di una competenza diffusa in tema di Cure Palliative e la presenza di uno oncologo medico esperto in Cure Palliative, che svolga un ruolo di interfaccia con il servizio/unità di Cure Palliative (ove presente nell'Ospedale o nel territorio di appartenenza)

Viceversa, nell'equipe di Rete di Cure Palliative territoriale, al fine di garantire la continuità assistenziale, in attuazione alla legge 38, è necessario identificare una figura (medica e una infermieristica), preposta per interfacciarsi in modo sistematico e definito (attraverso riunioni periodiche), con l'U.O. di Oncologia medica che ha assistito il paziente nelle diverse fasi della malattia neoplastica, per la condivisione del piano di cura personalizzato e la presa in carico del paziente.

# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

---

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

Tra le reti di Cure Palliative e i dipartimenti oncologici/reti oncologiche devono essere individuate e standardizzate modalità di collaborazione per la presa in carico e la gestione condivisa del paziente oncologico in fase metastatica.

L'attività multidisciplinare nella quale è coinvolto sia l'oncologo medico che il medico palliativista per garantire ai pazienti le Cure Simultanee, deve essere adeguatamente valutata come carico di lavoro e conseguente tariffazione economica.

Dovranno essere individuati indicatori di processo e di risultato per valutare l'appropriatezza dei percorsi, sia in termini di gestione delle risorse, che in termini di efficacia del modello di Cure Simultanee.

Le risorse derivanti dalla razionalizzazione dei percorsi di cura condivisi per il malato oncologico, devono essere reinvestite per la realizzazione e la diffusione delle Cure Simultanee in oncologia

AIOM2014

# VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEL MALATO ONCOLOGICO

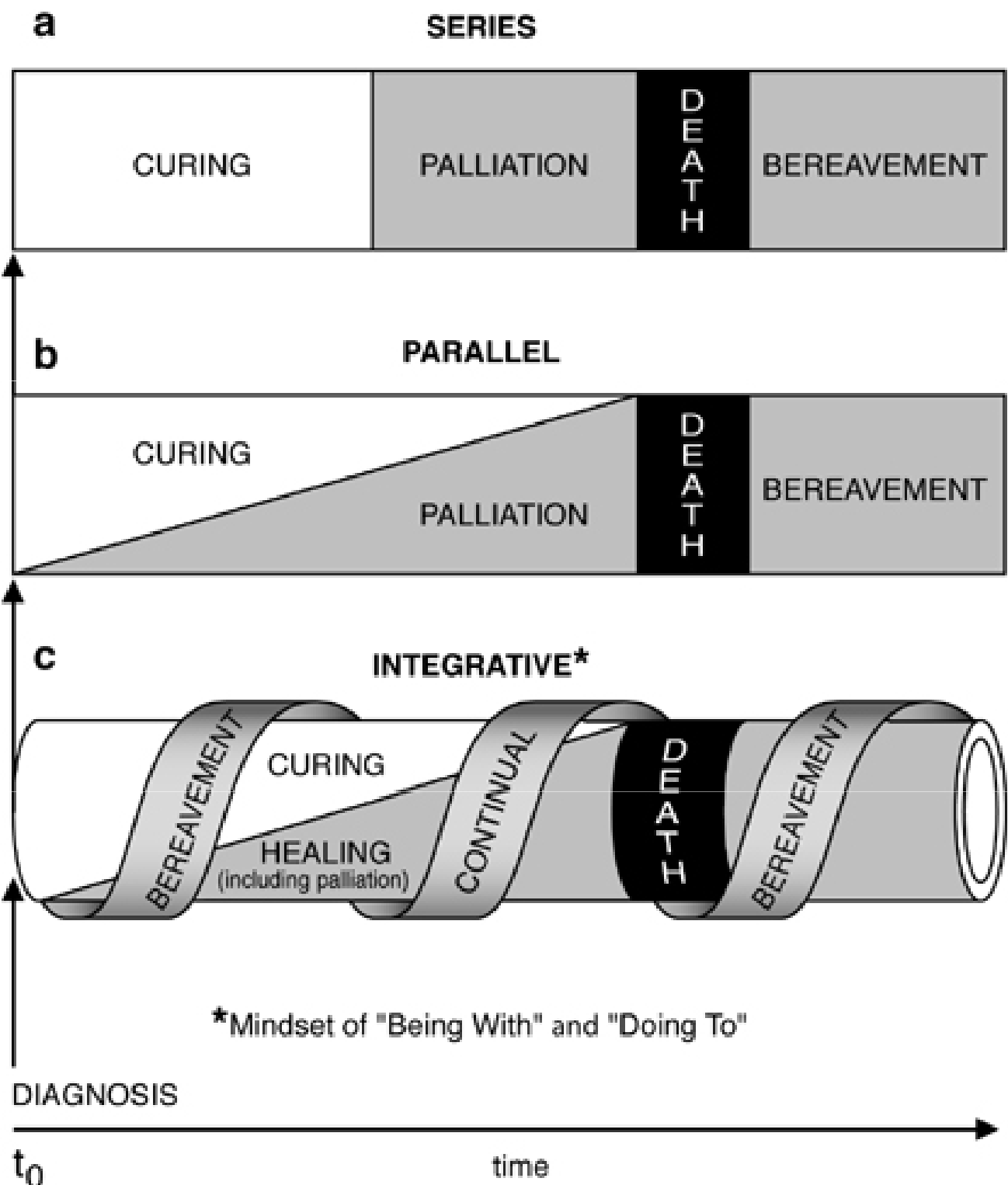
---

Per una precoce integrazione delle cure  
oncologiche e palliative (Cure Simultanee)

Le Cure Simultanee si realizzano attraverso l'**integrazione multidisciplinare** ove l'oncologo medico è affiancato dal medico palliativista (ove disponibile), dallo psicologo, in un'ottica di *condivisione delle competenze e conoscenze* per individuare, nelle varie fasi della malattia, il setting di cura più appropriato per il singolo paziente.

L'equipe multidisciplinare deve condividere

- i criteri per la selezione dei pazienti che necessitano di un percorso di Cure Simultanee,
- gli strumenti per il rilievo dei sintomi e della prognosi,
- le modalità e i tempi di attuazione delle Cure Simultanee, le quali devono essere adeguate al contesto locale, per garantire una gestione efficace delle risorse disponibili.



# Equipe cure simultanee



# Per chi la Simultaneous Care

(Es: polmone, pancreas, stomaco)

- ECOG PS > 1
- Sintomi +++
- Scarso impatto della CT sulla prognosi
- Poche linee CT efficaci
- Sopravvivenza mediana  $\leq$  12 mesi

(Es: mammella, ovaio, colon-retto)

- ECOG PS 0-1
- Sintomi +/-
- Significativo impatto della CT sulla prognosi
- Diverse linee CT efficaci
- Sopravvivenza mediana > 20 mesi se

# Equipe cure simultanee

- Di pertinenza ASST
- Medici e infermieri della ASST
- Assistenza domiciliare di ASST / concorrente degli altri erogatori

Di pertinenza ASST

Medici e infermieri ASST per strutture ospedaliere

Integrazione con enti impattanti sul territorio

Cartella comune condivisa

# Dove la Simultaneous Care

- In Ospedale
- Presenza di letti dedicati ai pazienti che necessitano di integrazione precoce  
Es. pazienti con tumori H&N che necessitano di terapia nutrizionale e del dolore

## Sul Territorio

Equipe dedicata che possa effettuare prestazioni che migliorano la Q of L. del paziente  
ES. trasfusioni a domicilio, paracentesi ecc.



# Note dolenti

- Come finanziare questo approccio correlato ai bisogni dei pazienti
- Quando inizia il pagamento dei voucher , solo per gli ultimi 3 mesi di vita !???

Come erogare la prestazione :

- enti impattanti
- quali prestazioni erogare e/o supportare

GRAZIE PER VOSTRA ZONA

