

## **Allegato 3 : Cure palliative - La valutazione multidimensionale per il precoce inserimento nei programmi di cure palliative dei pazienti affetti da carcinoma del pancreas e delle vie biliari**

**Gruppo di Studio sui tumori del Pancreas e delle Vie Biliari**

**Coordinatore:** Francesco Leone

**Comitato Estensore:** Rosella Spadi, Cristiano Oliva, Anna De Luca (Coordinatore)

**Approvazione: Gruppo di Studio Pancreas-Vie Biliari 14.11.16**

Alabiso Irene, Berrino Elena, Campra Donata, Coppola Franco, De Luca Anna, Fiorito Debora, Giordano Daniele, La Terra Antonella, Leone Francesco, Macera Annalisa, Moro Francesco, Oliva Cristiano, Ostellino Oliviero, Pacchioni Donatella, Ricci Vincenzo, Romito Raffaele, Santarelli Mauro, Spadi Rosella, Viora Tiziana, Vocino Pasquale.

**Quesito relativo al documento di consenso**

Nei pazienti affetti da carcinoma del pancreas e delle vie biliari la precoce integrazione delle cure palliative (EPC) alla presa in carico oncologica determina un miglioramento nell'appropriatezza delle cure esitando in un miglioramento degli outcomes del paziente (qualità di vita -QoL- e verosimilmente sopravvivenza) e in una riduzione dei costi.

**Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o internazionali sul tema**

Su questa tematica il Gruppo di studio adotta le raccomandazioni contenute nelle linee guida AIOM, ESMO ed NCCN.

**Statement di consenso del Gruppo di Studio**

Numerosi studi clinici hanno confermato l'efficacia e l'efficienza (efficacy and effectiveness) delle cure palliative in oncologia.

Quando si parla di Cure Palliative bisogna tenere presenti e ben distinti due possibili approcci: le Cure palliative nel fine vita (CP EoL) e l'integrazione precoce delle cure palliative in oncologia (Early palliative Care – EPC), entrambe considerate ormai come imprescindibili per la corretta gestione dei pazienti oncologici.

Esistono chiare evidenze che l'approccio integrato precoce (EPC), nei centri in cui il servizio di cure palliative procede di pari passo con i servizi di oncologia, sia un importante intervento di appropriatezza nella health care agendo su due livelli: da un lato implementando gli outcomes del paziente attraverso il miglioramento della qualità di vita, il controllo dei sintomi fisici, psicologici e sociali del paziente e della famiglia, e verosimilmente impattando sulla sopravvivenza; dall'altro implementando la qualità delle cure, riducendo l'aggressività dei trattamenti nel fine vita, migliorando l'appropriatezza delle prestazioni, riducendo la morbidità complessiva e di conseguenza, potenzialmente, riducendo i costi.

Peraltro, la precoce introduzione delle Cure Palliative come standard nella pratica clinica del trattamento del paziente oncologico dovrebbe essere raggiunto prima del 2020 (deadline suggerita da ASCO).

Nei pazienti affetti da neoplasia pancreatico e delle vie biliari, l'avvio delle EPC necessariamente spesso coincide con la diagnosi di malattia localmente avanzata, non resecabile o metastatica considerata la prognosi infausta di questi specifici istotipi.

Sulla base di questo razionale, il Gruppo di Studio propone l'attivazione dei programmi di cure palliative precoci per tutti i pazienti che presentino i seguenti criteri:

- diagnosi di neoplasia non operabile, localmente avanzata e/o metastatica;
- presenza di sintomi non controllati;
- avvio a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo.

Lo screening dovrebbe avvenire attraverso la compilazione di un questionario (ALLEGATO 1) da parte del personale sanitario volto a valutare:

- 1) patologia di base;
- 2) patologie concomitanti;
- 3) stato funzionale del paziente;
- 4) sintomi del paziente.

In presenza di score superiore a 5 il paziente dovrebbe essere inviato precocemente all'attenzione della rete di cure palliative.

In presenza di score inferiore o uguale a 5 fornire al paziente eventuali informazioni sulle Cure Palliative e rivalutare il paziente nel tempo ad ogni variazione del programma terapeutico.

La fase di screening avviene in tre momenti del percorso di cura del paziente:

1. al momento della visita presso il Centro Accoglienza Servizi (CAS) di un paziente con malattia inoperabile o metastatica. Infermiere o medico del CAS contatteranno la Struttura organizzativa di Cure Palliative identificata nel PDTA aziendale, secondo le modalità concordate;
2. al momento della visita interdisciplinare GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure). Nei GIC è presente o attivabile il medico esperto in cure palliative per tutti i pazienti in possesso dei requisiti ;
3. oncologi e tutti gli altri specialisti devono richiedere una consulenza per cure palliative per i pazienti in possesso dei requisiti, se non già precedentemente noti al CAS e al GIC, o richiedere la presa in carico da parte della rete di cure palliative per i pazienti che non vengono più sottoposti a trattamenti oncologici attivi (dovrebbe essere documentata la avvenuta comunicazione efficace al paziente ed ai familiari della non indicazione a prosecuzione delle terapie antitumorali).  
La presa in carico riguarda le cure in qualunque setting assistenziale: ambulatorio, ricovero diurno, ricovero ordinario , struttura residenziale.

#### **Motivazioni ed eventuali commenti sul rapporto tossicità/beneficio**

Molti studi hanno dimostrato come le EPC, oltre a determinare un importante beneficio dal punto di vista clinico abbiano una importante ricaduta anche sulla riduzione dei costi implementando i livelli di appropriatezza misurabili attraverso diversi indicatori quali:

- riduzione dell'uso inappropriato di chemioterapia nell'ultimo mese di vita;
- riduzione degli accessi in DEA negli ultimi 3 mesi di vita;
- riduzione di multiple ospedalizzazioni nel fine vita;
- riduzione del numero di decessi in ospedale.

#### **Bibliografia essenziale**

- Zagonel V, Torta R. Et al Early Integration of Palliative Care in Oncology Practice: Results of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) Survey. *Journal of Cancer* 2016; 7(14):1968-1978- doi 10,7150/jca14634;
- D. Schrijvers and N. I. Cherny ESMO Clinical Practice Guidelines on Palliative Care: Advanced Care Planning *Ann Oncol* (2014) 25 (suppl 3): iii138-iii142;
- M. Ducreux, A. Sa. Cuhna, C. Caramella, A. Hollebecque, P. Burtin, D. Goéré, T. Seufferlein, K. Haustermans, J. L. Van Laethem, T. Conroy, and D. Arnold Published in 2015 *Cancer of the Pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines Ann Oncol* (2015) 26 (suppl 5): v56-v68;
- NCCN GUIDELINES Version 1, 2016;
- AIOM Linee Guida Carcinoma del pancreas esocrino versione 2016;
- AIOM Linee Guida Tumori delle vie biliari versione 2016;
- Maltoni M ed el ; Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG) Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer* 2016 Dec;69:110-118. doi: 10.1016/j.ejca.2016.10.004. Epub 2016 Nov 4.