



Documento di consenso Cure Palliative precoci e simultanee

STATO DELLA REVISIONE			
N.	Data/Anno	Modifiche	Autori
01	2025	Revisione	Coordinatori GdS Anno 2025: Matteo Cometto, Ferdinando Garetto, Paolo Rappa Verona, Maria Marcella Rivolta
00	2017	Prima emissione	Componenti Gruppo di Stesura Anno 2017

Coordinatore: Angioletta Calorio

Comitato estensore Anno 2017:

Gioia Becchimanzi, Cristina Capello, Ferdinando Garetto, Nicoletta Ghilotti, Maria Marcella Rivolta

Componenti del Gruppo di Lavoro Anno 2017 che hanno approvato il documento:

Giovanni Bersano, Andrea Delfino, Francesca Lorenzin, Mauro Mezzabotta, Erika Mozzato, Giuseppe Parello, Francesco Pinta, Silvana Sabbaa, Elena Scarrone, Michela Stivanello, Marcello Tucci

Quesito relativo al documento di consenso
Vi è indicazione ad una consulenza di cure palliative sin dalla presa in carico del paziente in fase avanzata di malattia oncologica da parte del CAS, in presenza di problematiche complesse anche indipendentemente dalla prognosi, dal performance status e dai trattamenti attivi in corso?
Introduzione
La presa in carico del paziente oncologico comporta la valutazione di una serie di fattori clinici, sociali, psicologici e ambientali che richiedono necessariamente l'interazione fra le figure professionali dell'èquipe curante, allargata alla famiglia e alla rete formale e informale di supporto [1-2]. L'ospedale è il luogo in cui in genere si "snodano" molti di questi passaggi e soltanto attraverso la definizione di percorsi multidisciplinari e multiprofessionali è possibile dare una risposta organica ai bisogni del paziente e della famiglia, che non sia solo la gestione di "emergenze" successivamente subentranti [4]. Da alcuni anni si parla di "simultaneous care" come modalità più idonea per la presa in carico di tali bisogni: "in accordo con ASCO un approccio palliativo combinato alle cure antitumorali specifiche dovrebbe essere precocemente garantito a tutti i pazienti con malattia metastatica e/o sintomi rilevanti" [3-5-6-7-10-11]. Si tratta di una fase di non facile definizione, in cui i modelli operativi richiedono adattabilità e flessibilità a seconda dei diversi "setting" assistenziali [9] e che proprio per questo richiede un lavoro di integrazione e scambio continuo fra le realtà chiamate ad interagire.
Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o Internazionali sul tema
Il documento AIOM /SICP del 2015 relativo alle Cure Palliative precoci e simultanee[10] e le linee guida dell'American Society of Clinical Oncology del 2012 [7] raccomandano che, in caso di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia con una delle seguenti caratteristiche: • fase avanzata di malattia con attesa vita > 1 anno, ma con sintomi complessi, • prognosi < 6 mesi anche in corso CT e con buon performance status, • presenza di fragilità (indipendentemente da prognosi e sintomi) (1), sia necessario [5-6] richiedere consulenza di cure palliative per l'eventuale attivazione di Simultaneous care. Queste indicazioni vengono ulteriormente confermate dalla recente Cochrane review del 2017 "Early palliative care for adults with advanced cancer" (11). <i>(1) Per "fragilità" si intende la dimensione psico-sociale e familiare, quando interferisce in modo significativo sul percorso di malattia o ne è direttamente correlata. Il riferimento operativo è la scheda CAS, in integrazione – laddove presente – con il Progetto "Protezione Famiglia" e –sempre- con la Rete Psicologica e Sociale.</i>
Statement di consenso del Gruppo di Studio
Alla vista CAS (o nelle successive rivalutazioni) del paziente oncologico in fase avanzata deve essere valutata la necessità di cure palliative precoci e simultanee [7-10-11]. L'attivazione deve avvenire con procedure definite e tempestive [6-8-10-11] e devono essere garantiti requisiti di personale, tempi e spazi dedicati. Ogni Centro dovrà definire tali percorsi nei PDTA, con l'obiettivo di raggiungere un sistema di procedure condivise di Rete.

Motivazioni ed eventuali commenti sul rapporto costo/beneficio

La presa in carico del paziente oncologico comporta la valutazione di una serie di fattori clinici, sociali, psicologici e ambientali che richiedono necessariamente l'interazione fra le figure professionali dell'equipe curante, allargata alla famiglia e alla rete formale e informale di supporto [1-2].

L'ospedale è il luogo in cui in genere si "snodano" molti di questi passaggi e soltanto attraverso la definizione di percorsi multidisciplinari e multiprofessionali è possibile dare una risposta organica ai bisogni del paziente e della famiglia, che non sia solo la gestione di "emergenze" successivamente subentranti [4].

Da alcuni anni si parla di "simultaneous care" come modalità più idonea per la presa in carico di tali bisogni: "in accordo con ASCO un approccio palliativo combinato alle cure antitumorali specifiche dovrebbe essere precocemente garantito a tutti i pazienti con malattia metastatica e/o sintomi rilevanti" [3-5-6-7-10].

Bibliografia essenziale

- 1) Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010;
- 2) DDR Regione Piemonte 388 del 21/5/2013 "Individuazione dei percorsi attuativi della Rete regionale di Cure Palliative, in attuazione della DGR n. 29-4854 del 21/10/2012, di recepimento ed iniziale attuazione dell'intesa del 25/7/2012 (...)";
- 3) Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky et al. "Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer" NEJ Med 363; 8 (19), 2010;
- 4) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM et al "Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life?" J Pain Symptom Manage 2002; 23:96-106; vol.5 (4), 207-8;
- 5) Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helft, et al: "American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer" JCO Volume 29 _ Number 6 _ February 20 2011;
- 6) Eduardo Bruera and David Hui "Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer: Establishing Goals and Models of Care" JCO Sep 1, 2010:4013-4017; published online on July 26, 2010; DOI:10.1200/JCO.2010.29.5618;
- 7) Thomas J. Smith, Sarah Temin Amy P. Abernethy: "American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care" 2012 by American Society of Clinical Oncology;
- 8) Adelson K, Paris J, Cardinale B, et al. "Standardized criteria for required palliative care consultation on the solid tumor oncology service". J Clin Oncol 2013;31;
- 9) Ewert "Classifying the invisible: Building a taxonomy of integrated palliative care initiatives" June 10, 2015 by pallcare;
- 10) Documento AIOM / SICP 2015 "Cure palliative precoci e simultanee";
- 11) Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich H, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M: Cochrane Review "Early Palliative Care For Adults With Advanced Cancer", 12/6/2017 .