

Criticità e Modelli di Gestione del Paziente Oncologico in DEA

Analisi delle sfide e delle opportunità nella gestione integrata del paziente oncologico nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione

OUTLINE: Criticità e Modelli di Gestione del Paziente Oncologico in DEA



Casi Clinici: alcuni esempi rappresentativi



Quando e come e perché il paziente oncologico accede in DEA



Concludendo

- Il paziente oncologico è un paziente complesso: "fragile" nel senso che è più vulnerabile rispetto ad altri "target del trattamento".
- Avvicinare a DEA per casi di emergenza oncologica è un processo che richiede una buona conoscenza delle risorse e delle competenze dei professionisti coinvolti.
- La DEA è un punto di incontro per i professionisti di diverse discipline: oncologia, cure palliative, emergenza, ecc.
- La risposta a un'emergenza oncologica è un processo che richiede una buona conoscenza delle risorse e delle competenze dei professionisti coinvolti.
- La risposta a un'emergenza oncologica è un processo che richiede una buona conoscenza delle risorse e delle competenze dei professionisti coinvolti.

Focus DEA-Oncologia: Modelli di gestione

Integrazione tra professionisti per una gestione integrata del paziente oncologico



Le criticità



Dott. Andrea Milani
Dipartimento di Emergenza ed Accettazione ASL TO5
Scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza (MEU) Università di Torino



OUTLINE: Criticità e Modelli di Gestione del Paziente Oncologico in DEA



Casi Clinici: alcuni esempi rappresentativi

Inviata in DEA dal Day Hospital di oncologia dello stesso ospedale per
"Ricovero e avvio cure palliative"
Vive sola, ha una sorella caregiver
In Triage:
In anamnesi Ca cervice chemio e radiotrattata, ipertensione
Parametri vitali:
PAO 110/70, SATO2 99% in aa, FC 99, TC 36, NRS 3/10
Assegnato **CODICE VERDE**
Ore 11.04



Ore 13.55



Intanto in mattinata in DEA...
accedono 2 codici rossi
4 arancioni
7 azzurri

ROSSO	0	2
ARANCIO	0	9
AZZURRO	7	15
VERDE	15	19
BIANCO	-	-



Cristina rivalutata: confermato **CODICE VERDE**

Ore 15.35

Cristina riferisce malessere ed un episodio di vomito: aumentato
CODICE AZZURRO

Intanto in DEA sono passati:
altri 2 codici arancio e 5 verdi



ROSSO	0	1
ARANCIO	2	9
AZZURRO	8	12
VERDE	15	16
BIANCO	0	1

Ore 16.15

Finalmente la signora Cristina viene chiamata in visita
Confermato **CODICE AZZURRO**
Attesa: 5 ore e 11 min



ROSSO	-	-
ARANCIO	0	3
AZZURRO	1	4
VERDE	10	6
BIANCO	4	1

Signora Cristina 67 anni. 4 settembre 2025

Ore 19.45: dopo trasfusione di 2 EC la signora riferisce di sentirsi meglio di
voler tornare a domicilio e rifiuta ospedalizzazione

Contattata la sorella che è "impossibilitata" ad accompagnarla a casa e
chiede di "convincere" la sorella a farsi ricoverare

Colloquio con la signora (durata 35 min circa) in cui si spiegano le attuali
condizioni cliniche, il programma terapeutico e le necessità assistenziali
Alla fine acconsente a rimanere in DEA, proseguire con le trasfusioni e
concorda per ricovero in reparto di Medicina

Intanto in DEA...

ROSSO	-	-
ARANCIO	0	12
AZZURRO	13	19
VERDE	12	14
BIANCO	-	-



Come prosegue...

- trasfusa 4 sacche di EC, effettuata EGDS e consulenza gineco
- attesa di ricovero in DEA per 2 giorni.
- Ricovero in medicina dove è stata ulteriormente trasfusa
- Attivato Hospice, ma intanto la signora aveva espresso il desiderio di tornare al domicilio
- In attesa di attivazione UOCP domiciliare, peggioramento ulteriore delle condizioni generali e insorgenza di insufficienza epatica per cui avviata sedazione terminale in reparto
- Deceduta 25/09/25

La signora negli ultimi 20 giorni della sua vita ha trascorso 5 ore su una sedia a rotelle in triage, 48 ore circa su una barella e, nonostante il suo desiderio di morire a casa, è deceduta in ospedale.

Signora Cristina 67 anni. Visita delle ore 16.15 del 4 settembre 2025

Contattata telefonicamente la sorella della paziente:
Riferisce di "essere dispiaciuta di non esserci, che nella mattinata aveva accompagnato la sorella, ma poi era dovuta andare a lavorare" e che "l'oncologo un po' mi ha spiegato"
Riferisce di essere conscia della situazione della sorella, di aver provveduto a parlare della attivazione dell'ADI con il curante, ma che tale servizio non era ancora attivo.
Riferisce che la signora pur essendo conscia della sua malattia "rifiuta un po' di capire" e che non crede che sappia che l'oncologo "non vuole più farle la terapia", ma che d'altro canto "non sopporterebbe più di stare male"
La sorella riferisce difficoltà nella gestione domiciliare e chiede ospedalizzazione "per rimetterla un po' in sesto, anche se so che sarà sempre peggio".

Durata della telefonata almeno 15 -20 min.

Intanto in DEA...



Signora Cristina 67 anni. Visita delle ore 16.15 del 4 settembre 2025

APR Ca cervice st FIGO 3a alla diagnosi del 2020 sottoposta a RT + chemio concomitante e brachiterapia
Progressione locale e metastatica (linfonodale, epatica, ossea) nel 2025 per cui sottoposta a chemioterapia con Carbo-taxolo 7 cicli (ultimo ciclo luglio 2025) e nefrostomia percutanea bilaterale
Ipertensione, struma tiroideo non in trattamento
Pregressa ulcera duodenale

APP nel corso della terapia, pur in stabilità radiologica, progressivo dimagrimento, scadimento condizioni generali, sviluppata piastrinopenia e anemizzazione per cui trasfusa in più occasioni.
Ultimo ciclo di terapia circa due mesi prima. Da allora visite di controllo e terapia di supporto

Vista al mattino dall'oncologo curante che la invia in DEA per scadimento progressivo, astenia, anemizzazione e avvio cure palliative. Suggestiva attivazione ADI. Addendum alla visita (a penna) : "Hb 6.0 g/dl, si invia in DEA per trasfusione urgente"



Alla valutazione:

Soggettivamente riferisce dolore NRS 9/10 alla colonna dorsale e LS
Riferisce continue perdite anali di colore rosso scuro, per cui indossa costantemente assorbente, anoressia, perdita di peso (2 Kg circa) nelle ultime settimane. Si mostra preoccupata di non aver fatto "neanche oggi" la chemioterapia. Riferisce intenso dolore alla colonna per il quale non ha detto nulla "per non disturbare, c'era tanta gente che stava peggio di me"
Condizioni generali mediocri, sofferente, importante magrezza e sarcopenia, mucose asciutte, polsi presenti. Portatrice di PORT
Peso 37 Kg (48 pre-terapia)
EO ndr

EGA V: Hb 5,8, Lac 2,1, BE + 2,1

Programma: Ematici, prove crociate, Rx torace, Consulenza ginecologica, EGDS, ricovero

Cristina 67 anni

Inviata in DEA dal Day Hospital di oncologia dello stesso ospedale per
"Ricovero e avvio cure palliative"

Vive sola, ha una sorella caregiver

In Triage:

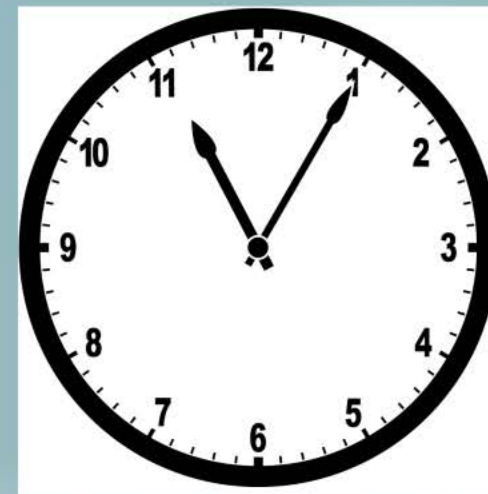
In anamnesi Ca cervice chemio e radiotrattata, ipertensione

Parametri vitali:

PAO 110/70, SATO2 99% in aa, FC 99, TC 36, NRS 3/10

Assegnato **CODICE VERDE**

Ore 11.04



Ore 13.55



Intanto in mattinata in DEA...
accedono 2 codici rossi
4 arancioni
7 azzurri

CODICE	IN ATTESA	IN VISITA
ROSSO	0	2
ARANCIO	0	9
AZZURRO	7	15
VERDE	15	19
BIANCO	-	-



Cristina rivalutata: confermato **CODICE VERDE**

Ore 15.35

Cristina riferisce malessere ed un episodio di vomito: aumentato

CODICE AZZURRO

Intanto in DEA sono passati:
altri 2 codici arancio e 5 verdi



CODICE	IN ATTESA	IN VISITA
ROSSO	0	1
ARANCIO	2	9
AZZURRO	8	12
VERDE	15	16
BIANCO	0	1

Ore 16.15

Finalmente la signora Cristina viene chiamata in visita

Confermato **CODICE AZZURRO**

Attesa: 5 ore e 11 min



CODICE	IN ATTESA	IN VISITA
ROSSO	-	-
ARANCIO	0	3
AZZURRO	1	4
VERDE	10	6
BIANCO	4	1

Signora Cristina 67 anni. Visita delle ore 16.15 del 4 settembre 2025

APR Ca cervice st FIGO 3a alla diagnosi del 2020 sottoposta a RT + chemio concomitante e brachiterapia

Progressione locale e metastatica (linfonodale, epatica, ossea) nel 2025 per cui sottoposta a chemioterapia con Carbo-taxolo 7 cicli (ultimo ciclo luglio 2025) e nefrostomia percutanea bilaterale

Ipertensione, struma tiroideo non intrattamento

Pregressa ulcera duodenale

APP nel corso della terapia, pur in stabilità radiologica, progressivo dimagrimento, scadimento condizioni generali, sviluppata piastrinopenia e anemizzazione per cui trasfusa in più occasioni.

Ultimo ciclo di terapia circa due mesi prima. Da allora visite di controllo e terapia di supporto

Vista al mattino dall'oncologo curante che la invia in DEA per scadimento progressivo, astenia, anemizzazione e avvio cure palliative. Suggesta attivazione ADI. Addendum alla visita (a penna) : "Hb 6.0 g/dl, si invia in DEA per trasfusione urgente"



Alla valutazione:

Soggettivamente riferisce dolore NRS 9/10 alla colonna dorsale e LS
Riferisce continue perdite anali di colore rosso scuro, per cui indossa costantemente assorbente, anoressia, perdita di peso (2 Kg circa) nelle ultime settimane. Si mostra preoccupata di non aver fatto "neanche oggi" la chemioterapia. Riferisce intenso dolore alla colonna per il quale non ha detto nulla "per non disturbare, c'era tanta gente che stava peggio di me"
Condizioni generali mediocri, sofferente, importante magrezza e sarcopenia, mucose asciutte, polsi presenti. Portatrice di PORT
Peso 37 Kg (48 pre-terapia)
EO ndr

EGA V: Hb 5.8, Lac 2.1, BE + 2.1

Programma: Ematici, prove crociate, Rx torace, Consulenza ginecologica, EGDS, ricovero

Signora Cristina 67 anni. Visita delle ore 16.15 del 4 settembre 2025

Contattata telefonicamente la sorella della paziente:

Riferisce di "essere dispiaciuta di non esserci, che nella mattinata aveva accompagnato la sorella, ma poi era dovuta andare a lavorare" e che "l'oncologo un po' mi ha spiegato"

Riferisce di essere conscia della situazione della sorella, di aver provveduto a parlare della attivazione dell'ADI con il curante, ma che tale servizio non era ancora attivo.

Riferisce che la signora pur essendo conscia della sua malattia "rifiuta un po' di capire" e che non crede che sappia che l'oncologo "non vuole più farle la terapia", ma che d'altro canto "non sopporterebbe più di stare male"

La sorella riferisce difficoltà nella gestione domiciliare e chiede ospedalizzazione "per rimetterla un po' in sesto, anche se so che sarà sempre peggio"

Durata della telefonata almeno 15 -20 min.

Intanto in DEA...



Signora Cristina 67 anni. 4 settembre 2025

Intanto in D

Ore 19.45: dopo trasfusione di 2 EC la signora riferisce di sentirsi meglio di voler tornare a domicilio e rifiuta ospedalizzazione

Contattata la sorella che è "impossibilitata" ad accompagnarla a casa e chiede di "convicere" la sorella a farsi ricoverare

Colloquio con la signora (durata 35 min circa) in cui si spiegano le attuali condizioni cliniche, il programma terapeutico e le necessità assistenziali
Alla fine acconsente a rimanere in DEA, proseguire con le trasfusioni e concorda per ricovero in reparto di Medicina

Intanto in DEA..

CODICE	IN ATTESA	IN VISITA
ROSSO	-	-
ARANCIO	0	12
AZZURRO	13	19
VERDE	12	14
BIANCO	-	-



Come prosegue..

- trasfuse 4 sacche di EC, effettuata EGDS e consulenza gineco
- attesa di ricovero in DEA per 2 giorni.
- Ricovero in medicina dove è stata ulteriormente trasfusa
- Attivato Hospice, ma intanto la signora aveva espresso il desiderio di tornare al domicilio
- In attesa di attivazione UOCP domiciliare, peggioramento ulteriore delle condizioni generali e insorgenza di insufficienza epatica per cui avviata sedazione terminale in reparto
- Deceduta 25/09/25

La signora negli ultimi 20 giorni della sua vita ha trascorso 5 ore su una sedia a rotelle in triage, 48 ore circa su una barella e, nonostante il suo desiderio di morire a casa, è deceduta in ospedale.

Accompagnato in DEA di I livello venerdì sera ore 21.55 dal MSB per dispnea ingiavescnte, presente da settimane, ma severamente peggiorata degli ultimi due giorni

Alla valutazione in triage: severamente dispnoico, obnubilato, pallido, sudato
PAO FC 120, SATO2 80% in aa TC 37.5

Accede in sala emergenza in codice rosso per valutazione immediata

Alla valutazione:

A: c/o anore pervia

B: udito/forza midollari accessori, dispnoica, MV ridotto in toto, rancidi/FR: TS att/IVA, SATO2 80% aa

C: RC 4 sec pallido, non maresziature, PAO 15/80, FC 110, accesso venoso, rivestito ECG

D: PEARL, GCS E4, M4M6, LON non grossolani segni III lato

E: giugulari tesi, pallido, sudato, PACE ad impianto basale dx, TC 37.3

A: mega allargio

M: Desametasone, Varigra, LantusAA, Atorvastatinib, Trilete, Bisoprololo, Trefeg

P: Cardiopatia ischemica (STEMI 2020), K polmone metastatico non chiaro se in trattamento (previsto appuntamento per il martedì, non disponibile per visione documentazioni clinici), HA, dislipolemia, sovrappeso, fumatore

L: Ore 14

E: Dispnea ingiavescnte da alcuni giorni, peggiorata acutamente oggi nel pomeriggio, non febbre

ECG RS, tachi sinusale, BBbx-TT-T Secondaria

EGA insufficienza respiratoria tipo 1



PoCUS:
Van ipertensiva, Vili dilatati con M-Carnali, TAPSE ridotto, VC dilatata ipocilata, IT 2/5+, IM+ Torace sliding bilat, non addensamenti, linee B bilaterali

DIAGNOSTICA:

Ematico: Leucocitosi neutrofila, lieve anemia, Rialzo PCR, Troponina I 210, PraBNP 900, rialzo LDH, AST/ALT, bilirubina tot 2.8

AngioTC: multipli difetti di riempimento a carico di entrambi i rami arteriosi polmonari principali, lesione disciocavitica basale da con aspetti recettivi e multiple lesioni satellite ubiquitarie a carico di entrambi i polmoni. Lesioni ossee di aspetto misto a carico di alcuni costole e corpi vertebrali costali. Ai tagli infarali lesioni disciocavitiche epatiche coningenti entrambi i lobi

Table 1 Classification of PE based on early mortality risk			
Early mortality risk	PE severity	ECG	
		ECG	ECG
Low	Low	ECG	ECG
Low	High	ECG	ECG
High	Low	ECG	ECG
High	High	ECG	ECG

NB: Embolctomia meccanica non disponibile prima di 30-40 min

Ore 22.40

Documentazione clinica non disponibile
Oncologo non disponibile (venerdì sera)
Non sembrano emergere controindicazioni alla trombolisi (no NAO, no chirurgia recente, no ictus in anamnesi etc etc)

Avvia Trombolisi con Alteplase 10+90

Ore 23.15

Miglioramento condizioni cliniche, PAO 115/80, FC 90, SATO2 88% in MV 50%

Ore 23.50

Peggioramento GCS (E2, V4, M5), soporoso, confuso, Epistassi alto sup in Anisocoria pupillare

TAC: sono presenti multiple lesioni metastatiche intracraniche, infarctimento emorragico di alcune lesioni, la più grande delle quali in sede temporale dx di circa 30x30mm, insulare shift della struttura della linea mediana

Ore 00.40

Si rende disponibile la documentazione clinica:
APC: Carcinoma squamoso del polmone (EGFR/ALK WT, PD-L1 1%) in St. IV di stadio con M1 polmonari, osse ed epatiche sottoposto a 1° linea con Carbo-Taxolo e Pembrolizumab attualmente in mantenimento con solo Pembro. Seguito da ematologia di altro ospedale.
Ultima TC di rivasiazione di pochi giorni prima: PD epatica, ossea e cerebrale.

All'ultima visita oncologica di rivasiazione: scadenza performance, ECOG 5 affatic. Scarsa compliance del paziente alle terapie e scarsa compliance da parte dei familiari (non presenti). Si propone visita RT. Si imposta terapia di supporto. Prossima visita ematico ed Rx torace e discussione avvia percorso terapie palliative.

Calogero 75 anni.

Ore 00.10:
Consulenza anestesiologica: non indicazioni a IOT a ricovero in UTI.
Consulenza NCH: visto il quadro clinico generare non indicazioni ad intervento

Ore 1.00: Colloquio con i parenti

Ore 1.30 nuovo colloquio congiunto con anestesista ed urgentista

Ore 2.00 crisi di panico della sorella, aggressione verbale da parte del fratello. Litigio tra fratelli in triage per cui avvertiti CC

Ore 2.40 nuovo colloquio con i parenti. Intimo ulteriore peggioramento GCS E1,V1,M1

Ore 4.00 sospese terapie attive, avviata, in accordo con i familiari, sedazione terminale

Ore 13.50 della domenica decesso

Accompagnato in DEA di I livello venerdì sera ore 21.55 dai MSB per dispnea ingravescente, presente da settimane, ma severamente peggiorata degli ultimi due giorni

Alla valutazione in triage: severamente dispnoico, obnubilato, pallido, sudato
PAO FC 120, SATO2 80% in aa TC 37.5

Accede in sala emergenza in codice rosso per valutazione immediata

A: vie aeree pervie

C: RC 4 sec, pallido, non marezzature, PAO 95/60, FC 110, accesso venoso, monitor ECG

E: giugulari tese, pallido, sudato, PICC ad impianto basilare dx, TC 37.5

M: Desametasone, Targin, cardioASA, Atorva/ezetimibe, Triatec, Bisoprololo, Trelegy

L: Ore 14

Vsn ipercinetico, Vdx dilatato con McConnell, TAPSE ridotto, VCI dilatata ipocollab, IT 2/3+, IM+ Torace sliding bilat, non addensamenti, linee B bibasali



DIAGNOSTICA:

Ematici: Leucocitosi neutrofila, lieve anemia, Rialzo PCR, Troponina I 230, ProBNP 900, rilazo LDH, AST/ALT, bilirubina tot 2.8

AngioTC: multipli difetti di riempimento a carico di entrambi i rami arteriosi polmonari principali, lesione discariocinetica basale dx con aspetti necrotici e mutiple lesioni satelliti ubiquitarie a carico di entrambi i polmoni. Lesioni ossee di aspetto misto a carico di alcuni coste e corpi vertebrali costali. Ai tagli inferiori lesioni discariocinetiche epatiche coinvolgenti entrambi i lobi

Table 9 Classification of PE based on early mortality risk



Early mortality risk		Indicators of risk			
		Haemo-dynamic instability	Clinical parameters of PE severity/ comorbidity: PESI III-V or sPESI ≥1	RV dysfunction on TTE or CTPA	Elevated cardiac troponin levels
High		+	(+)	+	(+)
Intermediate	Intermediate-high	-	+	+	+
	Intermediate-low	-	+	One (or none) positive	
Low		-	-	-	Assessment optional; if assessed, negative

CTPA = computed tomography pulmonary angiography; PESI = Pulmonary Embolism Severity Index; TTE = transthoracic echocardiography.

Controindicazioni assolute^a

- Ictus emorragico o di origine sconosciuta
- Ictus ischemico nei 6 mesi precedenti
- Tumore o danno al sistema nervoso centrale
- Recente trauma maggiore/intervento chirurgico/danno cerebrale (nelle precedenti 3 settimane)
- Emorragia gastrointestinale nell'ultimo mese
- Emorragia nota

Controindicazioni relative

- Attacco ischemico transitorio nei 6 mesi precedenti
- Terapia anticoagulante orale
- Gravidanza o entro 1 mese postpartum
- Puntura di vasi non comprimibili
- Rianimazione cardiopolmonare traumatica
- Iperensione refrattaria (pressione arteriosa sistolica > 180 mmHg)
- Epatopatia avanzata
- Endocardite infettiva
- Ulcera peptica attiva

NB: Embolectomia meccanica non disponibile prima di 30-40 min

Ore 22.40

Documentazione clinica non disponibile

Oncologo non disponibile (venerdì sera)

Non sembrano emergere controindicazioni alla trombolisi (no NAO, no chirurgia recente, no ictus in anamnesi etc etc)

Avvia Trombolisi con Alteplase 10+90

Ore 23:15

Miglioramento condizioni cliniche. PAO 135/80, FC 90, SATO2 98% in MV 50%

Ore 23:50

Ore 23:50

Peggioramento GCS (E2, V4, M5), soporoso, confuso. Episodio di vomito. Ipostenia arto sup sn Anisocoria pupillare.

TAC: sono presenti multiple lesioni metastatiche intracraniche. Infarcimento emorragico di alcune lesioni, la più grande delle quali in sede temporale dx di circa 30x30mm. Iniziale shift della strutture della linea mediana.

Ore 00.40

Si rende disponibile la documentazione clinica:

APR: Carcinoma squamoso del polmone (EGFR/ALK WT, PDL-1 1%) in St IV d'esordio con M1 polmonari, ossee ed epatiche sottoposto a 1^ linea con Carbo-Taxolo e Pembrolizumab attualmente in mantenimento con solo Pembro. Seguito da oncologia di altro ospedale.

Ultima TC di ristadiatione di pochi giorni prima: PD epatica, ossea e cerebrale.

All'ultima visita oncologica di ristadiatione: scadimento performance, ECOG 3 attuale. Scarsa compliance del paziente alle terapie e scarsa compliance da parte dei familiari (non presenti). Si propone visita RT. Si imposta terapia di supporto.

Prossima visita ematici ed Rx torace e discussione avvio percorso terapie palliative

Ore 00.20

Consulenza anestesiologicala: non indicazioni a IOT o ricovero in UTI.

Consulenza NCH: visto il quadro clinico generale non indicazioni ad intervento

Ore 1.00 Colloquio con i parenti

Ore 1.30 nuovo colloquio congiunto con anestesista ed urgentista

Ore 2.00 crisi di panico della sorella, aggressione verbale da parte del fratello. Litigio tra fratelli in triage per cui avvertiti CC

Ore 2:40 nuovo colloquio con i parenti. Intanto ulteriore peggioramento GCS E1,V1,M1

Ore 4:00 sospese terapie attive, avviata, in accordo con i familiari, sedazione terminale

Ore 13.50 della domenica decesso

DEA snodo fondamentale per Pazienti Oncologici

Il DEA, come per molte altre patologie, è il punto di accesso principale per i pazienti oncologici, evidenziando la sua importanza nella gestione del percorso di tali pazienti

- Negli Stati Uniti ci sono circa 16 milioni di pazienti oncologici, con 4-6 milioni che accedono annualmente al Dipartimento di Emergenza.
- Questi rappresentano circa il 4% di tutti gli accessi, percentuale simile a quella dei pazienti con insufficienza cardiaca congestizia (4%), malattia cerebrovascolare (3,7%) e malattia renale cronica (3,5%)
- Uno studio del 2019 ha indicato che il 10-15% delle morti nei DEA Italiani riguarda pazienti oncologici
- I tumori diagnosticati nel Dipartimento di Emergenza costituiscono dall'11 al 29% delle nuove diagnosi di tumore, con tassi di sopravvivenza inferiori rispetto ai tumori diagnosticati in altri contesti clinici



Erdmann, K., et al. (2019). "Causes of death in the emergency department: a single-center retrospective study." *European Journal of Emergency Medicine*, 26(2), 122-126.

Camici, D. et al. (2017). "Emergency department deaths: a retrospective analysis." *Italian Journal of Emergency Medicine*, 4(2), 63-70.

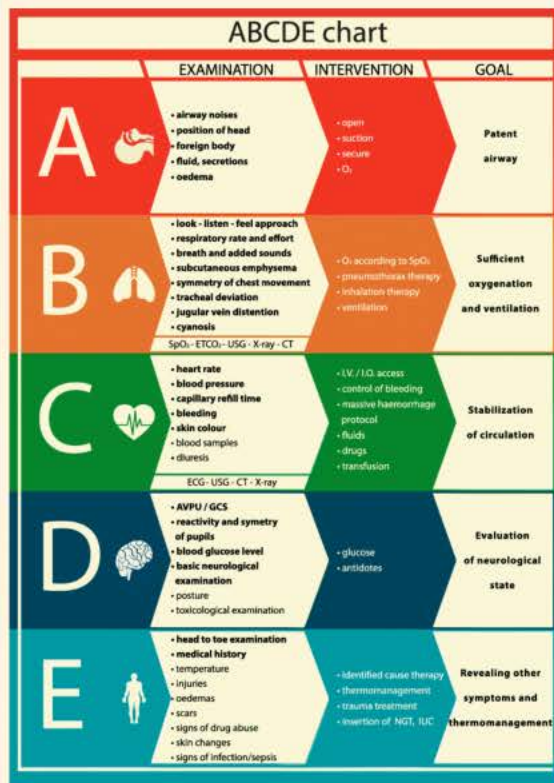
Pusceddu, S., et al. (2020). "Oncologic emergencies: overview and management." *Oncology Reviews*, 14(1), 45-52.

Rapporto Annuale di Epidemiologia e Mortalità, Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Wattana MK et al. (2025). Perceived Gaps in Oncologic Emergency Care for Patients with Cancer: A Qualitative Comparison of Emergency Medicine and Oncologist Physician Perspectives. *Cancers* 2025, 17, 828

AiOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica). "Rapporto sulle statistiche tumorali in Italia," 2020

Motivi di accesso in DEA



Motivo di Accesso	
Dolore acuto o scarso controllo antalgico cronico	
Febbre e segni di infezione/neutropenia	Sepsi, infezioni delle vie urinarie, polmoniti batteriche o virali, neutropenia febbrile
Complicanze ematologiche	Anemia, trombocitopenia, coagulopatie, sanguinamenti e emorragie
Urgenze ed emergenze oncologiche	Compressione midollare/spinale, sindrome da lisi tumorale, ipercalcemia, sindrome da iperviscosità
Sintomi respiratori acuti	Dispnea, versamenti pleurici, embolia polmonare, riacutizzazioni BPCO
Progressione di malattia/metastasi	Sintomi di recidiva/progressione tumorale o metastasi: aumento di volume, dolore, sintomi neurologici, peggioramento generale, progressione clinica o radiologica, tamponamento cardiaco o versamenti
Alterazioni neurologiche acute	Ipertensione endocranica, epilessia, cefalea, sanguinamenti intracranici
Complicanze delle terapie oncologiche	Polmoniti immunomediate, dolore, nausea, vomito, diarrea, etc
Altri motivi	Disidratazione, squilibri elettrolitici, insufficienza renale acuta, febbre persistente senza causa evidente, malessere generale, complicanze gastrointestinali come occlusioni o perforazioni
Fattori socio-emotivi e finalità palliative	Crisi di disagio psicologico, insuccesso delle terapie domiciliari o fratture patologiche, esigenze di supporto palliativo, gestione del dolore terminale.



Quali sono le principali criticità?

- Fattori legati alla fragilità e complessità del paziente oncologico (riconoscimento e gestione nuove tossicità, della diagnosi, della prognosi, degli aspetti comunicativi)
- Limiti organizzativi e strutturali del Dipartimento di Emergenza (overcrowding e dei tempi di attesa, della privacy, informazioni cliniche incomplete, aspetti etici e umani, gestione del lutto e dei familiari, etc)
- Limiti organizzativi e strutturali del Dipartimento di Oncologia e del "Territorio" (mancanza di "rete" dell'acuzie oncologica, aspetti comunicativi, della gestione del paziente nel suo complesso e della rete familiare, aspetti sociali, economici, del dialogo con le altre figure coinvolte, aspetti tecnici ed informatici etc).
- Fattori etici, sociali, psicologici e comunicativi (tra tutti gli attori coinvolti, dal paziente ai caregivers ai professionisti)



Section 1
Diagnosed cancers

Signs
Symptoms

Section 2
Paraneoplastic syndromes

Section 3
Structural complications from cancer

Section 4
Complications of cytotoxic systemic therapies

Section 5
Complications of targeted therapies

Section 6
Pain management & palliative care

Oncologic Emergencies

La diagnosi in pronto è una diagnosi "difficile"



Shapiro E et al (2004): Development and implementation of a English Quality Measure in the Johns Hopkins Hospital. *J Gen Intern Med* 19: 422-430.

Compared with nonemergency presentations, emergency presentations were associated with significantly elevated 1-year mortality, even after accounting for patient age, cancer type, and comorbidities, with adjusted odds ratios of 1.74 (95% CI, 1.63 to 1.86) and 1.83 (95% CI, 1.61 to 2.07) for lung and colorectal cancers, respectively.

Figure 1 is a bar chart titled 'Structure of the cardiovascular (CV) admission diagnosis for patients with risk stratification by myocardial Qp'. The Y-axis represents the percentage of patients, ranging from 0.0% to 50.0% in 10% increments. The X-axis lists 12 CV admission diagnoses: Myocardial infarction, Coronary artery disease, Atherosclerosis, Hypertension, Heart failure, Aortic valve disease, Mitral valve disease, Tricuspid valve disease, Pulmonary hypertension, Pulmonary embolism, Deep vein thrombosis, and Atrial fibrillation. The legend indicates six risk stratification groups: Normal range (blue), Low (orange), Borderline (green), High (red), Very high (purple), and Not classed (grey). The 'Normal range' group shows the highest percentages across most diagnoses, particularly for 'Myocardial infarction' and 'Coronary artery disease'. The 'Not classed' group is also prominent in several categories, such as 'Myocardial infarction' and 'Coronary artery disease'.

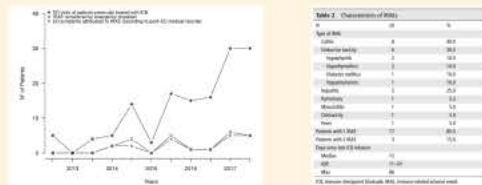
Table 2
Prevalence of the cardiovascular diseases diagnosed and associated with HT and ischaemic coronary artery disease

[illegible]† *p* value for sig. difference) vs no. diffpairs = 0.000, ‡ *p* value difference between cases (gen = 0.001).

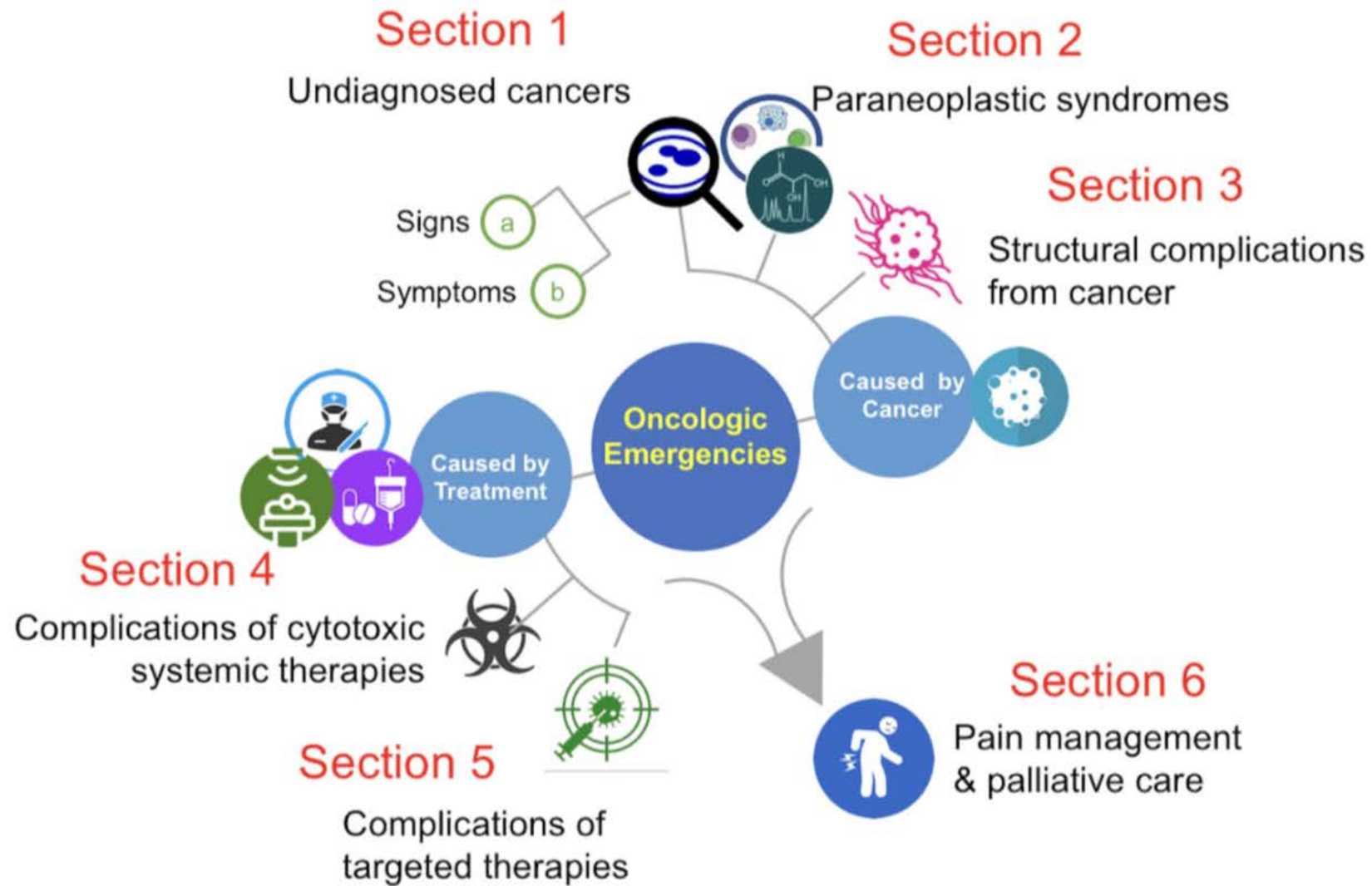
Cardiovascular presentations to the ED varied by cancer subtype. Across all cancer subtypes, patients presenting with cardiovascular presentations carried a significantly increased risk of mortality compared to patients with no cancer.

Robo O et al. (2017) : Emergency department cardiovascular disease encounters and associated mortality in patients with cancer: A study of 156,448 cases from the USA. *International Journal of Cardiology* 265 (2017): 215-217

Tossicità da nuovi farmaci: una sfida per l'urgentista



Downloaded by [207.161.64.147] at 09:00 11 September 2015



Il paziente accede in DEA per una miriade di motivi (legati a sintomi e complicanze del tumore in se o legate ai trattamenti o patologie / eventi concomitanti) ed in fasi molto diverse della propria malattia, che vanno dalla diagnosi alla fase terminale

La diagnosi in pronto è una diagnosi "difficile"

TABLE 1. Rate of Cancer EP by Cancer Type, Demographic Characteristics, and Stage

Characteristic	Lung Cancer (VA)	CRC (VA)	Lung Cancer (Geisinger)	CRC (Geisinger)
Race				
Non-Hispanic White	5,716/29,178 (19.6)	2,174/9,925 (21.9)	264/2,816 (9.4)	120/1,538 (7.8)
Non-Hispanic Black	1,616/6,217 (26)	669/2,941 (22.8)	5/40 (12.5)	2/36 (5.6)
Hispanic	273/999 (27.3)	228/871 (26.2)	2/22 (9.1)	0/45 (0)
Asian	28/113 (24.8)	15/104 (14.4)	0/10 (0)	1/11 (9.1)
Pacific	65/275 (23.6)	34/104 (32.7)	0/3 (0)	1/6 (17)
American Indian and Alaska Native	54/282 (19.2)	31/129 (24)	0/5 (0)	0/0
Other/unknown	311/1,501 (20.7)	140/600 (23.3)	0/5 (0)	0/8 (0)
Sex				
Male	7,795/37,200 (21)	3,170/14,066 (22.5)	133/1,554 (8.6)	54/856 (6.3)
Female	268/1,366 (19.6)	121/608 (19.9)	142/1,360 (10.4)	70/791 (8.9)
Age				
Tertile 1 (<68 years for lung cancer, <66 years for CRC)	3,100/14,135 (21.9)	1,056/5,312 (19.9)	106/1,313 (8.1)	29/712 (4.1)
Tertile 2 (68-73 years for lung cancer, 66-73 for CRC)	2,300/12,059 (19.1)	922/4,951 (18.6)	65/663 (9.8)	30/366 (8.2)
Tertile 3 (>73 years)	2,663/12,371 (21.5)	1,313/4,411 (29.8)	104/938 (11.1)	65/569 (11.4)
Stage group				
I	1,348/10,874 (12.4)	440/2,887 (15.2)	51/695 (7.3)	10/243 (4.1)
II	509/3,065 (16.2)	626/2,347 (26.7)	17/239 (7.1)	33/341 (9.7)
III	1,276/6,353 (20.1)	595/2,559 (23.3)	45/562 (8)	33/389 (8.5)
IV	3,337/10,594 (31.5)	712/2,088 (34.1)	147/1,233 (12)	30/402 (7.5)
Unrecorded stage	1,593/7,679 (20.7)	918/4,793 (19.2)	15/185 (8.1)	18/274 (6.6)

NOTE. Values are presented as EP, No./total cancers, No. (%).
Abbreviations: CRC, colorectal cancer; EP, emergency presentation; VA, Veterans Affairs.

TABLE 3. Observed Mortality and Follow-Up by Hospital System, Cancer Type, and EP Status

Hospital System	Cancer Type, EP Status	30-Day Mortality	90-Day Mortality	180-Day Mortality	365-Day Mortality
VA	Lung, EP	1,005/8,063 (12.5)	2,413/8,063 (29.9)	3,498/8,063 (43.4)	4,687/8,063 (58.1)
	Lung, non-EP	1,054/30,502 (3.5)	3,521/30,502 (11.5)	6,149/30,502 (20.2)	10,111/30,502 (33.1)
	Lung, complete follow-up	37,514/38,565 (97.3)	37,158/38,565 (96.4)	37,036/38,565 (96)	36,972/38,565 (95.9)
	Colorectal, EP	184/3,291 (5.6)	479/3,291 (14.6)	727/3,291 (22.1)	1,044/3,291 (31.7)
	Colorectal, non-EP	146/11,383 (1.3)	487/11,383 (4.3)	869/11,383 (7.6)	1,469/11,383 (12.9)
	Colorectal, complete follow-up	14,436/14,674 (98.4)	14,316/14,674 (97.6)	14,225/14,674 (96.9)	14,062/14,674 (95.8)
Geisinger	Lung, EP	45/275 (16.4)	88/275 (32)	125/275 (45.5)	157/275 (57.1)
	Lung, non-EP	181/2,639 (6.86)	460/2,639 (17.43)	708/2,639 (26.8)	1,049/2,639 (39.7)
	Lung, complete follow-up	—	—	—	2,830/2,914 (97.1)
	Colorectal, EP	5/124 (4)	11/124 (8.9)	25/124 (20.2)	40/124 (32.3)
	Colorectal, non-EP	50/1,523 (3.3)	124/1,523 (8.1)	206/1,523 (13.5)	275/1,523 (18.1)
	Colorectal, complete follow-up	—	—	—	1,563/1,647 (94.8)

NOTE. Values are presented as patients with mortality or follow-up, No./ total patients, No. (%).
Abbreviations: EP, emergency presentation; VA, Veterans Affairs.

Kapadia P. et al. (2024) . Development and Implementation of a Digital Quality Measure of Emergency Cancer Diagnosis, J Clin Oncol 42:2506-2515

Compared with nonemergency presentations, emergency presentations were associated with significantly elevated 1-year mortality, even after accounting for patient age, cancer type, and comorbidities, with adjusted odds ratios of 1.74 (95% CI, 1.63 to 1.86) and 1.83 (95% CI, 1.61 to 2.07) for lung and colorectal cancers, respectively

Tossicità da nuovi farmaci: una sfida per l'urgentista

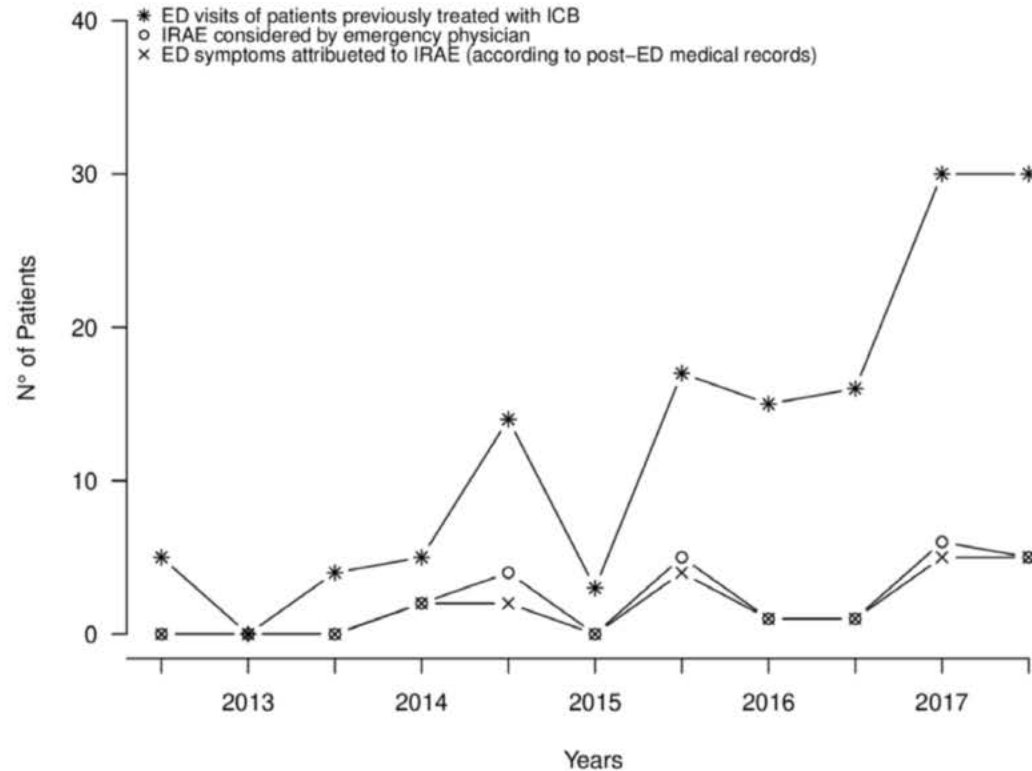


Table 2 Characteristics of IRAEs

N	20	%
Type of IRAE		
Colitis	8	40.0
Endocrine toxicity	6	30.0
Hypophysitis	2	10.0
Hypothyroidism	2	10.0
Diabetes mellitus	1	10.0
Hypopituitarism	1	10.0
Hepatitis	5	25.0
Pulmonary	1	5.0
Myocarditis	1	5.0
Ototoxicity	1	5.0
Fever	1	5.0
Patients with 1 IRAE	17	85.0
Patients with 2 IRAE	3	15.0
Days since last ICB infusion		
Median	12	
IQR	11–24	
Max	86	

ICB, immune checkpoint blockade; IRAE, immune-related adverse event.

Il paziente oncologico ha piu probabilità di morire in DEA

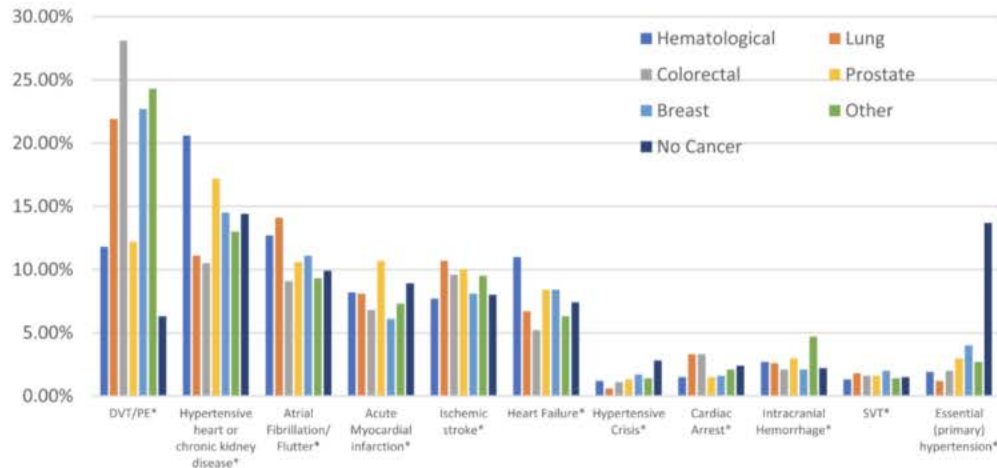


Fig. 1. Overview of the cardiovascular ED admission diagnoses for patients with malignancy, by malignancy type. DVT: deep vein thrombosis, PE: pulmonary embolism, SVT: supraventricular tachycardia. *p Value <0.001.

214

Table 2

Prevalence of the cardiovascular admission diagnoses and associated total ED and in-hospital mortality based on malignancy.

		Malignancy type						Any Malignancy	No Malignancy
		Haematological	Lung	Colorectal	Prostate	Breast	Other Malignancy		
Number of weighted records, %		178,987	119,263	103,224	69,703	56,471	179,937	707,585	19,929,661
Hypertensive heart or chronic kidney disease, 14.4% (N = 2,978,453)	Prevalence	0.9%	0.6%	0.5%	0.3%	0.3%	0.9%	3.4%	96.6%
	Mortality [1,2]	20.6%	11.1%	10.5%	17.2%	14.5%	13%	14.7%	14.4%
Essential (primary) hypertension, 13.3% (N = 2,750,217)	Prevalence	3.8%	5%	4.1%	3.5%	3%	3.9%	3.9%	1.7%
	Mortality [1,2]	1.9%	1.2%	2%	3%	4%	2.7%	2.3%	13.7%
Atrial Fibrillation/ Flutter, 10% (N = 2,056,294)	Prevalence	<0.1%	<0.1%	<0.1%	<0.1%	<0.1%	0.2%	0.1%	<0.1%
	Mortality [1,2]	12.7%	14.1%	9.1%	10.6%	11.1%	9.3%	11.2%	9.9%
Acute Myocardial infarction, 8.9% (N = 1,829,582)	Prevalence	1.7%	3.2%	3.0%	1.6%	1.8%	1.9%	2.2%	0.4%
	Mortality [1,2]	8.2%	8.1%	6.8%	10.7%	6.1%	7.3%	7.8%	8.9%
Ischemic stroke, 8.1% (N = 1,662,442)	Prevalence	6.7%	11.7%	11.2%	5.8%	6%	7.9%	8.3%	4.1%
	Mortality [1,2]	7.7%	10.7%	9.6%	10%	8.1%	9.5%	9.2%	8%
Heart Failure, 7.4% (N = 1,524,789)	Prevalence	4.7%	9.3%	8.9%	3.6%	4.7%	6.4%	6.6%	2.7%
	Mortality [1,2]	11%	6.7%	5.2%	8.4%	8.4%	6.3%	7.8%	7.4%
DVT/PE, 6.7% (N = 1,387,342)	Prevalence	4.8%	4.7%	3.5%	3.7%	2.9%	3.9%	4.2%	1.7%
	Mortality [1,2]	11.8%	21.9%	28.1%	12.2%	22.7%	24.3%	20%	6.3%
Hypertensive Crisis, 2.8% (N = 573,542)	Prevalence	2.9%	5.5%	3.9%	2.2%	2.5%	3.4%	3.6%	1%
	Mortality [1,2]	1.2%	0.6%	1.1%	1.3%	1.7%	1.4%	1.2%	2.8%
Cardiac Arrest, 2.4% (N = 495,406)	Prevalence	<0.1%	1.1%	1%	0.8%	0.5%	0.6%	0.5%	0.1%
	Mortality [1,2]	1.5%	3.3%	3.3%	1.5%	1.6%	2.1%	2.2%	2.4%
Intracranial Haemorrhage, 2.2% (N = 460,816)	Prevalence	87.2%	90.5%	90.8%	85.7%	88.8%	88.9%	89.2%	87.8%
	Mortality [1,2]	2.7%	2.6%	2.1%	3%	2.1%	4.7%	3.1%	2.2%
Supraventricular Tachycardia, 1.9% (N = 395,098)	Prevalence	24.9%	17.1%	23.4%	22.7%	13.8%	16.5%	19.6%	13.2%
	Mortality [1,2]	1.3%	1.8%	1.6%	1.6%	2%	1.4%	1.5%	1.9%
		1.8%	2.3%	0.7%	0.5%	0.4%	0.8%	1.2%	0.1%

1 p value for any malignancy vs no malignancy <0.0001; 2 p value differences between cancer types <0.0001.

Cardiovascular presentations to the ED varied by cancer subtype. Across all cancer subtypes, patients presenting with cardiovascular presentations carried a significantly increased risk of mortality compared to patients with no cancer

Limiti e criticità del DEA

Mettiamoci nei panni del malato.. ricevere una diagnosi in DEA

"The only thing I should have paid attention to, which I know, is cancer symptoms. But death. When I used to go to the bathroom, there used to be a terrible smell. I guess I just wanted to ignore it. I just wanted it to go away." (34)

"I had this doctor's visit when I got worse. Like, he called" (35).

"People don't want to be shocked or surprised for what they did[,] when they develop cancer. They don't want to know we "fired you or fired them" (32).

"They made a mistake with my mom. I got angry because [because] do things they're not supposed to do. Some tests do get mixed up with other people, and then people get diagnosed [in] the wrong thing for the wrong person. It's very hard for [me] to have faith in doctors." (36)

"I came here for a CT scan, and they told me, "Oh, you have to wait, like a long time, like a month or something [...] I called my doctor again and they told me, "Go to the emergency room, and they'll take care of everything for you." (38)

This study highlights the urgent needs in identifying and diagnosing patients who ultimately present to the ED for evaluation and treatment, diagnosis of cancer. Our results shed light on medical malpractice factors, including the need for consistent public awareness of the symptomatic nature of cancer and the importance of cancer screening. Additionally, health care system modifications toward the ED are needed to improve access to timely care when symptoms arise.

Optimally, cancer is diagnosed through periodic screening or detection of early symptoms in primary care settings. However, an estimated 23%-52% of gastrointestinal (GI) cancers are diagnosed in the emergency department (ED). Cancer diagnosed in the ED has been associated with clinical and patient-reported outcomes even after adjustment for cancer stage.

Adams et al. (2023) = qualitative analysis of patient narratives with an emergency department diagnosis of gastrointestinal cancer. Acad Med. 2023;98(2):202-209.

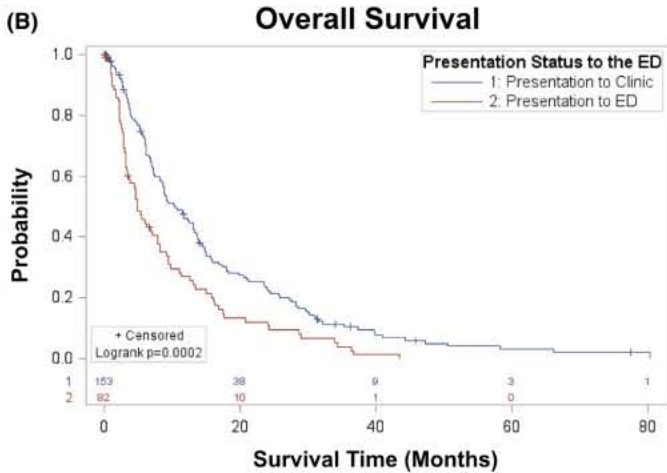
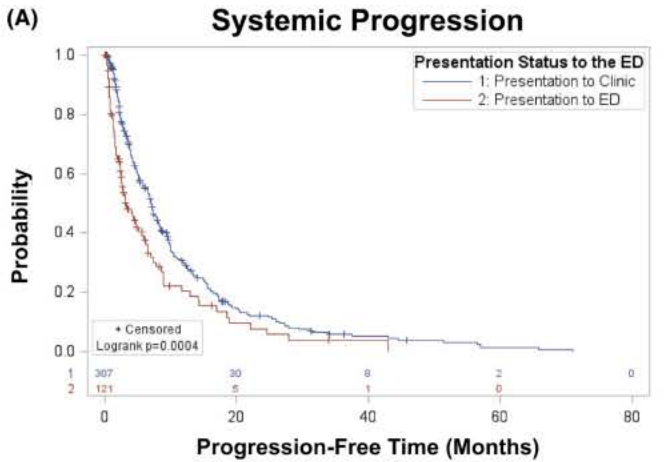
Il paziente che si presenta in DEA con lo stesso sintomo ha più probabilità di andare male

	Presenting to the ED (n = 128)	Presenting to the ED (n = 101)	p
Age (years)	61.1 (24.0)	53.3 (24.2)	0.13
Gender			
Female	87 (68.0)	86 (85.1)	0.05
Male	41 (32.0)	15 (14.9)	
Race			
White	98 (76.6)	91 (90.1)	0.02
Black	22 (17.2)	10 (9.9)	
Asian	2 (1.6)	1 (1.0)	
Hispanic	2 (1.6)	0 (0.0)	
Other	2 (1.6)	0 (0.0)	
Insurance			
Medicaid	41 (32.0)	32 (31.7)	0.91
Medicare	76 (59.4)	57 (56.4)	
Uninsured	11 (8.6)	12 (11.9)	
Employed	30 (23.4)	20 (19.8)	0.43
Unemployed	98 (76.6)	81 (80.2)	
Marital status			
Married	66 (51.6)	54 (53.5)	0.83
Single	46 (35.9)	31 (30.7)	
Widowed	16 (12.5)	11 (10.9)	
Divorced	10 (7.8)	15 (14.9)	
Never married	6 (4.7)	4 (3.9)	
Time between symptom onset and ED			
0-1 day	4 (3.1)	1 (1.0)	0.23
1-7 days	47 (36.7)	36 (35.6)	
8-30 days	51 (39.8)	33 (32.7)	
31-90 days	20 (15.6)	18 (17.8)	
91-365 days	7 (5.4)	10 (9.9)	
366-730 days	1 (0.8)	0 (0.0)	
731-3650 days	0 (0.0)	0 (0.0)	
Time to ED (minutes)			
0-15	31 (24.3)	23 (22.8)	<0.001
16-30	47 (36.7)	40 (39.6)	
31-45	11 (8.6)	10 (9.9)	
46-60	10 (7.8)	10 (9.9)	
61-75	10 (7.8)	10 (9.9)	
76-90	10 (7.8)	10 (9.9)	
91-105	10 (7.8)	10 (9.9)	
106-120	10 (7.8)	10 (9.9)	
121-135	10 (7.8)	10 (9.9)	
136-150	10 (7.8)	10 (9.9)	
151-165	10 (7.8)	10 (9.9)	
166-180	10 (7.8)	10 (9.9)	
181-195	10 (7.8)	10 (9.9)	
196-210	10 (7.8)	10 (9.9)	
211-225	10 (7.8)	10 (9.9)	
226-240	10 (7.8)	10 (9.9)	
241-255	10 (7.8)	10 (9.9)	
256-270	10 (7.8)	10 (9.9)	
271-285	10 (7.8)	10 (9.9)	
286-300	10 (7.8)	10 (9.9)	
301-315	10 (7.8)	10 (9.9)	
316-330	10 (7.8)	10 (9.9)	
331-345	10 (7.8)	10 (9.9)	
346-360	10 (7.8)	10 (9.9)	
361-375	10 (7.8)	10 (9.9)	
376-390	10 (7.8)	10 (9.9)	
391-405	10 (7.8)	10 (9.9)	
406-420	10 (7.8)	10 (9.9)	
421-435	10 (7.8)	10 (9.9)	
436-450	10 (7.8)	10 (9.9)	
451-465	10 (7.8)	10 (9.9)	
466-480	10 (7.8)	10 (9.9)	
481-495	10 (7.8)	10 (9.9)	
496-510	10 (7.8)	10 (9.9)	
511-525	10 (7.8)	10 (9.9)	
526-540	10 (7.8)	10 (9.9)	
541-555	10 (7.8)	10 (9.9)	
556-570	10 (7.8)	10 (9.9)	
571-585	10 (7.8)	10 (9.9)	
586-600	10 (7.8)	10 (9.9)	
601-615	10 (7.8)	10 (9.9)	
616-630	10 (7.8)	10 (9.9)	
631-645	10 (7.8)	10 (9.9)	
646-660	10 (7.8)	10 (9.9)	
661-675	10 (7.8)	10 (9.9)	
676-690	10 (7.8)	10 (9.9)	
691-705	10 (7.8)	10 (9.9)	
706-720	10 (7.8)	10 (9.9)	
721-735	10 (7.8)	10 (9.9)	
736-750	10 (7.8)	10 (9.9)	
751-765	10 (7.8)	10 (9.9)	
766-780	10 (7.8)	10 (9.9)	
781-795	10 (7.8)	10 (9.9)	
796-810	10 (7.8)	10 (9.9)	
811-825	10 (7.8)	10 (9.9)	
826-840	10 (7.8)	10 (9.9)	
841-855	10 (7.8)	10 (9.9)	
856-870	10 (7.8)	10 (9.9)	
871-885	10 (7.8)	10 (9.9)	
886-900	10 (7.8)	10 (9.9)	
901-915	10 (7.8)	10 (9.9)	
916-930	10 (7.8)	10 (9.9)	
931-945	10 (7.8)	10 (9.9)	
946-960	10 (7.8)	10 (9.9)	
961-975	10 (7.8)	10 (9.9)	
976-990	10 (7.8)	10 (9.9)	
991-1005	10 (7.8)	10 (9.9)	
1006-1020	10 (7.8)	10 (9.9)	
1021-1035	10 (7.8)	10 (9.9)	
1036-1050	10 (7.8)	10 (9.9)	
1051-1065	10 (7.8)	10 (9.9)	
1066-1080	10 (7.8)	10 (9.9)	
1081-1095	10 (7.8)	10 (9.9)	
1096-1110	10 (7.8)	10 (9.9)	
1111-1125	10 (7.8)	10 (9.9)	
1126-1140	10 (7.8)	10 (9.9)	
1141-1155	10 (7.8)	10 (9.9)	
1156-1170	10 (7.8)	10 (9.9)	
1171-1185	10 (7.8)	10 (9.9)	
1186-1200	10 (7.8)	10 (9.9)	
1201-1215	10 (7.8)	10 (9.9)	
1216-1230	10 (7.8)	10 (9.9)	
1231-1245	10 (7.8)	10 (9.9)	
1246-1260	10 (7.8)	10 (9.9)	
1261-1275	10 (7.8)	10 (9.9)	
1276-1290	10 (7.8)	10 (9.9)	
1291-1305	10 (7.8)	10 (9.9)	
1306-1320	10 (7.8)	10 (9.9)	
1321-1335	10 (7.8)	10 (9.9)	
1336-1350	10 (7.8)	10 (9.9)	
1351-1365	10 (7.8)	10 (9.9)	
1366-1380	10 (7.8)	10 (9.9)	
1381-1395	10 (7.8)	10 (9.9)	
1396-1410	10 (7.8)	10 (9.9)	
1411-1425	10 (7.8)	10 (9.9)	
1426-1440	10 (7.8)	10 (9.9)	
1441-1455	10 (7.8)	10 (9.9)	
1456-1470	10 (7.8)	10 (9.9)	
1471-1485	10 (7.8)	10 (9.9)	
1486-1500	10 (7.8)	10 (9.9)	
1501-1515	10 (7.8)	10 (9.9)	
1516-1530	10 (7.8)	10 (9.9)	
1531-1545	10 (7.8)	10 (9.9)	
1546-1560	10 (7.8)	10 (9.9)	
1561-1575	10 (7.8)	10 (9.9)	
1576-1590	10 (7.8)	10 (9.9)	
1591-1605	10 (7.8)	10 (9.9)	
1606-1620	10 (7.8)	10 (9.9)	
1621-1635	10 (7.8)	10 (9.9)	
1636-1650	10 (7.8)	10 (9.9)	
1651-1665	10 (7.8)	10 (9.9)	
1666-1680	10 (7.8)	10 (9.9)	
1681-1695	10 (7.8)	10 (9.9)	
1696-1710	10 (7.8)	10 (9.9)	
1711-1725	10 (7.8)	10 (9.9)	
1726-1740	10 (7.8)	10 (9.9)	
1741-1755	10 (7.8)	10 (9.9)	
1756-1770	10 (7.8)	10 (9.9)	
1771-1785	10 (7.8)	10 (9.9)	
1786-1800	10 (7.8)	10 (9.9)	
1801-1815	10 (7.8)	10 (9.9)	
1816-1830	10 (7.8)	10 (9.9)	
1831-1845	10 (7.8)	10 (9.9)	
1846-1860	10 (7.8)	10 (9.9)	
1861-1875	10 (7.8)	10 (9.9)	
1876-1890	10 (7.8)	10 (9.9)	
1891-1905	10 (7.8)	10 (9.9)	
1906-1920	10 (7.8)	10 (9.9)	
1921-1935	10 (7.8)	10 (9.9)	
1936-1950	10 (7.8)	10 (9.9)	
1951-1965	10 (7.8)	10 (9.9)	
1966-1980	10 (7.8)	10 (9.9)	
1981-1995	10 (7.8)	10 (9.9)	
1996-2010	10 (7.8)	10 (9.9)	
2011-2025	10 (7.8)	10 (9.9)	
2026-2040	10 (7.8)	10 (9.9)	
2041-2055	10 (7.8)	10 (9.9)	
2056-2070	10 (7.8)	10 (9.9)	
2071-2085	10 (7.8)	10 (9.9)	
2086-2100	10 (7.8)	10 (9.9)	
2101-2115	10 (7.8)	10 (9.9)	
2116-2130	10 (7.8)	10 (9.9)	
2131-2145	10 (7.8)	10 (9.9)	
2146-2160	10 (7.8)	10 (9.9)	
2161-2175	10 (7.8)	10 (9.9)	
2176-2190	10 (7.8)	10 (9.9)	
2191-2205	10 (7.8)	10 (9.9)	
2206-2220	10 (7.8)	10 (9.9)	
2221-2235	10 (7.8)	10 (9.9)	
2236-2250	10 (7.8)	10 (9.9)	
2251-2265	10 (7.8)	10 (9.9)	
2266-2280	10 (7.8)	10 (9.9)	
2281-2295	10 (7.8)	10 (9.9)	
2296-2310	10 (7.8)	10 (9.9)	
2311-2325	10 (7.8)	10 (9.9)	
2326-2340	10 (7.8)	10 (9.9)	
2341-2355	10 (7.8)	10 (9.9)	
2356-2370	10 (7.8)	10 (9.9)	
2371-2385	10 (7.8)	10 (9.9)	
2386-2400	10 (7.8)	10 (9.9)	
2401-2415	10 (7.8)	10 (9.9)	
2416-2430	10 (7.8)	10 (9.9)	
2431-2445	10 (7.8)	10 (9.9)	
2446-2460	10 (7.8)	10 (9.9)	
2461-2475	10 (7.8)	10 (9.9)	
2476-2490	10 (7.8)	10 (9.9)	
2491-2505	10 (7.8)	10 (9.9)	
2506-2520	10 (7.8)	10 (9.9)	
2521-2535	10 (7.8)	10 (9.9)	
2536-2550	10 (7.8)	10 (9.9)	
2551-2565	10 (7.8)	10 (9.9)	
2566-2580	10 (7.8)	10 (9.9)	
2581-2595	10 (7.8)	10 (9.9)	
2596-2610	10 (7.8)	10 (9.9)	
2611-2625	10 (7.8)	10 (9.9)	
2626-2640	10 (7.8)	10 (9.9)	
2641-2655	10 (7.8)	10 (9.9)	
2656-2670	10 (7.8)	10 (9.9)	
2671-2685	10 (7.8)	10 (9.9)	
2686-2700	10 (7.8)	10 (9.9)	
2701-2715	10 (7.8)	10 (9.9)	
2716-2730	10 (7.8)	10 (9.9)	
2731-2745	10 (7.8)	10 (9.9)	
2746-2760	10 (7.8)	10 (9.9)	
2761-2775	10 (7.8)	10 (9.9)	
2776-2790	10 (7.8)	10 (9.9)	
2791-2805	10 (7.8)	10 (9.9)	
2806-2820	10 (7.8)	10 (9.9)	
2821-2835	10 (7.8)	10 (9.9)	
2836-2850	10 (7.8)	10 (9.9)	
2851-2865	10 (7.8)	10 (9.9)	
2866-2880	10 (7.8)	10 (9.9)	
2881-2895	10 (7.8)	10 (9.9)	
2896-2910	10 (7.8)	10 (9.9)	
2911-2925	10 (7.8)	10 (9.9)	
2926-2940	10 (7.8)	10 (9.9)	
2941-2955	10 (7.8)	10 (9.9)	
2956-2970	10 (7.8)	10 (9.9)	
2971-2985	10 (7.8)	10 (9.9)	
2986-3000	10 (7.8)	10 (9.9)	

Il paziente che si presenta in DEA con lo stesso sintomo ha più probabilità di andare male

	Presenting to the ED n = 118	Presenting to the clinic n = 272	p
Age (years)	61.1 (13.0)	63.2 (12.4)	0.13
Gender			
Female	47 (39.8%)	88 (32.4%)	0.15
Body-mass index	27.6 (8.1)	27.6 (5.3)	0.96
Race			
White	99 (83.9%)	241 (88.6%)	0.25
Black	12 (10.2%)	13 (4.8%)	
Asian	1 (0.9%)	6 (2.2%)	
Other	2 (1.7%)	6 (2.2%)	
Unknown	4 (3.4%)	6 (2.2%)	
Marital status			
Married	70 (59.3%)	173 (63.6%)	0.83
Divorced	6 (5.1%)	15 (5.5%)	
Single	14 (11.9%)	30 (11.0%)	
Widowed	3 (2.5%)	9 (3.3%)	
Unknown	25 (21.2%)	45 (16.5%)	
Insurance type			
Private	66 (55.9%)	164 (60.3%)	0.01
Medicare	39 (33.1%)	97 (35.7%)	
Medicaid	4 (3.4%)	0 (0.0%)	
Uninsured	6 (5.1%)	9 (3.3%)	
Unknown	3 (2.5%)	2 (0.7%)	
The presence of primary care physician			
No	8 (6.8%)	14 (5.2%)	0.27
Yes	107 (90.7%)	256 (94.1%)	
Unknown	3 (2.5%)	2 (0.7%)	
Surgical intervention			
No	53 (44.9%)	232 (85.3%)	<0.0001
Yes	65 (55.1%)	40 (14.7%)	

Abbreviation: ED, emergency department.



We identified 498 spinal radiographic treatment sites in 390 patients. Of these patients, 118 (30.3%) presented to the ED. Patients presenting to the ED compared to the clinic had significantly more severe spinal compression (52.5% vs. 11.7%; $p < 0.0001$), severe pain (28.8% vs. 10.3%; $p < 0.0001$), weakness (24.5% vs. 4.5%; $p < 0.0001$), and difficulty walking (24.5% vs. 4.5%; $p < 0.0001$). Patients who presented to the ED compared to the clinic were significantly more likely to have surgical intervention followed by SBRT (55.4% vs. 15.3%; $p < 0.0001$) compared to SBRT alone. Patients who presented to the ED compared to the clinic had a significantly quicker interval to distant spine progression (5.1 ± 6.5 vs. 9.1 ± 10.2 months; $p = 0.004$), systemic progression (5.1 ± 7.2 vs. 9.2 ± 10.7 months; $p < 0.0001$), and worse overall survival (9.3 ± 10.0 vs. 14.3 ± 13.7 months; $p = 0.00$).

Mettiamoci nei panni del malato.. ricevere una diagnosi in DEA

"The only thing I should have paid attention to, which I know, is cancer stinks, like death. When I used to go to the bathroom, there used to be a terrible smell. I guess I just wanted to ignore it. I just wanted it to go away. (#4)

"I feel like a doctor is too fast when I go see him. Like, he rushes" (#5).

"People don't want to be chastised or reprimanded for what they did [...] when they develop cancer, they don't want to have an 'I told you so' moment" (#12).

They made a mistake with my mom. I get angry because [doctors] do things they're not supposed to do. Some tests do get mixed up with other people, and then people get diagnosed [sic] the wrong thing for the wrong person. It's very hard for [me] to have faith in doctors." (#4)

"I came here for a CT scan, and they told me, 'Oh, you have to wait,' like a long time, like a month or something [...] I called my doctor again and they told me, 'Go to the emergency room, and they'll take care of everything for you.'" (#5)

This study highlights the unmet needs in identifying and diagnosing patients who ultimately present to the ED for evaluation and eventual diagnosis of cancer. Our results shed light on several modifiable factors, including the need for increased public awareness of the asymptomatic nature of cancer and the importance of cancer screening. Additionally, health care systems modifications beyond the ED are needed to improve access to timely care when symptoms arise.

Optimally, cancer is diagnosed through periodic screening or detection of early symptoms in primary care settings. However, an estimated 23%–52% of gastrointestinal (GI) cancers are diagnosed in the emergency department (ED). Cancer diagnosed in the ED has been associated with worse clinical and patient-reported outcomes even after adjustment for cancer stage

Mettiamoci nei panni dell'urgentista.. quali sono le difficoltà percepite

Le principali difficoltà percepite dall'urgentista	
Conoscenza dei progressi nelle terapie oncologiche	"Non sono al passo con tutti i progressi: molti dei trattamenti non esistevano quando mi sono formato (anche se non era molto tempo fa)."
	"Il problema è sapere di tutti gli effetti collaterali, i rischi della terapia, la possibilità di compromissione della capacità del paziente di fare diagnosi."
	"Ci sono così tanti nuovi trattamenti - difficile tenere il passo con le possibili complicazioni."
Conoscenza e formazione dell'urgentista nel saper riconoscere e trattare l'urgenza oncologica in senso stretto vs altri quadri clinici più frequentemente trattati in DEA	"Differenziare quadri clinici legati al cancro vs. qualcos'altro, per esempio capire se in un paziente che si presenta con dispnea essa è dovuta a cancro vs la terapia oncologica vs altre condizioni come embolia polmonare, polmonite, bronchite ostruttiva etc)
	"Poca educazione sulle problematiche/presentazioni oncologiche più comuni e sulla prognosi di questi pazienti."
"Stigma" del paziente oncologico	"Dato la loro rarità e il fatto che il nostro non è centro di riferimento oncologico, mi sento meno a mio agio rispetto ad altre emergenze."
	"I medici non vogliono occuparsene perché non sono oncologi."
Difficoltà etiche, morali e comunicative	"Non sono così convinto delle capacità comunicative della maggior parte di questi oncologi. I pazienti arrivano al pronto soccorso con aspettative irrealistiche di sopravvivenza e cura. L'oncologo non ha comunicato al paziente e alla famiglia il vero esito inevitabile del loro cancro. Inoltre, molti pazienti arrivano con un cancro in fase terminale e l'oncologo non ha discusso delle cure di fine vita o dell'hospice. Perché dovrebbe toccare al personale del pronto soccorso discutere di questioni sensibili, critiche e che richiedono tempo con un paziente che abbiamo appena conosciuto? Il team oncologico dovrebbe aver affrontato le cure di fine vita con il paziente e la famiglia in clinica."
	"non sono riuscito a trovare un consulente oncologo quando ne ho avuto bisogno"
	"Non ho 'abituamente' discussioni di fine vita con i pazienti, ma mi capita spesso di doverlo fare. Tuttavia, quando lo faccio, sono costantemente sorpreso del fatto che queste conversazioni non siano state avviate precedentemente dagli oncologi curanti."
Difficoltà strutturali ed organizzative	"Gran parte delle cure in emergenza sarebbe evitabile ed è dovuta alla mancanza di un trattamento tempestivo per molti pazienti con recente diagnosi di cancro, in particolare quelli privi di risorse finanziarie."

Il numero di accessi in DEA da parte di pazienti oncologici è in costante aumento, con possibili complicazioni che spaziano da infezioni nosocomiali, prolungata della ospedalizzazione, inadeguato controllo del dolore e avviso più tardivo dei servizi di cure palliative (oltre che un aumento dei costi).

• Negli USA (dati di Proton Soccorsi da parte di pazienti affetti da tumore sono aumentati da 3.744.103 nel 2012 a 2.448.010 nel 2013) il 5,4% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso di questi anni più della metà di questi accessi sono gestiti in maniera *prevenibile* (in quanto altrettanto o meglio prevenibile in altre setting clinici).

• il 50,5% sono casi di emergenza di cui l'81,9% richiede riammissione in cura oncologica del dolore (58,9%), seguito da lesioni (15,1%), trauma (7,5%), e vomito (7,5%).

• In Italia, secondo i dati pubblicati dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e pubblicati in letteratura, il 20% degli accessi al Pronto Soccorso per dolore oncologico sono prevenibili.

La spesa e la contenzione clinica che sfociano nei più comuni di questi accessi (traumi 39,5%), seguita dalla polmonite (36,2%) e dalla cellulite (17,3%), mentre il 10% dei casi (10,5%), le dislocazioni (8,0%) e la razione (3,1%) hanno avuto la stessa origine di ospedalizzazione o di ricovero.

Anche i giorni della settimana sembrano contribuire a far scattare gli accessi al Pronto Soccorso: negli ultimi tre mesi del 2013, infatti, il numero di accessi al Pronto Soccorso per dolore oncologico è aumentato del 10% rispetto agli altri giorni della settimana.



Model	2000-2005	2006-2009	2010-2013	2014-2015
Depressive (1.02%) versus other psychological disorders (1.0), versus other physical				1.02% (95% CI 0.01-2.03)
1.0-2015 kg 55				1.02% (95% CI 0.01-2.03)

Le principali difficoltà percepite dall'oncologo	
Lavorare nell'ospedale della cura e difficoltà organizzative	"Spesso lavoro tra la mia vita, quella del collega oncologo e la contromisura dell'ambiente" "Tanti i falsi positivi e sono costretti a tutti i giorni ascoltare. Nei casi pazienti refrattari, vogliono essere rassicurati l'aspettando ad affidarsi con certezze minime"
Verificare nei protocolli di cura e nella valutazione	"Aggravio di informazioni ricorrenti. Alcuni i pazienti effettuano una valutazione approfondita prima di chiamare il consulente, mentre altri non effettuano quasi nessuno" "C'è una livello di comfort dei medici dei primi soccorsi non diagnosticati e gestire gli eventi sono correlati all'ignoranza check-point obbligatori"
Difficoltà comunicative	"Spesso vengono consumati dei giorni di misurazione d'emergenza e si sono rimossi i servizi della cura fornice. Accanto agli errori che chiamano il consulente senza vedere i pazienti, prima di fornire indagini e prima che i pazienti vengano visitati, ci sono pochi consulenti e sono indagate sui pazienti e sui problemi anche se non sono ancora alla loro spinta" "Spesso sto con un telefono per cercare di parlare con l'aggiunto che ha il mio paziente in carico" "Se prendo che il personale del pronto soccorso non è informato e rischia di compromettere la documentazione clinica. Il colloquio viene solo fatto dopo che si è succeduto il paziente, ma senza che siano informati vengono ignorati"

Le principali difficoltà percepite dall'oncologo	
Lavorare nell'ospedale della cura e difficoltà organizzative	"Spesso lavoro tra la mia vita, quella del collega oncologo e la contromisura dell'ambiente" "Tanti i falsi positivi e sono costretti a tutti i giorni ascoltare. Nei casi pazienti refrattari, vogliono essere rassicurati l'aspettando ad affidarsi con certezze minime"
Verificare nei protocolli di cura e nella valutazione	"Aggravio di informazioni ricorrenti. Alcuni i pazienti effettuano una valutazione approfondita prima di chiamare il consulente, mentre altri non effettuano quasi nessuno" "C'è una livello di comfort dei medici dei primi soccorsi non diagnosticati e gestire gli eventi sono correlati all'ignoranza check-point obbligatori"
Difficoltà comunicative	"Spesso vengono consumati dei giorni di misurazione d'emergenza e si sono rimossi i servizi della cura fornice. Accanto agli errori che chiamano il consulente senza vedere i pazienti, prima di fornire indagini e prima che i pazienti vengano visitati, ci sono pochi consulenti e sono indagate sui pazienti e sui problemi anche se non sono ancora alla loro spinta" "Spesso sto con un telefono per cercare di parlare con l'aggiunto che ha il mio paziente in carico" "Se prendo che il personale del pronto soccorso non è informato e rischia di compromettere la documentazione clinica. Il colloquio viene solo fatto dopo che si è succeduto il paziente, ma senza che siano informati vengono ignorati"

Wolkstein PE et al. (2017) Resonant Acoustic Drifts: A Strategy for Stable and Dense 3-Quasibeam Traps for Relativistic Medical and Diagnostic Physics. *Phys Rev Lett* 118, 173901.

[illegible]

Source: U.S. Census Bureau, *Current Population Reports*, 1990 and 1995. *Demographic Statistics*, 1996. <http://www.census.gov/hhes/imm/immbr00.pdf>.

Aumento degli accessi "evitabili"

Il numero di accessi in DEA da parte di pazienti oncologici è in costante aumento, con possibili complicanze che spaziano da infezioni nosocomiali, prolungamento della ospedalizzazione, inadeguato controllo del dolore e avvio più tardivo dei servizi di cure palliative (oltre che un aumento dei costi)

- Negli USA gli accessi al Pronto Soccorso da parte di pazienti affetti da tumore sono aumentati da 3.734.101 nel 2012 a 6.240.650 nel 2019 (il 5,4% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso di quell'anno) e più della metà di questi accessi sono potenzialmente prevenibili (in quanto altrettanto o meglio gestibili in altri setting clinici)
- Il 50% circa dei passaggi di DEA infatti riguardava infatti scarso controllo del dolore (36.9%), seguito da febbre (3.5%), nausea (3.5%) e vomito (2.3%), mentre complessivamente i passaggi che riguardavano condizioni "acute e critiche" riguardavano circa il 20% dei passaggi
- La sepsi è la condizione clinica che sfociava nei più alti tassi di ospedalizzazione (93,3%), seguita dalla polmonite (76,2%) e dall'anemia (71,7%), mentre il dolore (23,5%), la disidratazione (28,0%) e la nausea (31,8%) hanno avuto i tassi di ospedalizzazione più bassi.
- Anche i giorni della settimana sembrano condizionare il tasso di accessi. Nel WE infatti si registra un trend verso l'aumento di accessi legati a condizioni prevenibili rispetto agli altri giorni della settimana

Alishahi-Tabriz A, et al (2023). Trends and characteristics of potentially preventable emergency department visits among patients with cancer in the US. JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2250423

Figure. Trends in the Percentage of Emergency Department (ED) Visits Among US Patients With Cancer, 2012-2019

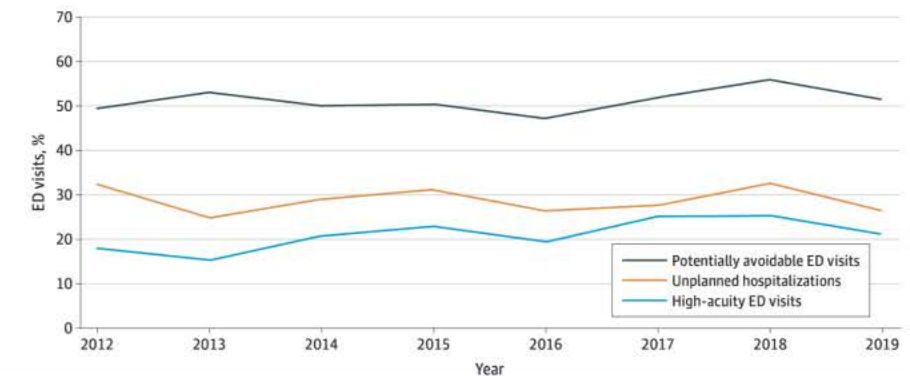


Table 2. Frequencies and Trends for the Top 15 Conditions Cited as Reasons for Emergency Department Visits Among Adult Patients With Cancer in the US, 2012-2019

Condition	Weighted frequency		Visits in 2012, No.	Visits in 2019, No.	Percentage change between 2012 and 2019 ^a
	Total visits, No. (%) (N = 35 510 014)				
Pain ^b	13 113 594 (36.9)		1 192 197	2 405 849	101.8
Fever ^b	1 231 595 (3.5)		108 980	192 617	76.8
Nausea ^b	1 230 072 (3.5)		126 328	139 208	10.2
Emesis ^b	825 200 (2.3)		176 023	116 687	-33.7
Dyspnea	654 214 (1.8)		73 590	71 213	-3.2
Pneumonia ^b	616 028 (1.7)		88 568	84 959	-4.1
UTI	486 913 (1.4)		54 953	73 161	33.1
Fatigue	482 790 (1.4)		73 119	102 758	40.5
Diarrhea ^b	445 522 (1.3)		56 708	90 974	60.4
COPD with acute exacerbation	423 750 (1.2)		26 729	112 832	322.1
Syncope and collapse	405 116 (1.1)		41 407	50 825	22.7
Dehydration ^b	339 850 (1.0)		28 509	82 601	189.7
Dizziness and giddiness	276 355 (0.8)		38 449	46 837	21.8
Anemia ^b	237 940 (0.7)		26 398	48 176	82.5
Sepsis ^b	220 072 (0.6)		27 584	53 201	92.9

Abbreviations: COPD, chronic obstructive pulmonary disease; UTI, urinary tract infection.

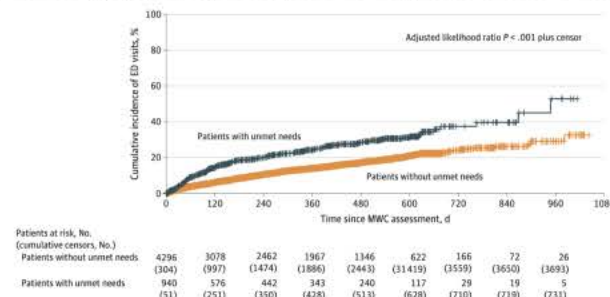
^a P < .001 for all.

^b Conditions that were categorized by the Centers for Medicare & Medicaid Services as potentially preventable.

"Scusami ma te lo devo mandare per forza"... E' sempre colpa dell'oncologo?

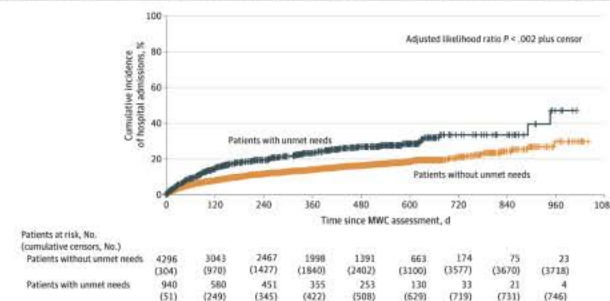
Table 3. Factors Associated With Unmet Supportive Care Needs				
Variable	Univariate OR (95% CI)	P value	Multivariate OR (95% CI)	P value
Demographic characteristics				
Aged ≥65 y (reference: aged <65 y)	0.73 (0.63-0.84)	<.001	0.86 (0.73-1.02)	.08
Male (reference: female)	0.80 (0.69-0.72)	.002	NA	NA
Race (reference: White)				
Black	1.69 (1.33-2.15)	<.001	1.97 (1.49-2.60)	<.001
Other ^a	0.75 (0.48-1.17)	.21	0.88 (0.47-1.62)	.67
Hispanic (reference: non-Hispanic)	1.34 (1.16-1.55)	<.001	1.31 (1.10-1.55)	.003
Spanish speaker (reference: English speaker)	1.33 (1.14-1.55)	<.001	NA	NA
Uninsured (reference: insured)	0.95 (0.54-1.67)	.86	NA	NA
Clinical characteristics				
High CCI (reference: CCI low)	1.19 (1.01-1.40)	.04	NA	NA
Active treatment (reference: no active treatment)	1.62 (1.37-1.93)	<.001	1.21 (0.99-1.46)	.05
Metastatic cancer (reference: nonmetastatic cancer)	1.16 (0.84-1.61)	.37	NA	NA
Time since cancer diagnosis (reference: <1 y)				
1-5 y	0.60 (0.52-0.71)	.02	0.64 (0.54-0.77)	<.001
>5 y	0.54 (0.44-0.66)	<.001	0.60 (0.48-0.76)	<.001
Cancer type (reference: breast cancer)				
Digestive system	1.31 (1.12-1.68)	.04	NA	NA
Female genital system	1.43 (1.08-1.89)	.01	NA	NA
Head and neck	0.83 (0.61-1.15)	.26	NA	NA
Hematology	0.96 (0.74-1.23)	.73	NA	NA
Respiratory system	1.30 (0.97-1.73)	.07	NA	NA
Male genital system	0.86 (0.65-1.14)	.29	NA	NA
Other or unknown	1.02 (0.81-1.29)	.89	NA	NA
Patient-reported outcomes				
Anxiety	5.20 (4.22-6.40)	<.001	2.25 (1.71-2.95)	<.001
Depression	5.01 (4.10-6.12)	<.001	2.07 (1.58-2.70)	<.001
Pain	3.51 (2.64-4.66)	<.001	NA	NA
Fatigue	4.63 (3.38-6.35)	<.001	1.43 (0.97-2.13)	.07
Poor physical function	2.88 (2.35-3.53)	<.001	1.38 (1.07-1.79)	.01
Low FACT-G7 score (≤13)	4.11 (3.45-4.89)	<.001	1.89 (1.50-2.39)	<.001

Figure 1. Cumulative Incidence of Emergency Department (ED) Visits Among Patients With Unmet Supportive Care Needs vs Patients Without Unmet Needs



There were a total of 578 events among 4296 patients without unmet needs and 120 events among 940 patients with unmet needs (hazard ratio, 1.45; 95% CI, 1.20-1.74). MWC indicates My Wellness Check.

Figure 2. Cumulative Incidence of Hospital Admissions Among Patients With Unmet Supportive Care Needs vs Patients Without Unmet Needs



There were a total of 555 events among 4296 patients without unmet needs and 190 events among 940 patients with unmet needs (hazard ratio, 1.36; 95% CI, 1.13-1.63). MWC indicates My Wellness Check.

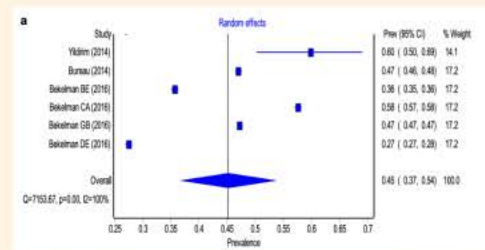
Previous studies have identified various prevalent unmet supportive care needs, such as informational, physical, psychological, spiritual, and practical needs of daily living (eg transportation or financial concerns). In this cohort study of 5236 ambulatory patients with cancer, Black race, Hispanic ethnicity, greater number of years after diagnosis, depression, poor physical function, and low health-related quality of life scores were associated with greater unmet needs. Compared with patients without unmet needs, those who reported having unmet needs had a significantly higher risk of emergency department visits and hospitalizations

Mettiamoci nei panni dell'oncologo.. quali sono le difficoltà percepite

Le principali difficoltà percepite dall'oncologo	
Lentezza nell'erogazione delle cure e difficoltà organizzative	"troppo tempo tra la mia visita, quella del collega <u>urgentista</u> e la somministrazione dell'antibiotico
	"Ritardi e frustrazioni che sono comuni a tutti i pronto soccorso. Nei nostri pazienti <u>neutropenici</u> , vogliamo anche minimizzare l'esposizione ad altri pazienti con potenziali infezioni."
Variabilità nei protocolli di cura e nelle valutazioni	"Algoritmo di valutazione incoerente. Alcuni [<u>Urgentisti</u>] effettuano una valutazione approfondita prima di chiamare il consulente, mentre altri non ne effettuano quasi nessuna"
	"Diverso livello di comfort dei medici del pronto soccorso nel diagnosticare e gestire gli eventi avversi correlati agli immune checkpoint <u>inhibitors</u> "
	"Spesso vengo consultato dal gruppo di medicina d'emergenza e c'è una notevole variabilità nelle cure fornite. Alcuni medici tendono a chiamare il consulente senza vedere i pazienti, prima di qualsiasi indagine e prima che i pazienti vengano visitati, il che spesso porta i consulenti a dover indagare sui pazienti e sui problemi anche se non sono correlati alla loro specialità"
Difficoltà comunicative	"spesso sto ore al telefono per cercare di parlare con l' <u>urgentista</u> che ha il mio paziente in carico"
	"Non sembra che il personale [del pronto soccorso]sia molto interessato o riesca a consultare la documentazione clinica. Di solito inserisco una nota o dettaglio cosa sta succedendo al paziente, ma sembra che queste informazioni vengano ignorate"

Fattori etici, sociali, psicologici e comunicativi

Il fine vita in DEA



Patients with cancer who visited the emergency department the last month of life

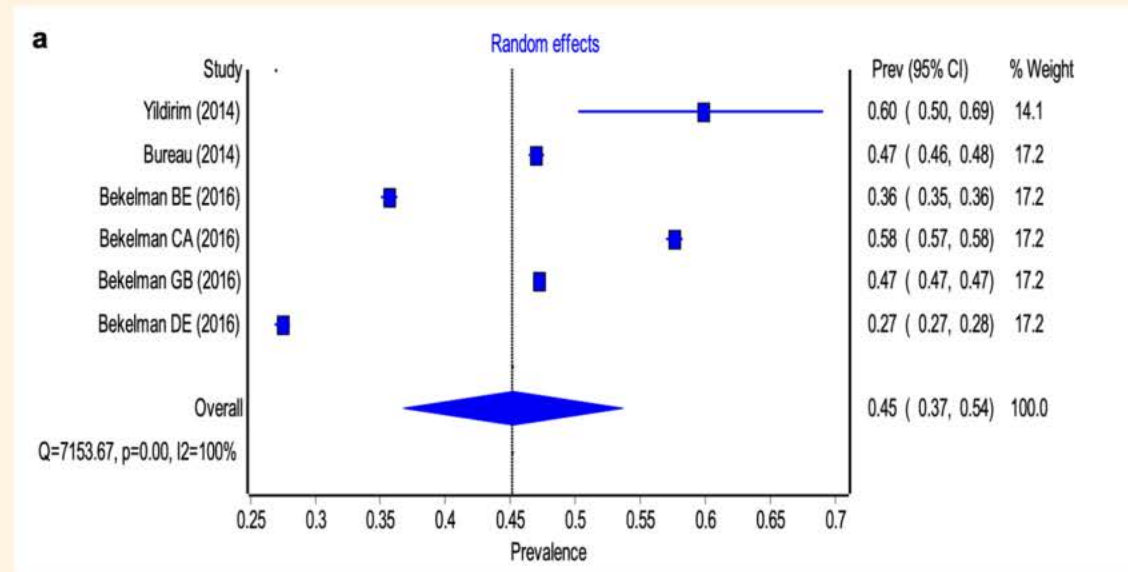
Aranda-Torres JP et al. (2020). Emergency Department Use by Terminally Ill Patients: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2021;61:531-545

Two studies explored the impact of EoL discussions on ED visits. Lopez Acevedo et al found a reduced risk of multiple ED visits in patients' last 30 days of life by patients with ovarian cancer who had an EoL discussion 30 days before death (OR, 0.14; 95% CI, 0.14 to 0.15). However, the study was relatively small. (n = 220)

In a larger study by Mack et al (n = 1,231), patients with stage IV lung or colorectal cancer who had an EoL discussion 30 days before death were found to have a reduced risk of more than one ED visit in their last 30 days of life (OR, 0.37; 95% CI, 0.36 to 0.38)

Henson LA et al. (2014). Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. J Clin Oncol. 33:570-574

Il fine vita in DEA



Patients with cancer who visited the emergency department the last month of life

Amado-Tineo JP et al. (2020). Emergency Department Use by Terminally Ill Patients: A Systematic Review J Pain Symptom Manage 2021;61:531e543

Two studies explored the impact of EoL discussions on ED visits. Lopez Acevedo et al found a reduced risk of multiple ED visits in patients' last 30 days of life by patients with ovarian cancer who had an EoL discussion 30 days before death (OR, 0.14; 95% CI, 0.14 to 0.15). However, the study was relatively small (n 220)

In a larger study by Mack et al (n 1,231), patients with stage IV lung or colorectal cancer who had an EoL discussion 30 days before death were found to have a reduced risk of more than one ED visit in their last 30 days of life (OR, 0.37; 95% CI, 0.36 to 0.38)

Henson LA et al. (2014). Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol 33:370-376

MODELLI DI GESTIONE

1

Diagnosi

CAS e Rete oncologiche regionali
Programmi di screening
PDTA

2

Il DEA

Percorsi dedicati
FAST Track/Fast PASS
Riconoscimento e gestione complicanze

3

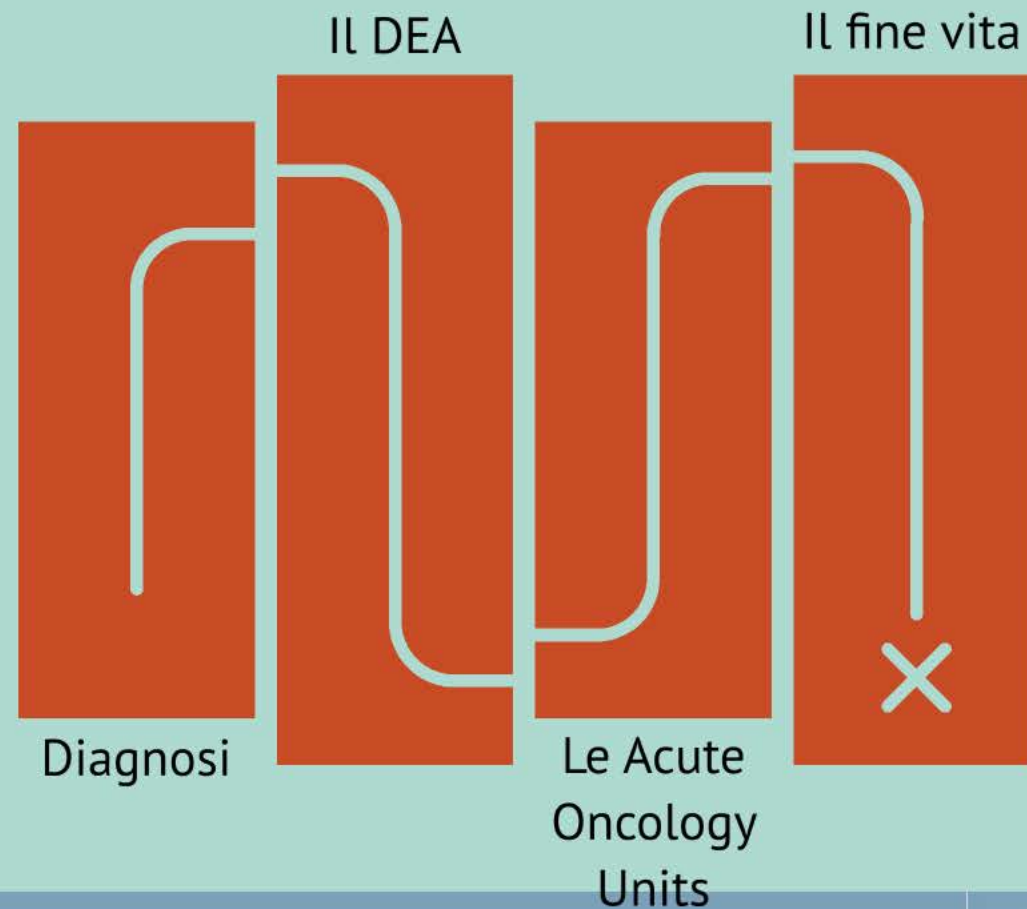
Acute Oncology Units



4

Il Fine vita

Implementazione presa in carico
Hospice e UOCP
Integrazione rete DEA-Oncologia
-Cure palliative



1

Diagnosi

CAS e Rete oncologiche regionali

Programmi di screening

PDTA

II DEA

Percorsi dedicati
FAST Track/Fast PASS

Riconoscimento e gestione complicanze

L'esempio della Neutropenia Febbrile

Table 1. Patient Demographic and Clinical Characteristics at the First FN Episode

Characteristic	PNP Cohort, No. (%)	Historical Cohort, No. (%)	SA Cohort, No. (%)	P
No. of patients	223	37	127	
Sex				
Male	147 (66)	42 (113)	82 (65)	
Female	76 (34)	25 (67)	45 (35)	.45
Age, years (median range)	59 (20-98)	58 (20-98)	59 (20-98)	.87
Disease				
Hematologic	137 (61)	39 (104)	82 (65)	
AML	24 (11)	7 (19)	19 (15)	
Other leukemia	18 (8)	8 (21)	16 (13)	
Non-Hodgkin lymphoma	34 (15)	20 (53)	34 (27)	
Hodgkin lymphoma	15 (7)	7 (19)	7 (6)	
MDS	9 (4)	4 (11)	7 (6)	
Myeloproliferative	4 (2)	2 (5)	1 (1)	
Other	3 (1)	1 (3)	1 (1)	
Benign	108 (48)	38 (100)	39 (31)	.001
Benign	108 (48)	38 (100)	39 (31)	
Brain	23 (10)	8 (21)	4 (3)	
Head and neck	10 (5)	1 (3)	1 (1)	
Lung	18 (8)	3 (8)	3 (2)	
Tarcoma	1 (0)	0 (0)	0 (0)	
Unknown	1 (0)	1 (3)	1 (1)	
Colon	1 (0)	1 (3)	1 (1)	
Prostate	1 (0)	1 (3)	1 (1)	
Other	1 (0)	1 (3)	1 (1)	

NOTE. Twenty-five patients had baseline FN. FN, febrile neutropenia; PNP, febrile neutropenia; MDS, myelodysplastic syndrome; AML, acute myeloid leukemia; SA, direct admission; ED, emergency department; PNP, febrile neutropenia; PNP, febrile neutropenia; PNP, febrile neutropenia.

This study evaluated outcomes after implementation of an FN pathway (PNP) for adult patients with cancer with FN who sought care in an academic health care center. ED, The aims of the study were to assess whether the PNP reduced antibiotic delays, providing improved quality of care for patients, and to identify value in prompt TTA.

Am J Hematol. 2015;90(10):900-905. doi:10.1002/ajh.23888. Epub 2015 Aug 11.

Table 2. Outcomes of Time-End Points From ED or Hospital Registration

End Point	PNP Cohort, Median (range)	Historical Cohort, Median (range)	SA Cohort, Median (range)	P
No. of patients	278	127	118	
Physician assessment (minutes)	43 (1-228)	73 (12-382)	32 (0-145)	< .001
Antibiotic administration (minutes)	34 (1-254)	74 (12-382)	175 (20-582)	< .001
Antibiotic administration (minutes)	30 (3-206)	141 (14-421)	72 (2-465)	< .001
Antibiotic administration (minutes)	31 (8-258)	235 (82-490)	188 (30-479)	< .001
ED discharge or inpatient admission (hours)	4.4 (0.7-28.0)	8.0 (2.1-15.5)	—	< .001
Hospital length of stay (days) (median)	3.3 (0.7-18.6)	3.2 (0.8-10.1)	3.4 (0.7-18.5)	< .001
ICU admission, No. (%)	18 (7)	8 (6)	7 (6)	.42

NOTE. Outcomes were measured from ED registration for PNP patients and history, consults and from hospital admission or direct registration for SA patients. Dash indicates not applicable. SA, direct admission; ED, emergency department; PNP, febrile neutropenia; ICU, intensive care unit.

L'esempio della Neutropenia Febbrile

Table 1. Patient Demographic and Clinical Characteristics at the First FN Episode

Characteristic	FNP Cohort, No. (%)	Historical Cohort, No. (%)	DA Cohort, No. (%)	P	
				FNP v Historical	FNP v DA
No. of patients	223	87	101		
Sex					
Male	121 (54)	45 (52)	50 (50)		
Female	102 (46)	42 (48)	51 (50)	.69	.48
Age, years; median (range)	59 (20-88)	58 (20-85)	58 (21-84)	.62	.07
Disorder					
Hematologic	107 (48)	49 (56)	83 (82)		
AML	24 (11)	7 (8)	29 (29)		
Other leukemias	19 (9)	5 (6)	18 (18)		
Non-Hodgkin lymphoma	34 (15)	26 (30)	19 (19)		
Hodgkin lymphoma	10 (4)	2 (2)	2 (2)		
MDS	9 (4)	4 (5)	7 (7)		
Multiple myeloma	8 (4)	2 (2)	7 (7)		
Other	3 (1)	3 (3)	1 (1)		
Solid tumor	116 (52)	38 (44)	18 (18)	.26*	< .001*
Breast	23 (10)	8 (9)	4 (4)		
Head and neck	16 (7)	10 (11)	0		
Lung	18 (8)	3 (3)	3 (3)		
Sarcoma	5 (2)	5 (6)	3 (3)		
Testicular	5 (2)	1 (1)	4 (4)		
Colorectal	5 (2)	1 (1)	2 (2)		
Pancreas	8 (4)	0	0		
Other	36 (16)	10 (11)	2 (2)		

NOTE. Twenty-five patients have data in > one group.

Abbreviations: AML, acute myeloid leukemia; DA, direct admissions; FN, febrile neutropenia; FNP, febrile neutropenia pathway; MDS, myelodysplastic syndromes.

* P value from the comparison of a hematologic cancer to a solid tumor.

Table 2. Outcomes of Time End Points From ED or Hospital Registration

End Point	FNP Cohort, Median (range)	Historical Cohort, Median (range)	DA Cohort, Median (range)	P	
				FNP v Historical	FNP v DA
No. of patients	276	107	114		
Physician assessment (minutes)	43 (1-226)	73 (12-382)	20 (0-145)	< .001	< .001
Blood draw (minutes)	44 (1-364)	74 (10-302)	110 (20-392)	< .001	< .001
Antibiotic order (minutes)	36 (3-426)	141 (18-501)	72 (2-492)	< .001	< .001
Antibiotic administration (minutes)	81 (9-439)	235 (82-689)	169 (50-679)	< .001	< .001
ED discharge or hospital admission (hours)	4.4 (0.7-25.0)	6.0 (2.1-18.0)	—	< .001	—
Hospital length of stay if admitted (days)	3.3 (0.4-35.4)	4.3 (0.6-33.1)	5.6 (0.1-29.7)	.26	< .001
ICU admission, No. (%)	18 (7)	8 (8)	5 (4)	.71	.42

NOTE. Intervals were measured from ED registration for FNP patients and historic controls and from hospital admissions desk registration for DA patients. Dashes indicate not applicable.

Abbreviations: DA, direct admissions; ED, emergency department; FNP, febrile neutropenia pathway; ICU, intensive care unit.

This study evaluated outcomes after implementation of an FN Pathway (FNP) for adult patients with cancer with FN who sought care in an academic health care center ED. The aims of the study were to assess whether the FNP reduced antibiotic delays, providing improved quality of care for patients, and to identify value in prompt TTA.

Le Acute Oncology Units

TABLE 2. Management and Outcomes of Patients Admitted to the Emergency Department Observation Unit

Outcome	No. (%)
Median length of stay (IQR), hours	23 (17-39)
Disposition	
Admission	748 (30.4)
Discharge	1,713 (69.6)
Consultations requested	
No	1,528 (62.1)
Yes	933 (37.9)
ED revisit within 72 hours	
No	2,414 (98.1)
Yes	47 (1.9)
Death within 14 days	
No	2,443 (99.3)
Yes	18 (0.7)
Death within 30 days	
No	2,387 (97.0)
Yes	74 (3.0)

Abbreviations: ED, emergency department; IQR, interquartile range.

We performed a retrospective observational study that included all patients age 18 years and older who presented to our emergency department (ED) and were placed in the EDOU between March 1, 2019, and February 29, 2020. The patients' electronic medical records were queried for demographics, comorbidities, diagnosis at the time of placement in the EDOU, length of stay, disposition from the EDOU, ED return within 72 hours after discharge from the EDOU, and mortality outcomes at 14 and 30 days.

RESULTS A total of 2,461 visits were eligible for analysis. Cancer-related pain was the main reason for observation in more than one quarter of the visits. The median length of stay in the EDOU was approximately 23 hours, and 69.6% of the patients were discharged. The ED return rate for unscheduled visits at 72 hours was 1.9%. The 14- and 30-day mortality rates were significantly higher for patients who were admitted than for those who were discharged (14 days: 1.7% v 0.3%, P , .001; 30 days: 5.9% v 1.8%, P , .001).

CONCLUSION Our data suggest that placing patients with cancer in EDOUs is safe, reduces admissions, and reserves hospital resources for patients who can receive the most benefit without compromising care

4

Il Fine vita

Implementazione presa in carico

Hospice e UOCP

Integrazione rete DEA-Oncologia

-Cure palliative

Concludendo

- Il paziente oncologico è un paziente complesso, fragile ed il DEA è quanto di più lontano esista da un "tailored treatment"
- Accede in DEA per motivi molto diversi e in momenti molto diversi della storia naturale della malattia e questo rende particolarmente difficile "intercettare" i suoi bisogni in quel momento
- Il DEA è un punto di snodo, ma non è "pensato" ed organizzato per esserlo nell'ambito del percorso assistenziale di un paziente oncologico
- La creazione e l'implementazione di un modello a rete che integri il DEA come snodo centrale, collegato a oncologia, territorio e hospice può migliorare il percorso di cura del paziente
- Promuovere la formazione reciproca tra oncologi e urgentisti per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e ridurre i ricoveri inappropriati, assicurando così una dignità nel percorso di cura.

