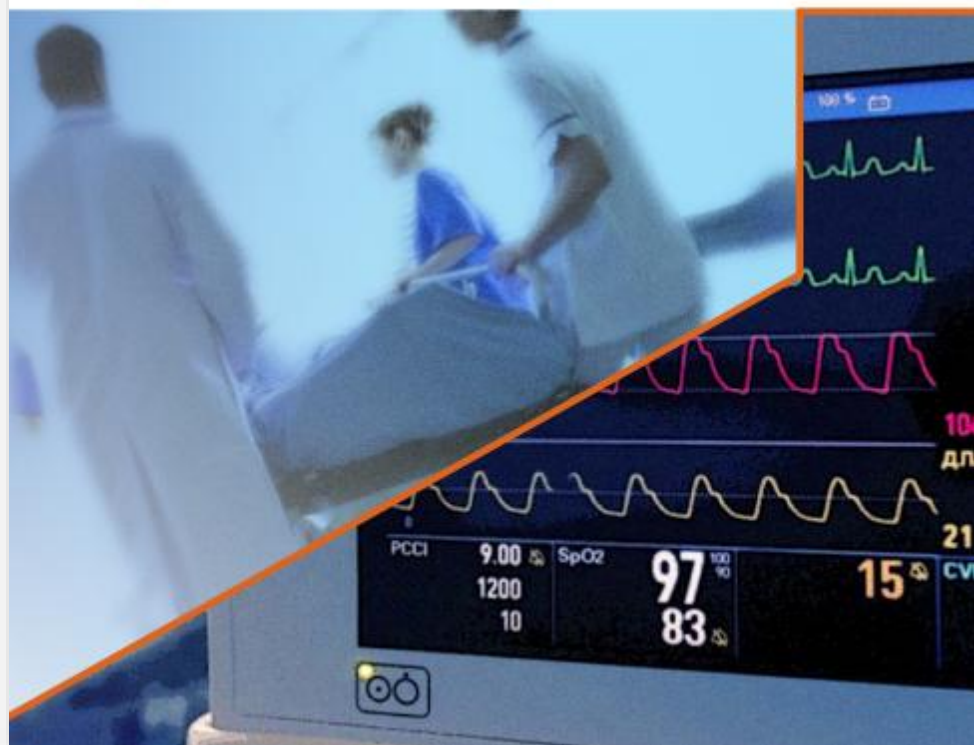




TORINO
16 OTTOBRE
2025

Dall'accesso non programmato al ricovero: clinica e organizzazione nella gestione ospedaliera del paziente oncologico



**Il ricovero del paziente oncologico: modelli di gestione
intraospedaliera dell'acuzie**

Marcello Tucci
SC Oncologia
Asti

- **Disclosures**

Honoraria: Pfizer, MSD, Bayer, Janssen, BMS, Ipsen, Astellas

Table 3. Adjusted Multivariable Analysis Showing Risk Factors for Unplanned Hospitalization

Variable	Coefficient	Hazard Ratio	95% CI	P
Age, years (v 66-69)				
70-74	0.04	1.04	1.00 to 1.09	.058
75-79	0.06	1.07	1.02 to 1.12	.006
≥ 80	0.11	1.12	1.07 to 1.17	< .001
Sex: F (v M)	0.03	1.03	1.00 to 1.06	.073
Race (v white)				
Hispanic	0.01	1.01	0.95 to 1.08	.689
Black	0.07	1.07	1.02 to 1.13	.007
American Indian	−0.22	0.80	0.53 to 1.22	.295
Other	−0.05	0.95	0.85 to 1.05	.323
Cancer type (v colon)				
Esophageal	0.13	1.14	1.07 to 1.22	< .001
Liver or intrahepatic ductal	0.02	1.02	0.96 to 1.08	.517
Pancreatic	0.07	1.08	1.03 to 1.13	.001
Anorectal	−0.03	0.97	0.93 to 1.01	.171
Gastric	0.13	1.14	1.08 to 1.20	< .001
Disease stage (v localized)				
Regional	0.23	1.26	1.22 to 1.31	< .001
Distant	0.29	1.34	1.28 to 1.40	< .001
Unknown	0.02	1.02	0.97 to 1.08	.384
Area of residence* (v big metropolis)				
Metropolis	−0.04	0.97	0.93 to 1.00	.059
Urban	0.04	1.04	0.98 to 1.10	.201
Urban less	−0.01	0.99	0.95 to 1.04	.762
Rural	−0.01	0.99	0.89 to 1.10	.817
Census tract poverty level† (v Q1)				
Q2	0.001	1.00	0.96 to 1.05	.972
Q3	0.05	1.05	1.00 to 1.10	.043
Q4	0.08	1.08	1.03 to 1.14	< .001
Charlson comorbidity index (v 0)				
1	0.16	1.17	1.13 to 1.22	< .001
2	0.25	1.30	1.22 to 1.35	< .001
≥ 3	0.42	1.52	1.44 to 1.60	< .001
State buy in‡ (v none)	0.12	1.13	1.09 to 1.18	< .001

Abbreviation: Q, quartile.

*Big metropolis, population ≥ 1,000,000; metropolis, population of < 250,000 to 1,000,000; urban, population of ≥ 20,000; urban less, population of 2,500 to 19,999; rural, population < 2,500.

†Percentage of people living below the poverty line in the patient's census tract: Q1, 0.00%-7.48%; Q2, 7.49%-13.30%; Q3, 13.31%-21.04%; Q4, ≥ 21.05%.

‡State buy-in variable is used to determine dual eligibility of patients for both Medicare and Medicaid.

Patterns and Predictors of Unplanned Hospitalization in a Population-Based Cohort of Elderly Patients With GI Cancer

Joanna-Grace M. Manzano, Ruili Luo, Linda S. Elting, Marina George, and Maria E. Suarez-Almazor

Listen to the podcast by Dr Extermann at www.jco.org/podcasts

A B S T R A C T

Purpose

Hospitalizations among patients with cancer are common and costly and, if unplanned, may interrupt oncologic treatment. The rate of unplanned hospitalizations in the population of elderly patients with cancer is unknown. We sought to describe and quantify patterns and risk factors for early unplanned hospitalization among elderly patients with GI cancer.

Patients and Methods

We conducted a retrospective cohort study using linked Texas Cancer Registry and Medicare claims data from 2001 to 2009. Texas residents age 66 years or older initially diagnosed with GI cancer between 2001 and 2007 were included in the study. The unplanned hospitalization rate was estimated, and reasons for unplanned hospitalization were evaluated. Risk factors were identified using adjusted Cox proportional hazards modeling.

Results

Thirty thousand one hundred ninety-nine patients were included in our study, 59% of whom had one or more unplanned hospitalizations. Of 60,837 inpatient claims, 58% were unplanned. The rate of unplanned hospitalization was 93 events per 100 person-years. The most common reasons for unplanned hospitalization were fluid and electrolyte disorders, intestinal obstruction, and pneumonia. Multivariable analysis showed that black race; residing in census tracts with poverty levels greater than 13.3%; esophageal, gastric, and pancreatic cancer; advanced disease stage; high Charlson comorbidity index score; and dual eligibility for Medicare and Medicaid increased the risk for unplanned hospitalization (all *P* values < .05).

Conclusion

Unplanned hospitalizations among elderly patients with GI cancer are common. Some of the top reasons for unplanned hospitalization are potentially preventable, suggesting that comorbidity management and close coordination among involved health care providers should be promoted.

J Clin Oncol 32:3527-3533. © 2014 by American Society of Clinical Oncology

All authors: The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX.

Published online ahead of print at www.jco.org on October 6, 2014.

Supported by the Texas Department of State Health Services and the Cancer Prevention Research Institute of Texas (CPRIT) as part of the statewide cancer reporting program and the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) National Program of Cancer Registries Cooperative Agreement (No. 5U58/DP000824-05); by Grant No. RP140020—Comparative Effectiveness Research on Cancer in Texas from CPRIT; a Midcareer Investigator Award from the National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (Grant No. K24 AR053593; M.E.S.-A.); and Grant No. CA016672 to the University of Texas MD Anderson Cancer Center from National Institutes of Health Cancer Center Support. The data presented herein are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the Department of State Health Services, CPRIT, or the CDC.

Presented in part at the 2013 Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, Chicago, Illinois, May 31-June 4, 2013.

Terms in blue are defined in the glossary, found at the end of this article.

Le Dimensioni Del Problema Ricovero. Quando?

Tre fasi distinte della malattia oncologica:

- alla diagnosi
- durante le terapie attive
- negli ultimi mesi di vita

Il Ricovero: Momento Fondamentale Per La Diagnosi?

Il 25-30% delle diagnosi di tumore avviene nel corso di un ricovero ospedaliero

- ❑ malattia a rapida evoluzione
- ❑ difficoltà di accesso da parte della popolazione agli strumenti diagnostici

Nat Rev Clin Oncol. 2017

REVIEWS

Diagnosis of cancer as an emergency: a critical review of current evidence

Yin Zhou¹, Gary A. Abel^{1,2}, Willie Hamilton³, Kathy Pritchard-Jones^{4,5}, Cary P. Gross⁶, Fiona M. Walter¹, Cristina Renzi⁶, Sam Johnson¹, Sean McPhail¹, Lucy Ellis-Brookes⁷ and Georgios Lyraopoulos^{1,6,7}

Abstract | Many patients with cancer are diagnosed through an emergency presentation, which is associated with inferior clinical and patient-reported outcomes compared with those of patients who are diagnosed electively or through screening. Reducing the proportion of patients with cancer who are diagnosed as emergencies is, therefore, desirable; however, the optimal means of achieving this aim are uncertain owing to the involvement of different tumour, patient and health-care factors, often in combination. Most relevant evidence relates to patients with colorectal or lung cancer in a few economically developed countries, and defines emergency presentations contextually (that is, whether patients presented to emergency health-care services and/or received emergency treatment shortly before their diagnosis) as opposed to clinically (whether patients presented with life-threatening manifestations of their cancer). Consistent inequalities in the risk of emergency presentations by patient characteristics and cancer type have been described, but limited evidence is available on whether, and how, such presentations can be prevented. Evidence on patients' symptoms and health-care use before presentation as an emergency is sparse. In this Review, we describe the extent, causes and implications of a diagnosis of cancer following an emergency presentation, and provide recommendations for public health and health-care interventions, and research efforts aimed at addressing this under-researched aspect of cancer diagnosis.

Received: 26 September 2022 | Revised: 12 December 2022 | Accepted: 19 December 2022

DOI: 10.1002/cam4.5600

REVIEW

Cancer Medicine  WILEY

Diagnosis of cancer in the Emergency Department: A scoping review

Alix Delamare Fauvel^{1,2}  | Jason J. Bischof¹  | Raquel E. Reinbolt³  |
Veronica K. Weihing⁴ | Edward W. Boyer¹ | Jeffrey M. Caterino¹ | Henry E. Wang¹

Perché I Ricoveri Dei Pazienti Oncologici Sono Destinati Ad Aumentare?

- Incremento della complessità dei trattamenti
- Sopravvivenza più lunga
- Diagnosi precoce
- Maggiore fragilità

Ricovero Nel Malato Oncologico Oggi...

Ricovero → evoluzione della malattia o come conseguenza di effetti collaterali della terapia antitumorale.

I pazienti oncologici in DH possono presentare in generale sintomi quali dolore, dispnea, vomito, delirium o distress psico-esistenziale non controllati dalla terapia erogata. Più specificatamente, i sintomi non controllati possono essere dovuti a: tossicità farmacologica da trattamenti oncologici (insufficienza respiratoria acuta da polmonite interstiziale, enteriti acute, epatiti da immunoterapia, insufficienza renale acuta ed anafilassi); sepsi (in genere da neutropenia); oppure quadri evolutivi della malattia tumorale quali emorragia massiva/shock emorragico, occlusione intestinale maligna, embolia polmonare, compressione midollare, sindrome da lisi tumorale, crisi epilettiche, ostruzione delle vie urinarie maligna, sindrome mediastinica respiratoria e sindrome della vena cava superiore.

Ricovero → quadri clinici acuti non correlati al tumore; p. es. insufficienza cardiaca congestizia, aritmie, sindrome coronarica acuta ed incidenti cerebrovascolari.



Evaluation of emergency departments visits in patients treated with immune checkpoint inhibitors

Deniz Can Guven¹  · Taha Koray Sahin² · Melek Seren Aksun² · Hakan Taban¹ · Oktay Halit Aktepe¹ · Nalan Metin Aksu³ · Meltem Akkaş³ · Mustafa Erman⁴ · Saadettin Kilickap⁴ · Omer Dizdar⁴ · Sercan Aksoy¹

Received: 22 June 2020 / Accepted: 19 August 2020 / Published online: 26 August 2020
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2020

Abstract

Background The emergency department (ED) is a crucial encounter point in cancer care. Yet, data on the causes of ED visits are limited in patients treated with immune checkpoint inhibitors (ICI). Therefore, we evaluated ED visits in patients treated with ICIs in attempt to determine the predisposing factors.

Methods We performed a retrospective chart review on adult cancer patients treated with ICIs for any type of cancer in the Hacettepe University Cancer Center. The data on ED visits after the first dose of ICIs to 6 months after the last cycle of ICIs were collected.

Results A total of 221 patients were included in the study. The mean age was 58.46 ± 13.87 years, and 65.6% of patients were males. Melanoma was the most common diagnosis (27.6%), followed by kidney and lung cancers. Eighty-three of these patients (37.6%) had at least one emergency department (ED) visit. Most of the ED visits were related to symptoms attributable to the disease burden itself, while immune-related adverse events comprised less than 10% of these visits. While baseline Eastern Cooperative Oncology Group performance status, age, polypharmacy, concomitant chemotherapy, eosinophilia, and lactate dehydrogenase levels did not significantly increase the risk, patients with regular opioid use and baseline neutrophilia ($> 8000/\text{mm}^3$) had a statistically significant increased risk of visiting the ED ($p = 0.001$ and 0.19 , respectively). These two factors remained significant in the multivariate analyses.

Conclusion In this study, almost 40% of ICI-treated patients had ED visits. Collaboration with other specialties like emergency medicine is vital for improving the care of patients receiving immunotherapy.

Keywords Emergency department · Immune checkpoint inhibitor · Immune-related adverse events · Immunotherapy

21. L'accesso in urgenza e il ricovero del malato oncologico: mappatura delle dinamiche di ricovero e di utilizzo delle strutture di urgenza in Italia

a cura di **G. Numico, A. Antonuzzo** – Network Italiano Cure di Supporto in Oncologia (NICSO)

M. Giordano – Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica Ospedaliera (CIPOMO)

J. Giamello – Medicina d'Emergenza e Urgenza, AO S. Croce e Carle, Cuneo

E. Gandolfo – MeCAU3 Ospedale Martini, Asl Città di Torino

M. Di Maio – AIOM

TABELLA 1. LE RAGIONI DI RICOVERO DEI PAZIENTI CON TUMORE

	Definizione	Descrizione	Frequenza relativa di ricovero
SINTOMI	Eventi direttamente correlati alla presenza del tumore o alla sua progressione.	Il trattamento prevede, oltre all'applicazione di terapie dei sintomi anche l'instaurazione di terapie attive (chirurgia, radioterapia e terapie farmacologiche)	50%
EVENTI ACUTI	Eventi non direttamente correlati alla presenza del tumore	Il loro trattamento non comporta necessariamente l'applicazione di terapie antitumorali	30%
TOSSICITÀ	Eventi causati dalle terapie oncologiche	Il loro trattamento prevede la sospensione delle terapie oncologiche e l'applicazione di specifiche terapie di supporto.	20%

Il Setting Palliativo

L'uso dell'ospedale negli ultimi mesi di vita è molto comune.....

Journal of Clinical Oncology, Vol 20, No 6 (March 15), 2002: pp 1584-1592

Time Spent in Hospital in the Last Six Months of Life in Patients Who Died of Cancer in Ontario

By J. Huang, C. Boyd, S. Tyldesley, J. Zhang-Salomons, P.A. Groome, and W.J. Mackillop

Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries

JAMA. 2013

Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009

Joan M. Teno, MD, MS

Pedro L. Gozalo, PhD

Julie P. W. Bynum, MD, MPH

Natalie E. Leland, PhD

Susan C. Miller, PhD, MBA

Nancy E. Morden, MD, MPH

Thomas Scupp, BS

David C. Goodman, MD

Vincent Mor, PhD

Importance A recent Centers for Disease Control and Prevention report found that more persons die at home. This has been cited as evidence that persons dying in the United States are using more supportive care.

Objective To describe changes in site of death, place of care, and health care transitions between 2000, 2005, and 2009.

Design, Setting, and Patients Retrospective cohort study of a random 20% sample of fee-for-service Medicare beneficiaries, aged 66 years and older, who died in 2000 (n=270 202), 2005 (n=291 819), or 2009 (n=286 282). A multivariable regression model examined outcomes in 2000 and 2009 after adjustment for sociodemographic characteristics. Based on billing data, patients were classified as having a medical diagnosis of cancer, chronic obstructive pulmonary disease, or dementia in the last 180

BMC Health Services Research



Research article

Open Access

Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors

Lieve Van den Block^{*1}, Reginald Deschepper¹, Katrien Driessens¹, Sabien Bauwens², Johan Bilsen^{1,3}, Nathalie Bossuyt⁴ and Luc Deliens^{1,5}

Address: ¹End-of-Life Care Research Group, Vrije Universiteit Brussel, Belgium, ²Centre for Oncology, Academic Hospital Vrije Universiteit Brussel, Belgium, ³Centre for Environmental Philosophy and Bioethics, Ghent University, Belgium, ⁴Scientific Institute of Public Health, Department of Epidemiology, Brussels, Belgium and ⁵Department of Public and Occupational Health, and EMGO Institute, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands

Email: Lieve Van den Block^{*} - lvdblock@vub.ac.be; Reginald Deschepper - reginald.deschepper@vub.ac.be; Katrien Driessens - katrien.driessens@vub.ac.be; Sabien Bauwens - Sabien.Bauwens@uzbrussel.be; Johan Bilsen - Johan.Bilsen@vub.ac.be; Nathalie Bossuyt - nbossuyt@iph.fgov.be; Luc Deliens - luc.deliens@vub.ac.be

^{*} Corresponding author

Published: 8 May 2007

Received: 23 September 2006

BMC Health Services Research 2007, 7:69 doi:10.1186/1472-6963-7-69

Accepted: 8 May 2007

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/69>

© 2007 Van den Block et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Il Setting Palliativo

In Italia circa il 35% dei pazienti con tumore muore in ospedale per acuti e questo trend non appare in riduzione.

EVIDENCE BASED PUBLIC HEALTH POLICY AND PRACTICE

Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC)

Monica Beccaro, Massimo Costantini, Paolo Giorgi Rossi, Guido Miccinesi, Maria Grimaldi, Paolo Bruzzi on behalf of the 'ISDOC Study Group'

J Epidemiol Community Health 2006;60:412-416. doi: 10.1136/jech.2005.043646

Objective: To describe actual and preferred place of death of Italian cancer patients and to analyse the preferences met regarding the place of death.

Design: Mortality follow back survey of 2000 cancer deaths, identified with a two stage probability sample representative of the whole country. Information on patients' experience was gathered from the non-professional caregiver with an interview. A section of the interview covered information on the actual and preferred place of death of the patients.

Setting: 30 Italian local health districts randomly selected after stratification in four geographical areas.

Participants: 1900 of 2000 (95.0%) caregivers of cancer deaths identified.

Main outcome measures: Prevalence of actual and preferred places of death.

Results: Valid interviews were obtained for 66.9% (n=1271) of the caregivers. Place of death was home for 57.9% of Italian cancer patients, hospital for 34.6%, hospice for 0.7%, nursing home for 6.5%, and ambulance for 0.4%. Wide and significant differences within Italy were seen (home deaths ranged between 94.0% in the south and 28.2% in the north east). Home was the preferred place of death for 93.5% of patients that expressed a preference, with minimal differences within the country (between 89.5% and 99.0%). Overall 67.1% of the sample died in the place where they preferred to die.

Conclusions: Policymakers should encourage health services to focus on ways of meeting individual preferences on place of death. As home was the preferred place of death for most cancer patients, effective programmes to enable the patients to remain at home should be implemented.

See end of article for authors' affiliations

Correspondence to: Dr M. Costantini, Unit of Clinical Epidemiology, National Cancer Institute, Largo Rosanna Benzi, 10, 16132, Genoa, Italy; massimo.costantini@istge.it

Accepted for publication 13 December 2005

Cancer Epidemiology 93 (2024) 102702



Contents lists available at ScienceDirect

Cancer Epidemiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/canep



Hospital as a site of death of cancer patients in Italy: A registry-based analysis and time trends

Gianmauro Numico^{a,*}, Roberto Ippoliti^b, Andrea Antonuzzo^c, Lorenza Palmero^d, Paolo Bossi^{e,f}

^a Medical Oncology, Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle, Cuneo, Italy

^b Department of Law and Political, Economic and Social Sciences (DIAGSPES), University of Eastern Piedmont, Italy

^c SSD Cure di Supporto Internistico e Geriatrico, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Milano, Italy

^d Medical Oncology, Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle, Cuneo, Italy

^e Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milano, Italy

^f IRCCS Humanitas Research Hospital, Milano, Italy

ARTICLE INFO

Keywords:
Cancer
End of life
Hospital
Site of death

ABSTRACT

Background: Place of death is relevant both for individuals and for the society. Home is universally considered the optimal place of death while dying in hospital may be a signal of inappropriate end-of-life care. We aimed at studying the place of death of patients with cancer in Italy in a five-year period.

Patients and methods: The death-certificate database published by the Italian National Institute of Statistics (ISTAT) was analysed, searching the place of death and the main disease related to death. Data from 2015 to 2019 were used, to exclude the influence of the COVID pandemic. Cancer, "cognitive impairment and Alzheimer's disease" (CIAD) and "cardiovascular and cerebrovascular diseases" (CCD) were the examined diseases. The place of death was categorized as "acute care hospital", "hospice" or "other long-term care (LTC) structures" and "home". We implemented an ordinary linear regression model to verify whether there was a statistically significant variation across the selected time (i), and whether a substitution effect among sites of death could be hypothesized (ii).

Results: Data on 769,517 deaths were retrieved. In 2019 35.39 % patients with cancer died in hospital, 39.57 % died at home and 20.06 % died in hospice or in other LTC structures. In the examined period, death at home decreased by 3.09 % (95 % C.I. -3.18 - -2.99; p<0.01); death in hospice and long-term structures increased by 2.71 % (95 % C.I. 2.66 - 2.76; p<0.01); death in hospital increased by 0.3 % (95 % C.I. 0.23 - 0.36; p<0.01). For patients with CIAD, death in hospital increased by 0.98 % (95 % C.I. 0.80 - 1.17; p<0.01) and for patients with CCD decreased by 1.43 % (95 % C.I. -1.47 - -1.39; p<0.01). Death at home decreased in both diseases.

Conclusions: More than one-third of cancer patients die in acute care hospitals and this percentage is slightly increasing in the analysed period. Mortality at home decreased in all the examined diseases. Dying at home is being progressively less frequent, while hospitals continue to represent a frequent place of death.

Evento Non Programmato

La via di accesso dell'urgenza del malato oncologico all'ospedale è in larga parte rappresentata dal Pronto Soccorso, struttura deputata alla gestione in tempi contenuti delle urgenze cliniche.

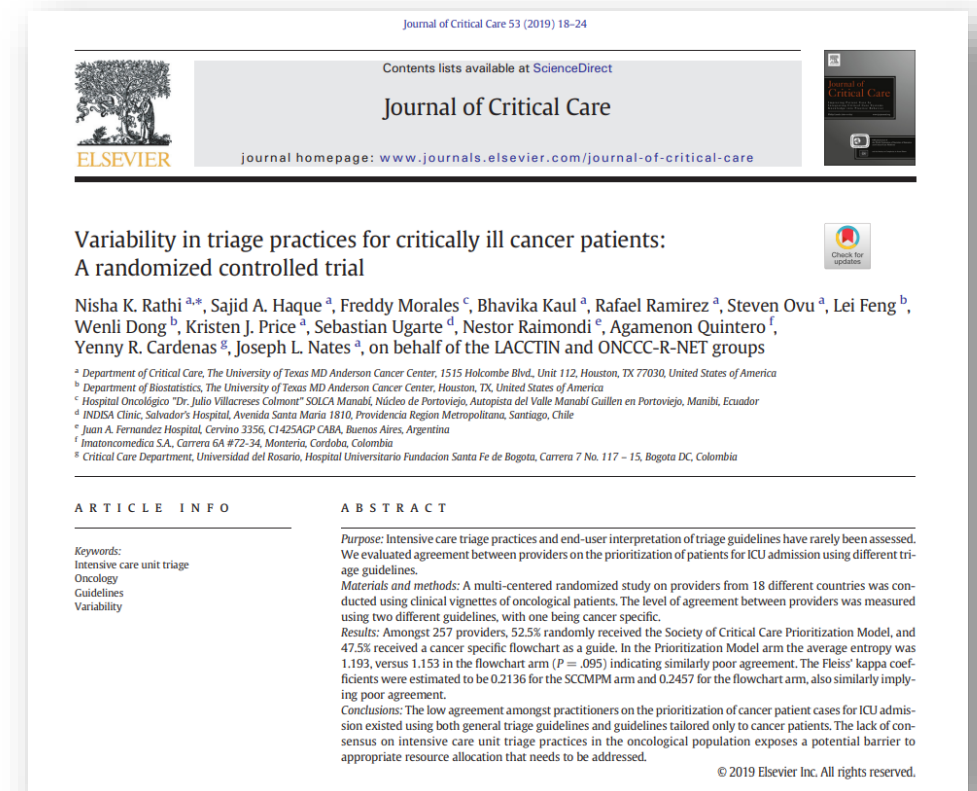
-Mayer DK, Travers D, Wyss A, Leak A, Waller A. Why Do Patients With Cancer Visit Emergency Departments? Results of a 2008 Population Study in North Carolina. J Clin Oncol, 2011.

-Lash RS, Hong AS, Bell JF, Reed SC, Pettit N. Recognizing the emergency department's role in oncologic care: a review of the literature on unplanned acute care. Emerg Cancer Care, 2022.

Dal 3 al 10% dei pazienti che afferiscono alle strutture di emergenza ha una storia di tumore. Le caratteristiche della popolazione oncologica che accede al Pronto Soccorso sono diverse, la frequenza di accesso è maggiore così come il tasso di ospedalizzazione; più della metà degli accessi al DEA si concludono con il ricovero ospedaliero, rispetto al 10-15% nei casi non oncologici. Maggiore complessità!

Competenze In Caso Di Evento Acuto Oncologico

- internistica/urgentistica
- specialistica/ oncologica





A nationwide survey among emergency physicians and oncologists to improve the management of immune checkpoint inhibitors toxicity

Jacopo Davide Giamello¹ · Giuseppe Lauria² · Andrea Antonuzzo³ · Paolo Bossi⁴ · Bartolomeo Lorenzati² · Gianmauro Numico⁵

Received: 13 December 2021 / Accepted: 17 January 2022 / Published online: 26 January 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2022

however, 16% suggest asking for oncological consultation in any case an ICI-treated patient comes to the ED.

Interestingly, EPs declare that information about medical and pharmacological history is often difficult to find out and to understand. In the majority of the hospitals involved in the survey, training events dedicated to ICIs and IRAEs have never been held. When EPs are asked to self-assess, from 0 (i.e. not appropriate at all) to 10 (i.e. fully appropriate), the appropriateness of their expertise about ICI toxicity, the median value is 3 [2;5]. Finally, clear clinical pathways at the local or national level are required by almost all of the respondents.

On the other side, when oncologists are asked whether a clinical pathway for the management of anticancer treatment toxicity is established in their hospital, a negative answer is reported by 42%. Oncologists state that informative material – also when available – is used only in the oncology departments and never shared with other departments.

Furthermore, according to 30% of respondents, neither the patients nor the general practitioners are provided with information material relating to the management of side

effects. Only 50% of hospitals organize an urgent oncological evaluation service dedicated to patients undergoing active treatment; in addition, in case of a grade 3–4 toxicity event, half of the participants believe that the best strategy is to refer the patient to the ED.

Finally, when oncologists were asked about the best strategy to adopt in the management of patients presenting to the ED with a potentially treatment-related clinical condition, 50% would like to be systematically involved.

We believe this survey may represent an important starting point for improving care for cancer patients undergoing treatment with ICIs. To the best of our knowledge, no published survey covering this issue exists. Patients treated with ICIs who access the ED are a poorly studied population [1, 8, 9]. Training about the management of toxicity should be spread out of the boundaries of medical oncology and involve EPs. EPs should be made capable of IRAE recognition and differential diagnosis with other clinical issues (often cancer-related symptoms as reported in Guven et al. paper); they also need to be able to rely on recommendation documents and guidelines. Local clinical pathways should

Acute Care Services

- Diretta valutazione presso le strutture specialistiche oncologiche.
- Le diverse modalità di organizzazione del servizio consentono di intercettare una frazione più o meno consistente dei bisogni.
- Di fatto, questo tipo di servizio è in grado di accogliere condizioni caratterizzate da una minore severità clinica, potenzialmente dilazionabili nell'arco di pochi giorni, e più strettamente correlate alla patologia oncologica e al suo trattamento.

Support Care Cancer (2013) 21:397–404
DOI 10.1007/s00520-012-1524-6

ORIGINAL ARTICLE

Unplanned presentations of cancer outpatients: a retrospective cohort study

G. Aprile · F. E. Pisa · A. Follador · L. Foltran ·
F. De Pauli · M. Mazzer · S. Lutrino · C. S. Sacco ·
M. Mansutti · G. Fasola

Support Care Cancer (2017) 25:209–212
DOI 10.1007/s00520-016-3403-z



ORIGINAL ARTICLE

Received: 14 February 2017
© Springer-Verlag 2017

Abstract

Purpose As a result of an increasing trend toward increasing number of cancer outpatients, the purpose of this study aimed to describe the phenomenon and to identify predictors of unplanned presentations and hospitalizations. **Methods** Unplanned presentations of cancer outpatients who accessed the emergency department were reviewed. **Results** The period of review was from January 2014 to December 2015. The reasons for presentation were reviewed. **Conclusion** The results of the study showed that unplanned presentations were predictors of hospitalization. A multivariate Cox proportional hazards model was used.

Impact of a supportive care service for cancer outpatients: management and reduction of hospitalizations. Preliminary results of an integrated model of care

A. Antonuzzo¹ · E. Vasile² · A. Sbrana² · M. Lucchesi² · L. Galli² · I. M. Brunetti¹ ·
G. Musettini² · A. Farnesi² · E. Biasco² · N. Virgili¹ · A. Falcone² · S. Ricci¹

Received: 24 May 2016 / Accepted: 29 August 2016 / Published online: 11 September 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Original Article

Oncological Emergency Admissions to the Norfolk and Norwich University Hospital: An Audit of Current Arrangements and Patient Satisfaction

M. Yates*, A. Barrett†‡

*Norfolk and Norwich University Hospital, Colney Lane, Norwich, UK; †The Colney Centre, Norfolk and Norwich University Hospital, Colney Lane, Norwich, UK; ‡University of East Anglia, Norwich, UK

Supportive Care in Cancer (2022) 30:6365–6368
https://doi.org/10.1007/s00520-022-06844-7

LETTER TO THE EDITOR



A nationwide survey among emergency physicians and oncologists to improve the management of immune checkpoint inhibitors toxicity

Jacopo Davide Giamello¹ · Giuseppe Lauria² · Andrea Antonuzzo³ · Paolo Bossi⁴ · Bartolomeo Lorenzati² ·
Gianmauro Nomico⁵

Received: 13 December 2021 / Accepted: 17 January 2022 / Published online: 26 January 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2022

Acute Care Services

- ❑ Servizi che dovrebbero essere caratterizzati dalla presenza di un infermiere con funzioni di “triage”, dalla disponibilità all’accesso in urgenza di una serie di servizi essenziali (in particolare esami di laboratorio, radiologia e consulenze specialistiche), dall’integrazione stretta e continua con il Pronto Soccorso.
- ❑ Elemento fondamentale nella valutazione e pianificazione del ricovero da DH/ambulatori di Oncologia deve ovviamente essere la possibilità di accedere al ricovero diretto, tramite interazione con la figura del bed manager.

.

21. L'accesso in urgenza e il ricovero del malato oncologico: mappatura delle dinamiche di ricovero e di utilizzo delle strutture di urgenza in Italia

a cura di **G. Numico, A. Antonuzzo** – Network Italiano Cure di Supporto in Oncologia (NICSO)

M. Giordano – Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica Ospedaliera (CIPOMO)

J. Giamello – Medicina d'Emergenza e Urgenza, AO S. Croce e Carle, Cuneo

E. Gandolfo – MeCAU3 Ospedale Martini, Asl Città di Torino

M. Di Maio – AIOM

TABELLA 2. PRONTO SOCCORSO E SERVIZI SPECIALISTICI PER GLI ACCESSI NON PROGRAMMATI

Pronto Soccorso		Servizi specialistici
Competenza	Internistica/urgentista	Specialistica/oncologica
Disponibilità all'accesso	H24	Orari di apertura dei servizi ambulatoriali
Tipologia prevalente di accessi	Elevata complessità clinica; elevata gravità	Bassa complessità clinica
Criticità	Affollamento (tempi di attesa prolungati)	Assenza di servizi dedicati all'urgenza (esami, consulenze etc)
	Difficoltà nell'integrazione della storia oncologica	Competenze non urgentistiche; rischio di trasformazione impropria in "Pronto Soccorso per pazienti oncologici"



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.ejancer.com



Original Research

The hospital care of patients with cancer: a retrospective analysis of the characteristics of their hospital stay in comparison with other medical conditions



Gianmauro Numico ^{a,*}, Cristian Zanelli ^b, Roberto Ippoliti ^c,
Maura Rossi ^a, Elena Traverso ^a, Andrea Antonuzzo ^d, Roberta Bellini ^b

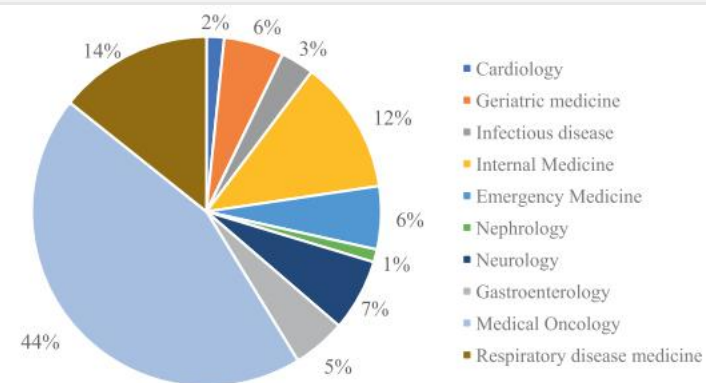
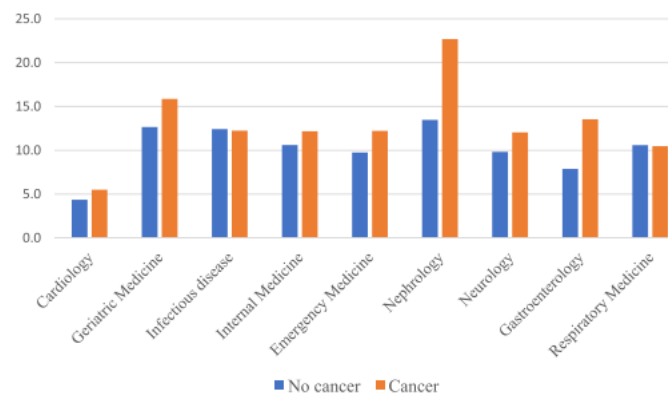


Fig. 1. Distribution of admissions of patients with cancer to medical units.



Il Ricovero: Modelli Gestionali

- Nel periodo 2012-2022 il numero di posti letto in Europa si è ridotto di circa il 10% (in Italia è stata ancora maggiore, circa il 35%).
- In Italia, a fronte di una dotazione complessiva di 200.428 letti di degenza per acuti e una proporzione di 2,3 letti/1000 abitanti riportati nel 2022, i posti letto di oncologia sono 4797, il 2,3% del totale di posti letto negli ospedali per acuti. È quindi del tutto verosimile che i ricoveri di tipo medico dei pazienti oncologici (il cui numero non è rintracciabile su scala Nazionale) sia nettamente superiore alla disponibilità di letti specialistici e sia distribuito pertanto in una serie di altre Unità Operative di tipo medico, in particolare la Medicina.

Gugiatti di A, Manfredi S, Oprea N, Palvarini A. 2 La struttura e le attività del SSN. Published online 2024.

AIOM Carta dei Servizi dell'Oncologia Italiana. Libro Bianco 2023 - XIII edizione | AIOM. Accesso del 1 marzo 2025

Ministero della Salute. C_17_pubblicazioni_3498_allegato.pdf. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3498_allegato.pdf. Accesso 1 marzo 2025.

Il Ricovero: Modelli Gestionali

In tale quadro organizzativo/strutturale si pongono 2 questioni:

- Come deve essere gestito il percorso del ricovero negli ospedali senza letti
- Quale deve essere la funzione specifica dei letti di Oncologia rispetto alle altre degenze internistiche → (dr.ssa Fea)

In Caso Di Ricovero In Letti Non Specialistici Oncologici....

- ❖ utile attivare percorsi organizzativi per favorire la consulenza e l'interazione con la figura dell'oncologo che possano permettere risposte tempestive in termini di avvio del trattamento specifico, gestione della tossicità delle terapie, avvio alla palliazione.

- Spesso la situazione clinica della persona malata presenta una tale complessità da non rendere semplici le decisioni da parte dell'oncologo o del medico di PS che ha in carico il paziente. Il curante deve richiedere una consulenza allo specialista di riferimento per il trattamento dell'evento acuto (chirurgo, anestesista rianimatore, medico d'urgenza o altro specialista). Bisogna elaborare delle soluzioni organizzative ("chi, che cosa, quando, dove, perché") condivise per l'esecuzione di rapide valutazioni multidisciplinari, anche per decidere il setting più adatto di cura. Tali valutazioni multidisciplinari non possono prescindere dalla valutazione dell'oncologo in termini prognostici.

CA CANCER J CLIN 2016;66:496-517

Critical Care of Patients With Cancer

Alexander Shimabukuro-Vornhagen, MD^{1,2,3}; Boris Böll, MD^{4,5,6}; Matthias Kochanek, MD^{7,8,9}; Éli Azoulay, MD, PhD^{10,11,12}; Michael S. von Bergwelt-Baildon, MD, PhD^{13,14,15}

GME

CNE

¹Consultant, Medical Intensive Care Program, Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ²Member, Cologne-Bonn Center for Integrated Oncology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ³Founding Member, Intensive Care in Hemato-Oncologic Patients (ICHOP), Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ⁴Head of Medical Intensive Care Program, Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ⁵Member, Cologne-Bonn Center for Integrated Oncology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ⁶Founding Member, Intensive Care in Hemato-Oncologic Patients (ICHOP), Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ⁷Program Director, Medical Intensive Care Program, Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ⁸Member, Cologne-Bonn Center for Integrated Oncology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ⁹Founding Member, Intensive Care in Hemato-Oncologic Patients (ICHOP), Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ¹⁰Consultant, Medical Intensive Care Program, Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ¹¹Member, Cologne-Bonn Center for Integrated Oncology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ¹²Founding Member, Intensive Care in Hemato-Oncologic Patients (ICHOP), Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ¹³Member, Cologne-Bonn Center for Integrated Oncology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ¹⁴Founding Member, Intensive Care in Hemato-Oncologic Patients (ICHOP), Department I of Internal Medicine, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany; ¹⁵Member, Cologne-Bonn Center for Integrated Oncology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany

ABSTRACT: The increasing prevalence of patients living with cancer in conjunction with the rapid progress in cancer therapy will lead to a growing number of patients with cancer who will require intensive care treatment. Fortunately, the development of more effective oncologic therapies, advances in critical care, and improvements in patient selection have led to an increased survival of critically ill patients with cancer. As a consequence, critical care has become an important cornerstone in the continuum of modern cancer care. Although, in many aspects, critical care for patients with cancer does not differ from intensive care for other seriously ill patients, there are several challenging issues that are unique to this patient population and require special knowledge and skills. The optimal management of critically ill patients with cancer necessitates expertise in oncology, critical care, and palliative medicine. Cancer specialists therefore have to be familiar with key principles of intensive care for critically ill patients with cancer. This review provides an overview of the state-of-the-art in the individualized management of critically ill patients with cancer. *CA Cancer J Clin* 2016;66:496-517. © 2016 American Cancer Society.

Keywords: cancer, critical care, oncology, palliative care

TABLE 3. Summary of the Key Principles for the Management of Critically Ill Patients With Cancer From the Perspective of the Hematologist/Oncologist*	
INTERVENTIONS	RECOMMENDATION
Before ICU admission	
• Early integration of palliative care	D
• Administer anti-infective prophylaxis as recommended by guidelines	D
• Early identification of deteriorating patients and consultation of intensive care specialist/rapid response team	D
• Prophylactic ICU admission for initiation of induction chemotherapy in high-risk patients	C
• Postpone chemotherapy in the presence of life-threatening complications of cancer due to infection or organ dysfunction	N
• Strict ICU admission refusal of cancer patients with advanced disease	N
During ICU stay	
• Close collaboration between hematologist/oncologist and intensivist	D
• Frequent reassessment of patient status, response to therapy, and prognosis	D
• ICU treatment according to guidelines for non-cancer ICU patients if no cancer-specific guidelines are available, eg, SSC guidelines	D
• Check for drug interactions with oncologic therapies	D
• Intensive communication with patient and relatives	D
• "ICU trial" when prognosis is uncertain	C
• Prolonged NIV in patients with respiratory failure who do not show signs of improvement	N
After ICU discharge	
• Continue scheduled oncologic therapy as planned or with the least possible dose reduction	D
• Reassess treatment goals	D
• Screen for intensive care syndrome (PICS)	D

ICU indicates intensive care unit; NIV, noninvasive support; PICS, postintensive care syndrome; SSC, Surviving Sepsis Campaign. *Recommendations are grouped chronologically in relation to the timing of ICU treatment. Letters indicate what to do (D), what to consider (C), and what not to do (N).

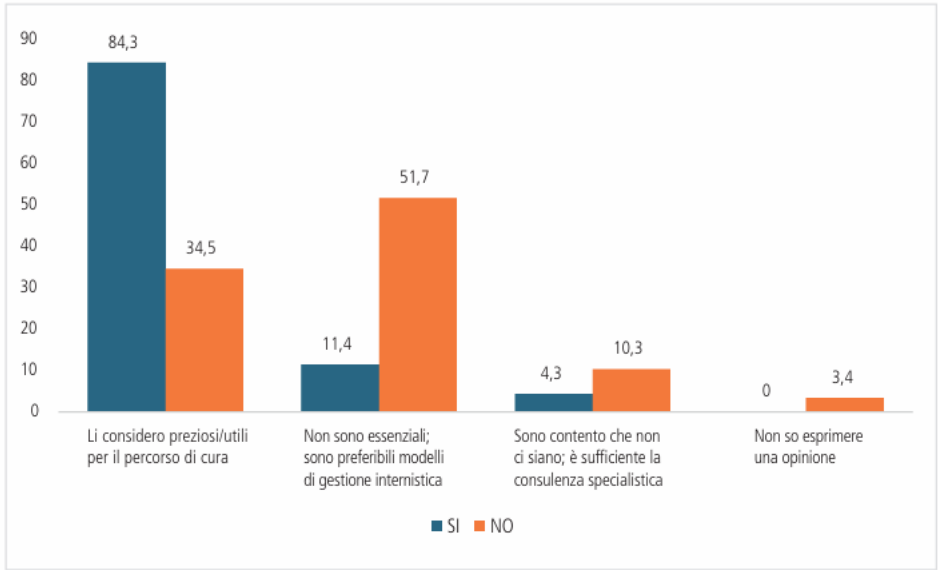
Survey (NICSO)

- La frazione di ricoveri diretti è nella maggior parte dei casi minoritaria, rispetto ai ricoveri da Pronto Soccorso.
- Circa la disponibilità di posti letto, è stato riportato come frequente il ricorso a letti in appoggio in altri reparti; peraltro, in più della metà dei casi si fa riferimento a regole aziendali per la distribuzione dei ricoverati o a una vera e propria organizzazione di bed management.
- Nel caso delle Strutture di Oncologia senza posti letto la soluzione prevalente in caso di eventi clinici urgenti è l'invio in Pronto Soccorso (62,0%) mentre nel restante 38,0% viene cercato un posto letto o direttamente o attraverso una funzione di bed management.
- Nella stragrande maggioranza di casi durante la fase di ricovero è prevista un'attività di consulenza su richiesta del reparto che ha in carico il paziente, mentre la gestione diretta del paziente è riportata in solo 3 casi. In quasi tutti i casi il giudizio che dall'Oncologia viene dato alla gestione del paziente in altri reparti è buono o ottimo.

TABELLA 3. GESTIONE DEGLI ACCESSI NON PROGRAMMATI (TRA PARENTESI IL NUMERO DI RISPONDENTI)

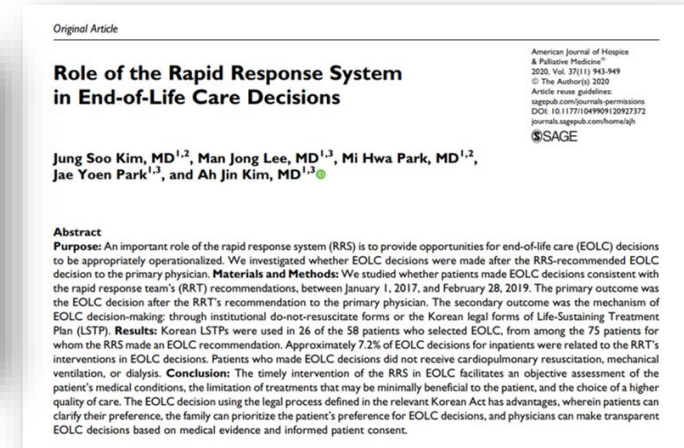
	N	%
È prevista una modalità strutturata di gestione degli accessi non programmati? (97)		
SI	60	61,8%
NO	37	38,2%
Che indicazioni vengono date al paziente in carico alla struttura in caso di necessità di accesso non programmato? (98)		
Viene data indicazione a riferirsi alla Struttura di Oncologia (in varie modalità)	62	63,3%
Viene data indicazione di rivolgersi al curante	7	7,1%
Viene data indicazione di accedere al Pronto Soccorso	29	29,6%
Disponibilità oraria per accessi non programmati (99)		
Nessuna	3	3,0%
Da 0 a 6 ore nei giorni feriali	12	12,1%
Da 6 a 12 ore nei giorni feriali	75	75,8%
H24	9	9,1%
Gli accessi non programmati sono gestiti in modo dedicato? (98)		
SI	37	37,8%
NO	61	62,2%
Le risorse dedicate (37)*		
Medico Oncologo	27	72,9%
Infermiere	15	40,5%
Esami e consulenza in urgenza	15	40,5%
Area per le terapie di supporto	14	37,9%
È prevista la possibilità di un invio in DEA da parte dei servizi oncologici ambulatoriali o di DH? (92)		
SI	85	92,4%
NO	7	7,6%
È prevista la possibilità di invio di pazienti non critici dal DEA all'Oncologia? (92)		
SI	77	83,6%
NO	15	54,3%
Nel tuo ospedale è prevista e operante una funzione di bed management? (98)		
SI	80	81,6%
NO	18	18,4%

FIGURA 2. RISPOSTA ALLA DOMANDA: "QUAL È LA TUA OPINIONE RIGUARDO ALLA PRESENZA DI LETTI SPECIALISTICI DI ONCOLOGIA MEDICA?"



Le colonne blu corrispondono ai responsabili di Strutture con posti letto ("SI"); le colonne in arancione corrispondono ai responsabili di Strutture senza posti letto ("No"). I numeri sono espressi in percentuale dei rispondenti.

In Tutti I Setting....



- Auspicabile, la creazione di un di team ospedaliero di cure palliative, composto da medici ed infermieri, che possa rispondere rapidamente ai curanti (agli oncologi in DH, ma anche ai medici d'emergenza in DEA/PS o ai medici internisti nei reparti) in caso di paziente in fase avanzata di malattia che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile.
- L'implementazione di tale team costituisce una soluzione organizzativa ideale in quanto nel medio termine può comportare un rilevante impatto sul tempo tra la decisione di ricoverare il paziente ed il ricovero, sulla tempestività ed appropriatezza sia dei trattamenti per il controllo dei sintomi sia nell'individuazione del percorso di dimissione.

Presa In Carico Infermieristica Nel Percorso (La A Del PSDTA)

IN ONCOLOGIA

- Briefing con infermiere del cas (lettura condivisa delle schede della Rete Oncologica - database – compilazione diario infermieristico)
- Colloquio di accoglienza con infermiera di riferimento per patologia
- Consegna brochure: card di reparto, **brochure effetti collaterali**, note informative su prestazioni assistenziali, norme igieniche, educazione terapeutica, box farmaci
- Visione reparto e iniziale conoscenza spazi e operatori



ENCOEMATOLOGIA

Day Hospital

La struttura dedicata alla somministrazione di terapie oncologiche ed ematologiche con ricovero diurno.

Dove siamo

Ospedale Cardinal Massaia – Asti
Corso Dante, 202 – 14100 Asti

Contatti

Tel. +39 0141 486630 | Email: cas@asl.at.it



A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale
di Asti

Chi siamo e cosa facciamo

CHI SIAMO

Il Day Hospital Oncoematologico è una struttura dedicata alla somministrazione di terapie oncologiche ed ematologiche con ricovero diurno.

Il servizio si trova al piano zero dell'ospedale e funziona dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 18:00.

Qui eseguiamo trattamenti chemioterapici, terapie di supporto, visite ed esami di controllo per monitorare l'andamento della malattia. Il personale medico e infermieristico è sempre presente per assisterti in ogni fase.

Il Centro Accoglienza e Servizi (C.A.S.) rappresenta il punto di contatto per chi inizia un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale in ambito oncologico.

Obiettivi

- ✓ Garantire un percorso chiaro, sicuro e confortevole per te e la tua famiglia.
- ✓ Offrire supporto medico, infermieristico, psicologico, sociale e amministrativo in base alle tue necessità.

COSA FACCIAMO

- ✓ Visite oncologiche ed ematologiche
- ✓ Valutazioni multidisciplinari (Gruppo Interdisciplinare di Cura)
- ✓ Somministrazione delle terapie e monitoraggio degli effetti collaterali
- ✓ Educazione sanitaria e colloqui personalizzati
- ✓ Supporto psicologico e sociale, se necessario
- ✓ Gestione dei dispositivi venosi centrali (PICC, Port-a-Cath)
- ✓ Attivazione di cure specialistiche e continuità con equipe di Cure Palliative
- ✓ Coordinamento con le attività territoriali
- ✓ Ricerca clinica e farmacia interna
- ✓ Cure complementari

rete
oncologica
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA
si prende cura di te

EFFETTI COLLATERALI DELLA CHEMIOTERAPIA

Come affrontarli al domicilio

Gentile Signor*,
questo opuscolo è stato realizzato per fornire alcune utili informazioni a chi, come lei, deve seguire un percorso di cura in oncologia. La terapia antineoplastica può causare una serie di disturbi, i cosiddetti “effetti collaterali”. L’intensità e la durata degli effetti collaterali varia da persona a persona e dipende dai farmaci assunti e dalla reazione del suo organismo.

Nelle pagine seguenti troverà un elenco degli effetti collaterali più frequenti, insieme a qualche consiglio per poterli individuare precocemente e gestirli al meglio.

Come usare l’opuscolo?

In caso di effetti collaterali, è necessario che Lei ne valuti l’intensità/gravità, sulla base di queste, può seguire i consigli pratici forniti oppure chiamare il numero **0141/489990** a cui risponderà un’infermiera del reparto.

Le informazioni contenute in questo opuscolo non intendono sostituire il colloquio diretto con il medico e con gli infermieri.

La invitiamo pertanto a confrontarsi liberamente con il personale sanitario del reparto.

ALTERAZIONE TEMPERATURA CORPOREA

I valori normali della temperatura corporea sono tra il 36° C e il 37.5° C.

Febbre: aumento della temperatura corporea al di sopra del 37.5° C.

Cosa fare?

-Se temperatura superiore a 37.5° C seguire i “**consigli pratici**”;

-Se TC superiore a 38° C seguire i “**consigli pratici**” e chiamare il **0141 489990**.

CONSIGLI PRATICI:

- In caso di brividi e/o vampate di calore monitorare temperatura corporea 3 volte al giorno (mattina – pomeriggio- sera).
- Mantenere un’accurata igiene personale senza trascurare il lavaggio delle mani.
- Bere più liquidi per ridurre il rischio di disidratazione (salvo controindicazioni).
- Monitorare condizioni della bocca (dolore, macchie bianche, tagli a livello delle labbra).
- Evitare luoghi affollati o contatti con persone con influenza/ con infezioni in corso.
- Riposare in ambienti non eccessivamente caldi o freddi.
- Assumere farmaci specifici (vedi lettera medica) e valutare l’efficacia della terapia.

* Attenzione!

Il numero 0141 489990 risulta attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.

Nei giorni festivi e fuori orario sopraindicato contattare Medico di Famiglia/ Guardia Medica o recarsi in Pronto Soccorso.



A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale
di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48 1111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

TERAPIA

[illegible]

PERCORSO	INFERMIERE DI RIFERIMENTO	INFERMIERA SOSTITUTA (SE ASSENTI LE PRINCIPALI)
UROLOGICO	TARDITO Ilaria BATTISTOTTI Sara	SPERA Giusy
GINECOLOGICO	SPERA Giusy VALENTE Alessia	DI MARCO Rosa
MAMMELLA	CARRETTO Patrizia DI MARCO Rosa	RUCCIO Laura
POLMONE	TOMA Camelia TRINCHERO Barbara	VALENTE Alessia
GASTROENTERICO	BARACCO Stefania CATTANEO Ilaria	BATTISTOTTI Sara
TESTA-COLLO	TOMA Camelia TRINCHERO Barbara	TARDITO Ilaria
EMATOLOGICO	MARANGONI Lorena RUCCIO Laura	CARRETTO Patrizia

L'infermiera Di "Bancone"

- Riceve le telefonate dei pazienti su numero telefonico dedicato (9990)
- Effettua il *Triage* dei pazienti in base al documento

Verde: effettua educazione sanitaria/terapeutica

Arancione: si interfaccia con oncologo di guardia

Rosso: invia in Dea

ONCOLOGY/HAEMATOLOGY ADVICE LINE					
TRIAGE TOOL, VERSION 2 (NOVEMBER 2016)					
Verde: nessun problema o lieve		Giallo: revisione entro 24 ore o più giallo passare al rosso		Rosso: segnalare alla valutazione e prima azione	
I pazienti potrebbero presentare problemi diversi da quelli elencati di seguito, questi verranno registrati come "altro" nella lista di controllo del foglio di registro. Si consiglia agli operatori sanitari di fare riferimento ai criteri comuni di tossicità CTCAE V 3 per valutare la gravità del problema e/o chiedere ulteriore consulenza clinica in merito alla gestione.					
ATTENZIONE: si prega di notare che i pazienti che stanno ricevendo o hanno ricevuto IMMUNOTERAPIA possono presentare problemi correlati al trattamento in qualsiasi momento durante il trattamento fino a 12 mesi. Se non siete sicuri del regime del paziente, siete prudenti e seguite la valutazione dei sintomi al triage.					
TOSSICITÀ/SINTOMO	0	1	2	3	4
Febbre: pz che ha ricevuto un Trattamento Antitumorale Sistemico (SACT) nelle ultime 6/8 settimane o immunosoppressione	nessuno	Se LA TEMPERATURA È SUPERIORE A 38,0°C O SUPERIORE A 38,5°C O SUPERIORE A 39,0°C O SUPERIORE A 39,5°C O SUPERIORE A 40,0°C ATTENZIONE: paz che ha assunto antibiotici o steroidi e che possono essere disidratati potrebbero non presentare una temperatura anormale ma potrebbero comunque avere ed essere a rischio di sepsi - Se c'è di dubbio fare emocromo			
Dolore Toracico: STOP ai trattamenti antitumorali sistemici orali e endovenosi sino a rivalutazione del team oncologico o dell'ematologico	nessuno	Alertare URGENTEMENTE i soccorsi: immediata valutazione medica STOP ai trattamenti antitumorali sistemici orali e endovenosi			
Dispnea/respiro corto: E' un nuovo sintomo? Da quanto tempo è insorto? Sta peggiorando? Ha tosse? Da quanto tempo? E' produttiva? E se sì, di che colore è l'espettorato/muco? C'è dolore o senso di oppressione al petto? - se si fare riferimento al dolore toracico Considerare: SVO/Anemia/Embolia polmonare/Pneumonia/Infusione.	nessuno	Nuova insorgenza di mancanza di respiro con sforzo moderato.	Nuova insorgenza di mancanza di respiro con sforzo lieve.	Mancanza di respiro a riposo.	Sintomi potenzialmente letali.
ECOG performance status Si è verificato un cambiamento?	Nessun cambiamento rispetto a prima del trattamento, pienamente attivo.	Limitazione della attività in termini di difficoltà fisica ma deambulante e in	Deambulante e autonomo nella cura di sé ma impossibilitato a svolgere qualunque attività	Limitazione della cura di sé, confinato a letto o su una sedia per più di 50% della ore di veglia.	Disabilità totale. Non trasportabile. Non in grado di ricevere cura di sé. Trattamento

- Se dall'interfaccia con l'oncologo di guardia si decide di visitare il paziente, l'infermiera predispone il letto delle "urgenze" (n.2 letti dedicati) e attende l'arrivo del paziente. Il paziente viene monitorato con una scheda infermieristica specifica. La valutazione e gli interventi medico-infermieristici vengono riportati poi in cartella informatizzata.
- Il paziente dimesso a domicilio viene segnalato alle infermiere di riferimento per patologia in modo da stabilire (con il medico) un richiamo del paziente a 24/48 ore

PS: il paziente che dopo visita oncologica deve essere ricoverato, pre-allertando la *Bed manager* entro un orario congruo, non effettua accesso in dea, ma viene trasferito direttamente ad uno dei reparti ospedalieri

QUESTA MODALITA' ASSISTENZIALE CI HA
PERMESSO UNA RIDUZIONE DEGLI ACCESSI NON
PROGRAMMATI DA UNA MEDIA DI 2 AL GIORNO A 0-1

Analisi Urgenze/Accessi Non Programmati

E' necessaria un'analisi approfondita di tali urgenze/accessi non programmati per una valutazione **dei percorsi dei pazienti**:

- “pre-urgenza”: adozione di un modello di intercettazione precoce e monitoraggio degli effetti collaterali della chemioterapia (es Proms?)
- “post-urgenza”: qual'è il percorso dopo l'urgenza? (es. Ripresa della terapia? Monitoraggio telefonico? Segnalazione all'ambulatorio cure simultanee? Segnalazione all'ambulatorio cure palliative?)

Importante **analizzare “l'urgenza”**:

Paziente non ben informato/educato sui percorsi oncologici?

Paziente non ben educato sulla gestione della terapia/gestione effetto collaterale?

Paziente che imprevedibilmente ha manifestato un effetto collaterale?

Paziente con altro problema di salute?

....