

Criteri clinici per il passaggio dal trattamento oncologico alle cure palliative



Barbara Melotti
U.O. Oncologia
ESMO-DC-IOPC
A.O.U. S.Orsola-Malpighi
Bologna

AGENDA

- Definizione, finalità e destinatari delle CP
- CP di fine vita
- Traiettorie di malattia e criteri prognostici
- Continuità assistenziale e Rete di Cure Palliative
- Piano assistenziale individuale
- Conclusioni

Definizione di cure Palliative

- Insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti, la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più ai trattamenti specifici.
- Qualità di vita
- Controllo dei sintomi

Destinatari

- **Malato, definizione della Legge 38/2010.**

Per malato si intende la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa.

AGENDA

- Definizione, finalità e destinatari delle CP
- CP di fine vita
- Traiettorie di malattia e criteri prognostici
- Continuità assistenziale e Rete di Cure Palliative
- Piano assistenziale individuale
- Conclusioni

Cure di fine vita

- Le cure di fine vita sono parte integrante delle Cure Palliative e si riferiscono alle cure dell'ultima fase della vita, caratterizzata da segni e sintomi specifici, il cui pronto riconoscimento permette di impostare quei cambiamenti che sono necessari per riuscire a garantire ai malati una buona qualità del morire e ai familiari che li assistono una buona qualità di vita, prima e dopo il decesso del loro caro.
- Le cure di fine vita non sono una semplice continuazione di quanto è stato fatto fino a quel momento, ma si caratterizzano per una rimodulazione dei trattamenti e degli interventi assistenziali in atto in rapporto ai nuovi obiettivi di cura

AGENDA

- Definizione, finalità e destinatari delle CP
- CP di fine vita
- Traiettorie di malattia e criteri prognostici
- Continuità assistenziale e Rete di Cure Palliative
- Piano assistenziale individuale
- Conclusioni

Cure palliative di fine vita

Particolarmente delicato e complesso è l'accompagnamento ai pochi mesi che spesso caratterizzano il periodo di fine vita, in cui occorre saper riconoscere subito i segnali ingravescenti di deterioramento, sia per adattare tempestivamente il supporto sia per preparare il familiari

Cure palliative di fine vita

Il percorso assistenziale della fase avanzata di malattia individua tre momenti fondamentali:

- Identificare precocemente i malati in fase evolutiva a limitata aspettativa di vita
- Riconoscere in maniera strutturata ed omogenea i bisogni presenti e futuri dei malati e delle loro famiglie
- Definire un piano di cura coerente con la situazione clinica presente e futura

Valutazione del malato

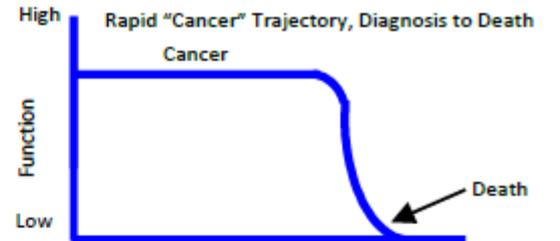
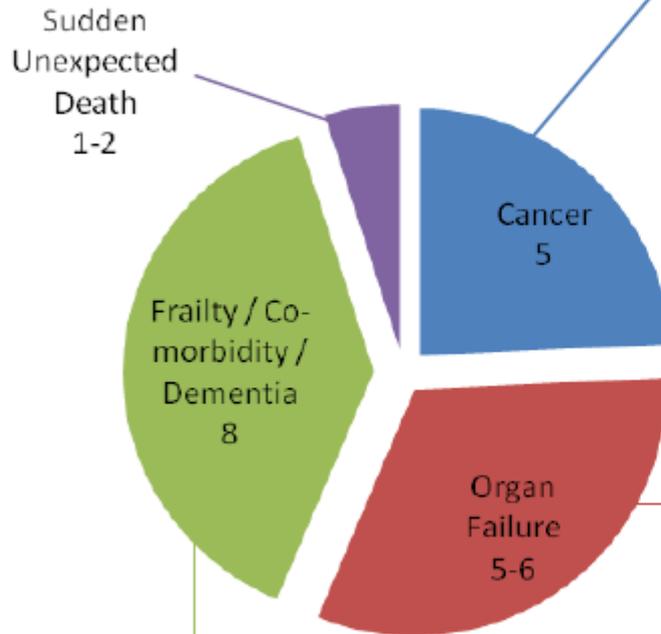
- Per costruire questo modello di integrazione è importante riconoscere che il paziente è giunto all'ultima fase della sua vita e condividere con tutti i soggetti coinvolti (paziente, *caregivers* e personale di cura) l'opportunità e l'appropriatezza dell'introduzione delle Cure Palliative nel piano di cura.

Valutazione del malato

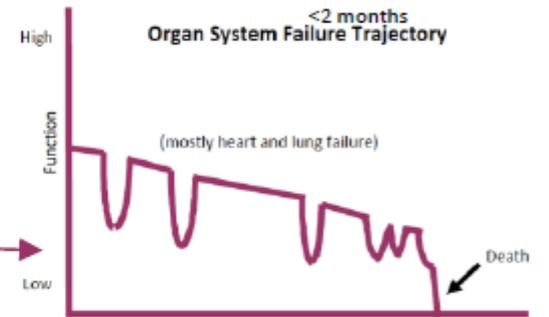
- La valutazione prognostica dell'aspettativa di vita nel paziente affetto da patologia oncologica in fase avanzata attraverso validi criteri guida e la ricognizione precoce della possibile traiettoria della malattia permettono di identificare precocemente il paziente da avviare ad un programma di Cure Palliative

Traiettoria della malattia

Average GP's workload – average 20 deaths/GP/year approx. proportions



Onset of incurable cancer → Time – Often a few years, but decline usually seems <2 months



Begin to use hospital often, self-care becomes difficult → Time - 2-5 years, but death usually seems "sudden"



Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time - quite variable - up to 6-8 years

Linee guida NCCN

- La valutazione oncologica deve identificare i benefici e i rischi della terapia antineoplastica in rapporto al Performance Status, alle caratteristiche e alle comorbidità del paziente, alla specifica fase della malattia e alle opzioni terapeutiche disponibili, considerando da un lato l'obiettivo della cura, dall'altro gli obiettivi e l'attesa del paziente e dei familiari nei confronti della stessa

Criteri prognostici

Strumento idoneo allo scopo è il GSF, **Gold Standard Framework (Prognostic Indicator Guidance)** con cui si possono identificare i pazienti che hanno una elevata probabilità di morire entro un anno, utilizzando tre modalità:

- La domanda sorprendente
- Criteri generali di peggioramento
- Criteri specifici per singola patologia

Criteri prognostici - GSF

- **In questa definizione sono inclusi:**
 - ❖ pazienti la cui morte è imminente (attesa entro poche ore o giorni)
 - ❖ pazienti con malattie inguaribili, progressive, in fase avanzata
 - ❖ pazienti con una condizione clinica di fragilità generale e patologie concomitanti per la quali è prevedibile una morte entro mesi, settimane o giorni
 - ❖ pazienti con condizioni cliniche per effetto delle quali è presente un rischio di morte per una crisi acuta ed improvvisa legata alla loro situazione o causata da eventi improvvisi e catastrofici.

Domanda sorprendente

Saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi mesi, settimane o giorni?

Non so

Hai indicatori di peggioramento generale?

Non so

Hai indicatori clinici specifici di peggioramento?

Si

Valuta e documenta i bisogni del malato e della famiglia
Pianifica con il malato e la famiglia le cure future
Dedica attenzione particolare alla comunicazione ed al
Coordinamento delle cure

No

Si

Indicatori di peggioramento generale

- Riduzione dell'autonomia, difficoltà nella cure di sé, permanenza a letto o in poltrone per più del 50% della giornata, sempre maggiore dipendenza dagli altri per le attività della vita quotidiana
- Comorbidità
- Declino fisico generale e aumentato bisogno di supporto
- Malattia in fase avanzata/instabile, con sintomi complessi causa di sofferenza
- Ridotta efficacia dei trattamenti, diminuita reversibilità
- Scelta di non essere più sottoposto a trattamenti “attivi”
- Progressiva perdita di peso (>10%) negli ultimi 6 mesi
- Ripetuti ricoveri in ospedale, in urgenza
- Eventi sentinella (gravi cadute, trasferimento presso RSA, lutto)
- Albumina sierica <25 g/l

Elementi suggestivi di declino rapido

- Indicatori generali di deterioramento delle condizioni cliniche, di incremento dei bisogni o la scelta del malato di non essere più sottoposto a trattamenti “attivi”
- Indicatori clinici specifici correlati ad alcune patologie
- Valutazione del carico sintomatologico della patologia e del controllo degli stessi e la complessità del coordinamento delle cure (criteri socio-assistenziali)

DISABILITA' NON MEGLIO SPECIFICATA DELL'ADULTO

- Persone che presentano numerose co-morbidità con un significativo peggioramento dell'autonomia nelle attività quotidiane, oltre a deterioramento funzionale, misurato ad esempio con le scale di Barthel/ECOG/Karnofsky
- Combinazione di almeno 3 dei seguenti sintomi:
 - Astenia
 - Marcia rallentata
 - Significativa perdita di peso
 - Facile affaticamento
 - Modesta attività
 - Depressione

Criteri clinici specifici

- Gli indicatori clinici specifici del paziente oncologico prevedono la presenza di una malattia metastatica e il deterioramento del Performance Status con la dipendenza nella maggior parte delle attività quotidiane (ECOG >3, Karnofsky < 50%)
- Il tutto può essere supportato dall'utilizzo di indicatori prognostici specifici per il cancro, quali le Palliative Performance Scales, il Palliative Performance Index e il PAP score

Prognostic Tools in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review



- In 2005, the European Association for Palliative Care (EAPC) made recommendations for prognostic markers in advanced cancer. Since then, prognostic tools have been developed, evolved and validated.
- The aim of this systematic review was to examine the progress in the development and validation of prognostic tools.

Claribel P.L. Simmons, Donald C. McMillan 2016

Prognostic Tools in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review

These tools were:

- Palliative Performance Scale
- Palliative Prognostic Score
- Palliative Prognostic Index
- Glasgow Prognostic Score



Prognostic Tools in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review

- **CONCLUSION**

Various prognostic tools have been validated, but vary in their complexity, subjectivity and therefore clinical utility.

The GPS would seem the most favourable as it uses only two parameters (both objective) and has prognostic value complementary to the gold standard measure, which is performance status.

Further studies comparing all proven prognostic markers in a single cohort of patients with advanced cancer, are needed to determine the optimal prognostic tool.

Claribel P.L. Simmons, Donald C. McMillan 2016



Prognostic Tools in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review

GPS (the Glasgow Prognostic Score)

The GPS was originally developed in patients with non-small lung cancer and subsequently refined to the mGPS

The GPS combines CRP and albumin to give a score of 0, 1 or 2, with increasing score suggesting decreased survival: CRP<10=0; CRP>10=1 (albumin >35); and CRP>10 + Albumin<35 =2 It has been validated in individual cancer types in addition to large populations of patients with advanced incurable cancer.

The GPS is entirely objective as the information needed to calculate the score is based on biomarker results.

The GPS has been developed since the EAPC's recommendations in 2005 and meets the requirements set that any prognostic tool is quick and easy to use, and its scoring system is very simple



Palliative Performance Scales (PPS)

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity with Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal jobwork Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full of conclusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full of conclusion
40%	Mainly in bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

Palliative Performance Index (PPI)

Palliative Performance Scale	10 – 20	4.0	4.0
	30 – 50	2.5	
	> 60	0	
Oral Intake	Severely Reduced (\geq mouthfuls)	2.5	2.5
	Moderately Reduced ($>$ mouthfuls)	1.0	
	Normal	0	
Edema	Present	1.0	1.0
	Absent	0	
Dyspnea at rest	Present	1.0	3.5
	Absent	0	
Delirium	Present	4.0	4.0
	Absent	0	
Total			15

PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE – PaP Score

DISPNEA	No	0
	Si	1
ANORESSIA	No	0
	Si	1
KARNOFSKY	>50	0
	30-40	0
	10-20	2.5
LEUCOCITI TOTALI	Normali (4.800-8.500)	0
	Elevati (8501-11.000)	0.5
	Molto elevati (> 11.000)	1.5
PERCENTUALE LINFOCITI	Normale (20%-40%)	0
	Bassa (12%-19.9%)	1.0
	Molto bassa (0%-11.9%)	2.5
CLINICAL PREDICTION SURVIVAL	>12 settimane	0
	11-12 settimane	2
	9-10 settimane	2.5
	7-8 settimane	2.5
	5-6 settimane	4.5
	3-4 settimane	6.0
	1-2 settimane	8.5

Gruppi di Rischio I pazienti sono stati differenziati in tre gruppi a seconda del loro punteggio	Punteggio Totale PaP-score Il totale è dato dalla somma dei punteggi singoli, questo può variare da 0 a 17. Più è alto il punteggio, minore è la probabilità di sopravvivenza a 30 giorni.	Prognosi
A	0-3,3	Probabilità di sopravvivenza a 30 giorni superiore al 70%
B	3,6 – 11	Probabilità di sopravvivenza a 30 giorni compresa tra il 30% e il 70%
C	11,1 – 17	Probabilità di sopravvivenza a 30 giorni inferiore al 30%

AGENDA

- Definizione, finalità e destinatari delle CP
- CP di fine vita
- Traiettorie di malattia e criteri prognostici
- Continuità assistenziale e Rete di Cure Palliative
- Piano assistenziale individuale
- Conclusioni

Continuità delle cure ospedale-territorio.

- La continuità delle cure rappresenta la modalità per fornire tempestive risposte coordinate e organizzate ai bisogni complessi dei malati e dei loro familiari.
- La continuità assistenziale si compone di tre aspetti fondamentali: continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale.

Rete Locale di Cure Palliative (ai sensi della legge 38/2010).

- La Rete Locale di Cure Palliative è un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Cure Palliative erogate in ospedale, in Hospice, al domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale.
- La gestione e il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative è affidata a una Struttura Organizzativa, specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'Articolo 5, Comma 2, Legge 38/2010 individuate tra quelle operanti presso le strutture erogatrici accreditate.

Consulenza Cure Palliative Quando?

- Pazienti affetti da tumore in fase metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali
- Pazienti sintomatici o paucisintomatici con un Indice di Karnofsky < 50 che necessitano di una presa in carico globale di cure palliative
- Pazienti affetti da tumore in fase metastatica non più suscettibile di trattamento specifico
- Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
- Pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.

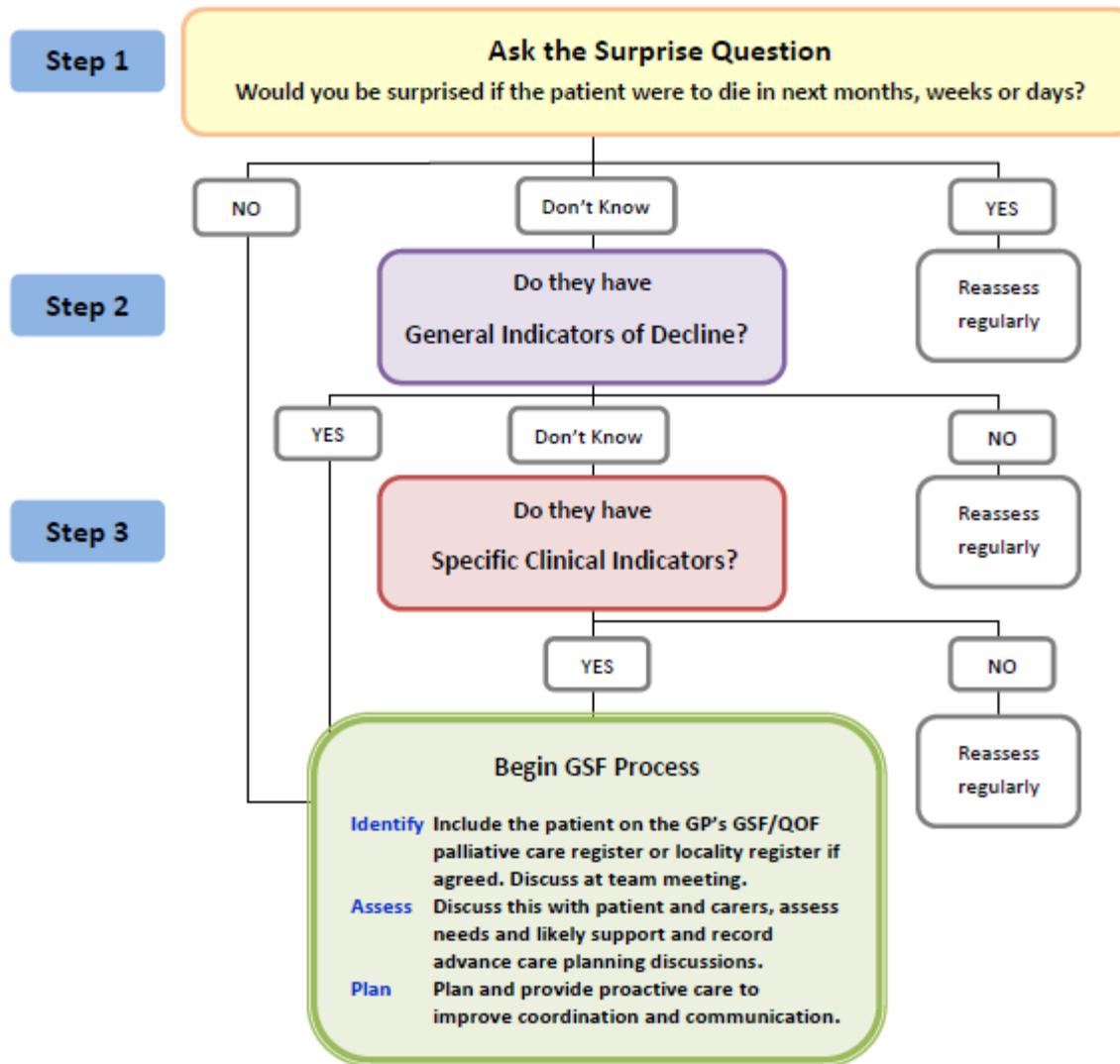
Consulenza Cure Palliative Finalità

- Presa in carico e programmazione del percorso di cure palliative, nel caso in cui non sia stato precedentemente attivato;
- Continuità ospedale territorio con facilitazione del passaggio dai Medici Specialisti ai MMG;
- Cure palliative; trattamento di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, correlati alla malattia;
- Valutazione del livello di consapevolezza del paziente e dei familiari della prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi;
- Sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche e assistenziali successive per il paziente;
- Accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia;
- Valutazione dei bisogni psicologico-relazionali del paziente e della sua famiglia;
- Sostegno all'equipe del reparto nelle strategie terapeutiche e comunicative (terapie dei sintomi) e nelle cure di fine vita (end of life care: rimodulazione delle terapie; sospensione o non attivazione della nutrizione artificiale; sedazione se e quando indicata);
- Attivazione della rete clinico-assistenziale e sociale.

AGENDA

- Definizione, finalità e destinatari delle CP
- CP di fine vita
- Traiettorie di malattia e criteri prognostici
- Continuità assistenziale e Rete di Cure Palliative
- Piano assistenziale individuale
- Conclusioni

Domanda sorprendente



Piano Assistenziale Individuale

- È un progetto assistenziale che viene redatto in modo condiviso dall'équipe multidisciplinare e multiprofessionale di Cure Palliative, a seguito di un'attenta analisi e di una valutazione dei bisogni globali della persona.
- Il PAI riporta i problemi, la valutazione multidimensionale, gli obiettivi terapeutico-assistenziali, e il monitoraggio nel tempo; è un progetto dinamico, aggiornato in funzione delle necessità che possono di volta in volta emergere, formulato in collaborazione con la famiglia e l'équipe di cura.
- La presa in carico è: globale, estesa all'intero percorso, trasversale alle unità operative, continua, stabile, con la partecipazione nelle scelte terapeutiche del malato e dei familiari.

CANCER CHEMOTHERAPY NEAR THE END OF LIFE: THE TIME HAS COME TO SET GUIDELINES FOR ITS APPROPRIATE USE

Andrea Angelo Martoni¹, Stephan Tanneberger², and Vita Mutri¹

¹Medical Oncology Unit, S. Orsola-Malpighi Hospital, Bologna; ²Fondazione ANT Italia, Bologna, Italy

Aims and background: This study retrospectively analyzes the use of chemotherapy in patients who died of advanced cancer either after having been in care at the Medical Oncology Unit (MOU) of the University Hospital of Bologna, Italy, or after having been assisted in their terminal disease phase by the Bologna Oncological Hospice at Home (OHH) of the Associazione Nazionale Tumori (ANT) Italia Foundation.

In the latter group, the prescription and delivery of chemotherapy had been performed by doctors of medical oncology departments other than the MOU.

Table 1 - General characteristics of deceased patients

General characteristics	OHH	MOU	Total
Patients screened	481	312	793
Median age (range)	77 (33-103)	66 (22-89)	73 (22-103)
Men/women	259 (54%) / 222 (46%)	184 (59%) / 128 (41%)	443 (56%) / 350 (44%)
Causes of death			
Cancer	461 (95.8%)	286 (91.7 %)	747 (94.2%)
Toxicity	2 (0.4%)	3 (1%)	5 (0.7%)
Other causes	18 (3.9%)	9 (3.1%)	27 (3.6%)
Unknown	–	14 (4.9%)	14 (1.9%)
Patients who had received palliative CT	157 (32.4%)	288 (92.3%)	445 (56.1%)

OHH, Oncological Hospice at Home; MOU, Medical Oncology Unit, University Hospital, Bologna; CT, chemotherapy.

Table 3 - Analysis of last CT in the last month of life

	No.	(%)
Patients with last CT in the last 30 days of life	101	(100)
Sex		
Men	73	(72.3)
Women	28	(27.7)
Age		
Median (range)	69	(22-84)
<65 years	31	(30.7)
≥65 years	70	(69.3)
KPS		
Median (range)	70	(40-100)
70-100	61	(60.4)
<70	9	(8.9)
Data not available*	31	(30.7)
Primary tumor		
Lung and pleura	41	(40.6)
Colorectal	17	(16.8)
Breast	4	(4)
Others	39	(38.6)
CT sensitivity**		
High	15	(14.9)
Intermediate	72	(71.2)
Low	14	(13.9)
Line of CT		
1st	57	(56.4)
2nd-3rd	34	(33.7)
>3rd	9	(8.9)
Data not available	1	(1.0)
Number of cycles		
1	26	(25.7)
2-3	40	(39.6)
>3	35	(34.7)

*KPS at the time of the last CT not available in patients of OHH; **definition is reported in the section *Materials and methods*.

KPS, Karnofsky performance status; CT, chemotherapy; OHH, Oncological Hospice at Home.

Table 4 - Cytotoxic drugs included in the last CT in the last month of life

	No.	(%)
Total number of patients	101	(100)
Cytotoxic drugs		
Old-generation drugs*	56	(55.5)
New-generation drugs	37	(36.6)
Gemcitabine	20	(19.8)
Oxaliplatin	5	(5)
Capecitabine	5	(5)
Taxanes	3	(3)
Oral vinorelbine	2	(2)
Irinotecan	1	(0.9)
CT+monoclonal antibody	1	(0.9)
Data not available	8	(7.9)

*Antimetabolites (methotrexate, fluoropyrimidines, cytosine arabinoside, thiopurines, hydroxyurea); alkylating agents (melphalan); dialkyltriazenes (dacarbazine); anthracyclines (doxorubicin, epirubicin, daunomycin); bleomycin; mitomycin C; vinca alkaloids (vinblastine, vincristine); podophyllotoxin derivatives (VP-16); platinum analogs (cisplatin, carboplatin); mitoxantrone.
CT, chemotherapy.

Conclusions: The study suggests the urgent need to lay down guidelines for the appropriate use of chemotherapy in advanced cancer patients with a short life expectancy.



ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/castellano

Chemotherapy near the end of life; assessment of the clinical practise in onco-hematological in adult patients

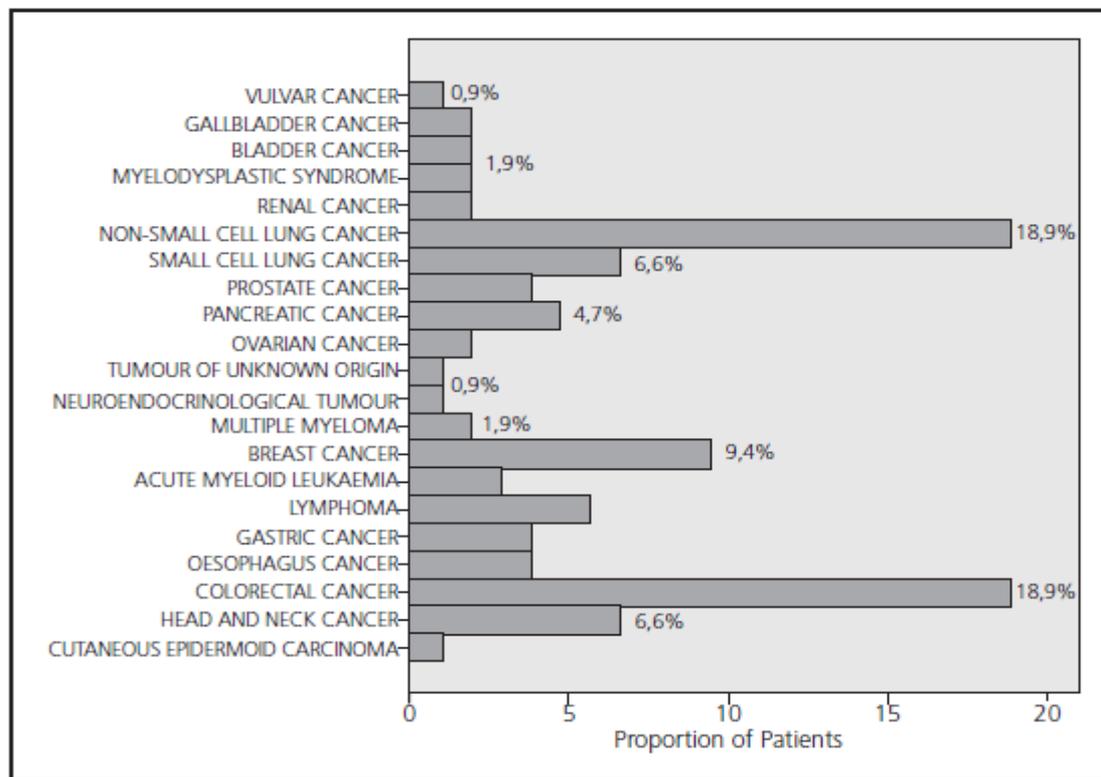


Figure 4. Distribution of number of patients according to type of tumour.

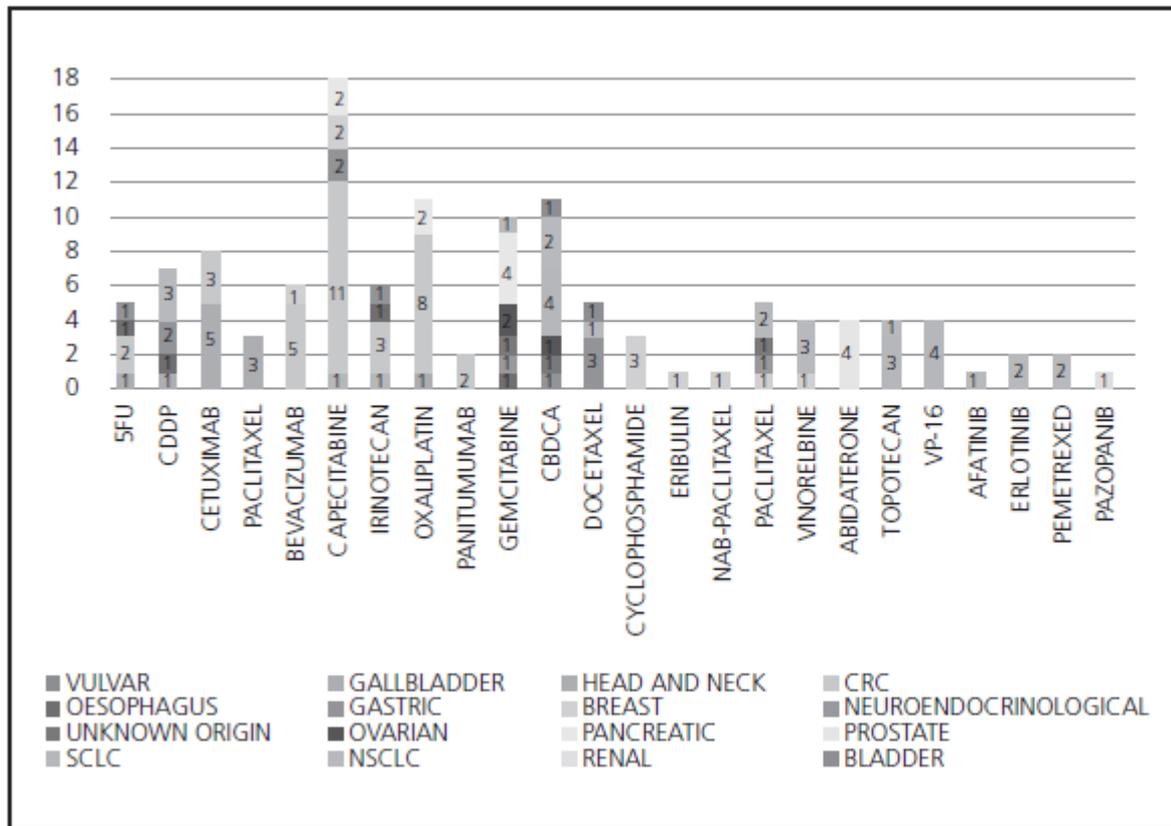


Figure 6. Distribution of drugs based on type of cancer.

Conclusions: according to the Earle et al. criteria, our population had been treated aggressively. We need more scientific evidence with consolidate date that allows us to establish a unified criteria for the selection of patients with advanced cancer who may benefit from receiving antineoplastic treatments.

Impact of intervention aimed at improving the integration of Oncology Units and local Palliative Care Services: results of the multicenter prospective sequential MIRTO study.

- **Methods.**
- The study was launched in October 2009 and the cohort 1 was completed in March 2011 with a total enrolment of 122 patients. The enrolment of cohort 2 began in April 2011 and was completed in November 2012 with a total of 140 patients
- The study enrolled sequentially 2 cohorts of ACP with an estimated life expectancy of ≤ 6 months. In the first cohort, the usual oncologist's practice to prescribe CT and to activate local PC services were recorded. In the cohort 2 the oncologist's decision was taken after an in-hospital consultation with the local PC teams. After patient death, a follow-back survey was carried out

Enrollment

COHORT 1
(October 2009- march 2011)
assessed for eligibility:122

COHORT 2
(April 2011-november 2012)
assessed for eligibility:140

Excluded:
- not eligible: 2

Excluded:
- not eligible: 1

Treatment *

CT/YES
n: 61

CT/NO
n: 59

CT/YES
n: 82

CT/NO
n: 57

Follow-up

Lost to follow-up**:	5	6
alive at 30.06.2015:	0	0
lack of outcome sheet		

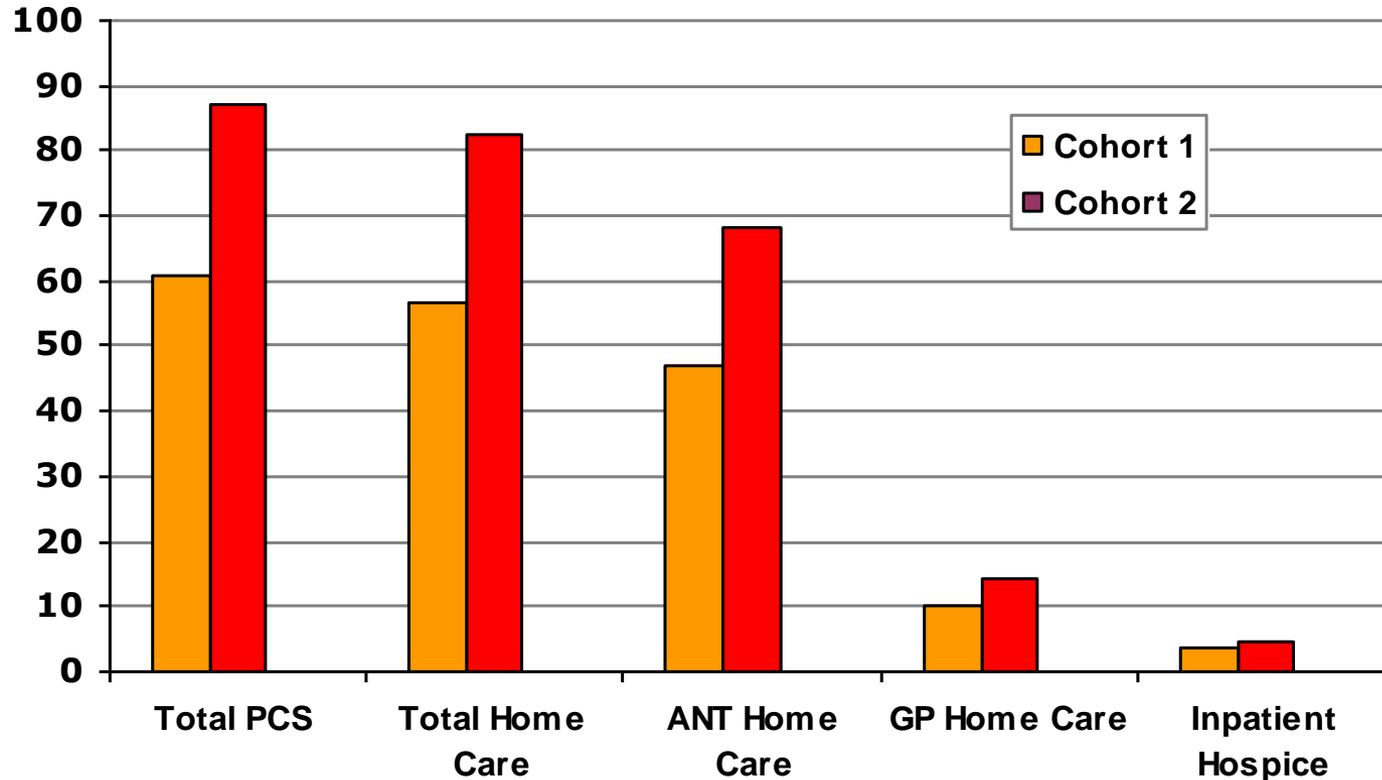
Lost to follow-up**:	5	4
alive at 30.06.2015:	2	3

Analysis

56	53
Total evaluable 109	

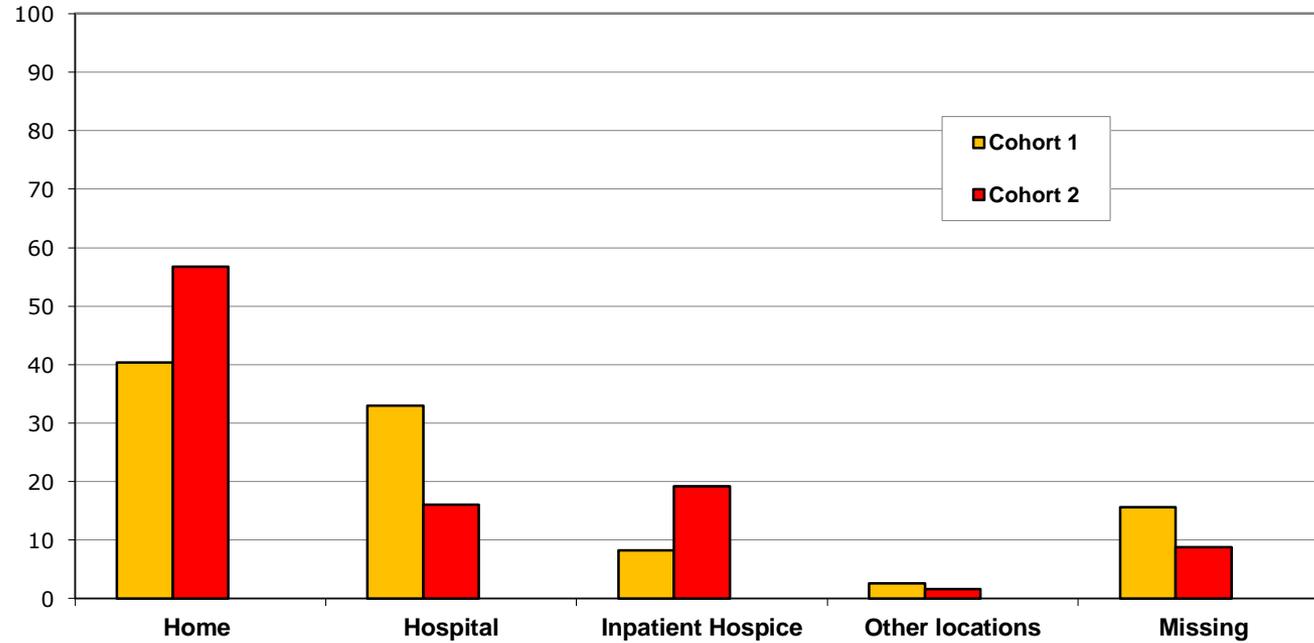
75	50
Total evaluable 125	

Palliative Care Service utilization



	Total PCS	Total Home Care	ANT Home Care	GP Home Care	Inpatient Hospice
Cohort 1 (109)	66 (60.6%)	62 (56.9%)	51 (46.85)	11 (10.1%)	4 (3.7%)
Cohort 2 (125)	109 (87.2%)	103(82.4%)	85 (68%)	18 (14.4%)	6 (4.8%)
P	0.00000	0.0000	0.0010	0.3184	0.7545

Place of death

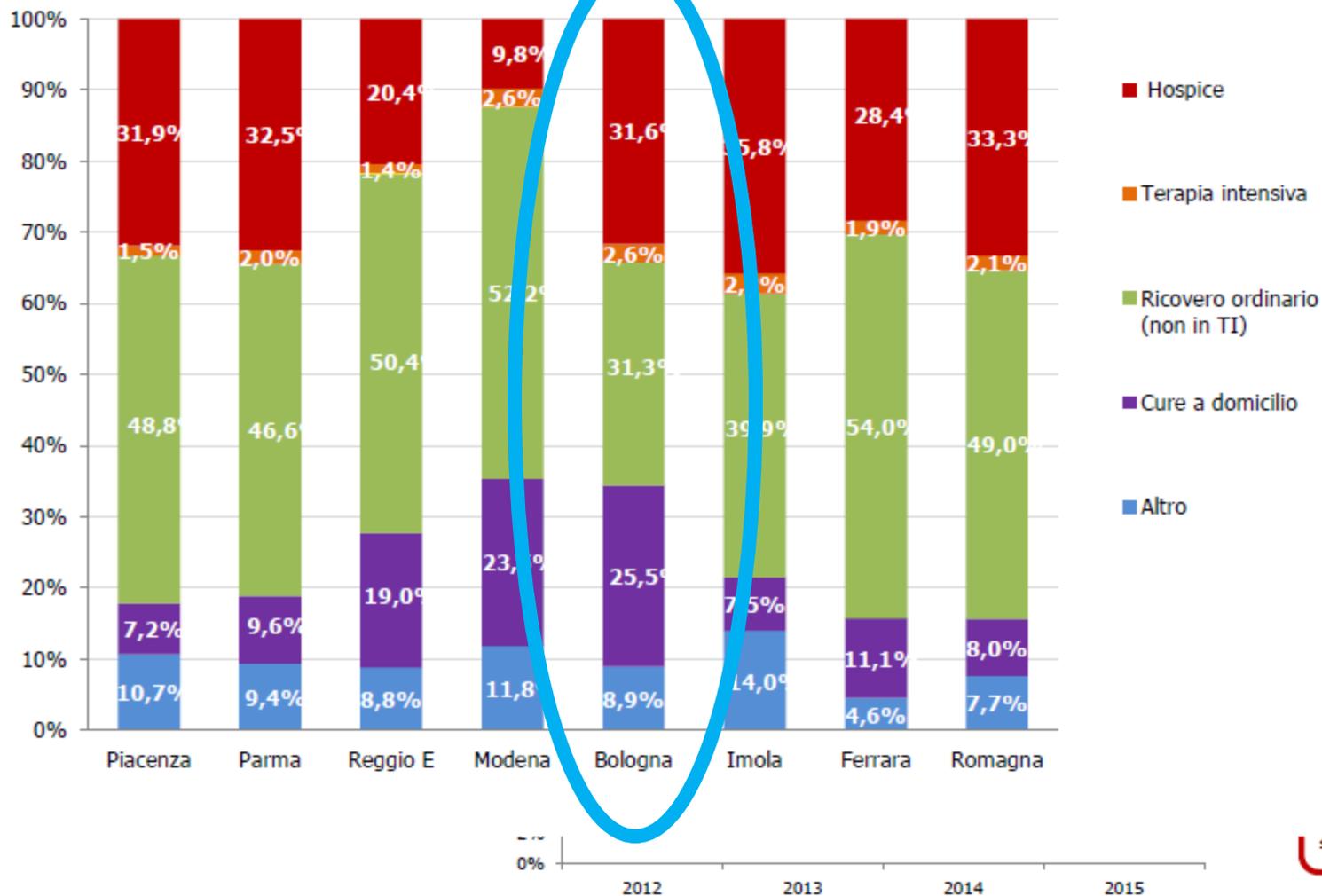


	Home	Hospital	Inpatient Hospice	Other Locations	Missing
Cohort 1 (109)	44 (40.4%)	36 (33%)	9 (8.3%)	3	17 (15.6%)
Cohort 2 (125)	71 (56.8%)	20 (16%)	24 (19.2%)	2	8 (6.5%)
P	0.0121	0.0023	0.0085	-	0.0258

Conclusioni

- **Results.** The two cohorts included 109 and 125 evaluable patients, respectively. The oncologist's decision to prescribe CT occurred in 51.4% and 60%, respectively: the percentages of patients receiving the final CT administration in the last 30 days of life did not differ in the two cohorts (33.9% and 29.3%, respectively - $P=0.83$). Conversely, an increase of home PC service utilization (from 56.9% to 82.4%, $P=0.00$), at home deaths (from 40.4% to 56.8%, $P=0.01$) and in-hospice deaths (from 8.3% to 19.2%, $P=0.00$) occurred in cohort 2.
- **Conclusion** The implementation of an initial in-hospital consultation of oncologists and experienced home PC teams has not reduced the use of CT near the end of life, but increased PC service utilization and reduced in-hospital deaths.

Figura 33. Care setting alla morte, per Azienda sanitaria di residenza, anno 2015



AGENDA

- Definizione, finalità e destinatari delle CP
- CP di fine vita
- Traiettorie di malattia e criteri prognostici
- Continuità assistenziale e Rete di Cure Palliative
- Piano assistenziale individuale
- **Conclusioni**

DOCUMENTO DEL TAVOLO DI LAVORO AIOM-SICP

RACCOMANDAZIONE

Elementi chiave per riconoscere i pazienti che si avvicinano alla fase finale della loro vita, intendendo come tale gli ultimi 6-12 mesi di vita, sono:

- L'utilizzo di indicatori clinici di orientamento prognostico (NCCN, GSF, Phase Illnes).
- Un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni del singolo malato e della sua famiglia (visione globale del malato, attenzione al controllo dei sintomi e alla qualità della vita, appropriatezza e proporzionalità degli interventi, lavoro multiprofessionale in équipe).
- La consulenza specialistica di Cure Palliative.

Conclusioni

- “It should be possible therefore to predict the majority of deaths, however, this is difficult and errors occur 30 per cent of the time... However, the considerable benefits of identifying these patients include providing the best health and social care to both patients and families and avoiding crises, by prioritising them and anticipating need.
- **Identifying** patients in need of palliative care, **assessing** their needs and preferences and proactively **planning** their care, are the key steps in the provision of high quality care at the end of life in general practice.”

(Quality and Outcomes Framework (QOF Guidance) 2011/12 Guidance)

Grazie per l'attenzione

barbara.melotti@aosp.bo.it