L'integrazione dell'Oncologia con le Cure Palliative
nel Paziente oncologico in fase avanzata
A.O.U. Parma 24 febbraio 2017

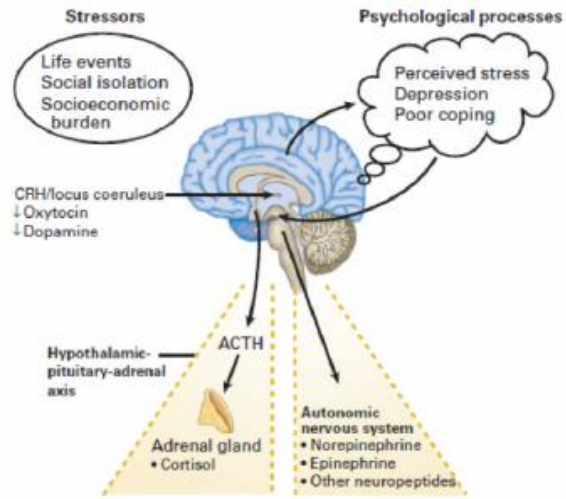
Comunicazione della prognosi nel continuum della malattia e delle cure

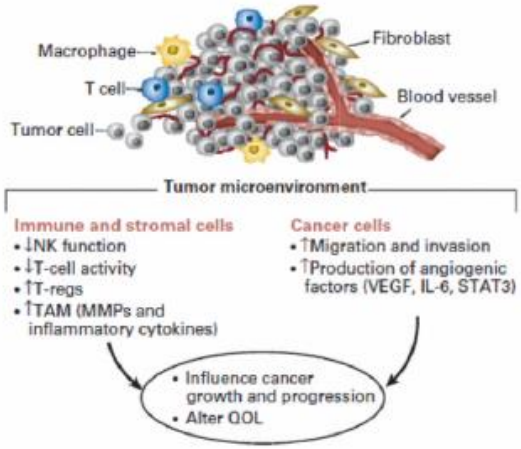
Riccardo Torta
Psicologia Clinica e Oncologica
Città della Salute e della Scienza - Università di Torino

early palliative care

- better quality of life
- fewer depressive symptoms
- less aggressive cares at the end of life
- longer survival

(Temel et al., 2010; 2011)





Biobehavioral Factors and Cancer Progression: Physiological Pathways and Mechanisms

Susan K. Lutgendorf, Ph.D.[1,2] and **Anil K. Sood, M.D.**[3]

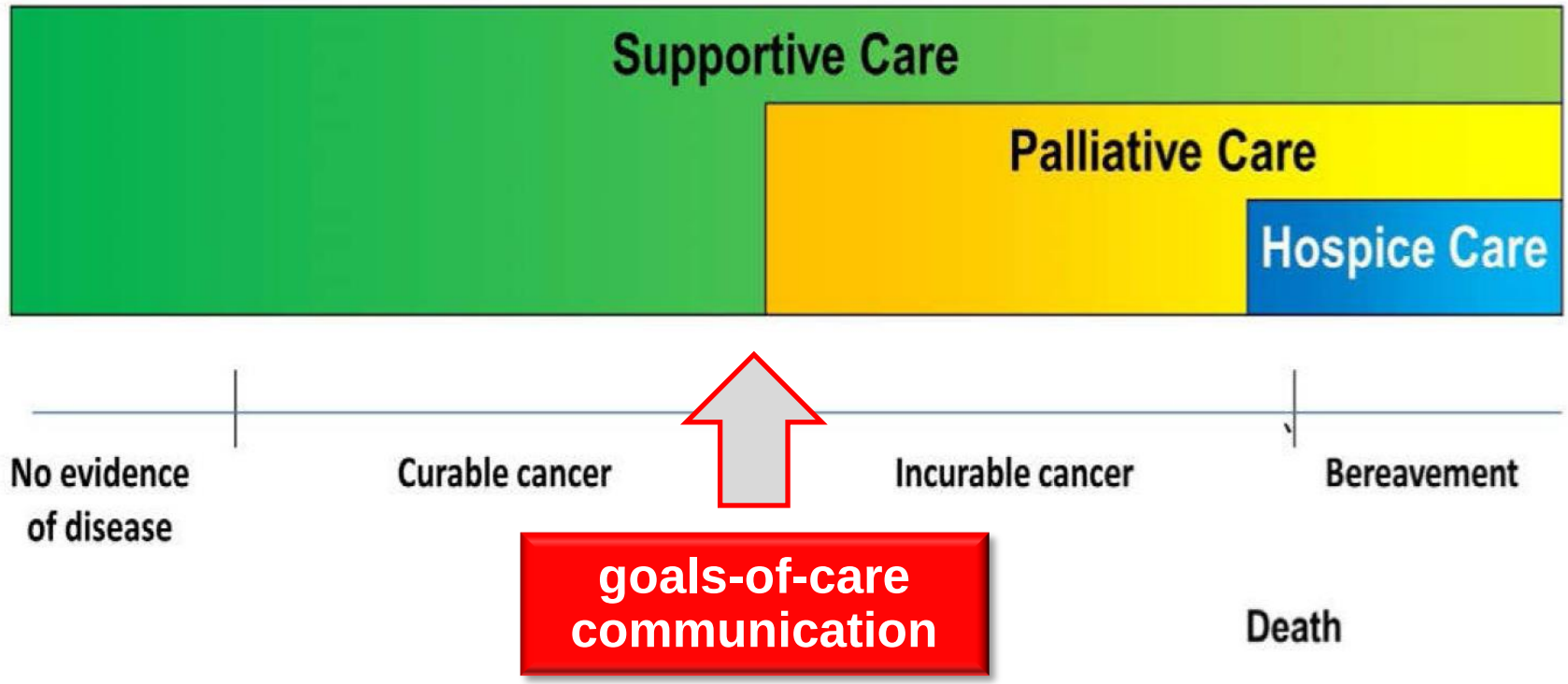
Psychosom Med. 2011 ; 73(9): 724–730.

Nat Rev Clin Oncol. 2016

Integrating palliative care into the trajectory of cancer care

David Hui and **Eduardo Bruera**

**Over the past five decades,
palliative care has evolved
from serving patients at the end of life
into a highly specialized discipline
focused on delivering supportive care to patients
with life-limiting illnesses throughout the disease trajectory.**



Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide

ALICIA K. MORGANS,[a] LIDIA SCHAPIRA[b]

The Oncologist®

the most difficult conversation :

the talk about stopping anticancer treatment

Patients fear:
stopping anticancer therapy means discontinuance by their oncologists

Some oncologists recognize their withdrawal from patients who are dying

devastating emotional effect on patients and physicians

Oncology Communication Skills Training: Bringing Science to the Art of Delivering Bad News

MADY C. STOVALL, RN, MSN, ANP-BC

J Adv Pract Oncol 2015;6:162–166

The consequences of bad news delivery contribute to the experiences of patients as well as health-care professionals

Skilled communication has been associated with the patient's:

- improved satisfaction
- adherence to treatments
- better health outcomes
- better quality of understanding

Insufficient communication has been associated with the oncologist's:

- stress level
- decreased job satisfaction
- emotional burnout
- risk of litigation

When oncologists communicate well, patients are better able to transition to palliative care (NCI,2014)

Oncology Communication Skills Training: Bringing Science to the Art of Delivering Bad News

MADY C. STOVALL, RN, MSN, ANP-BC

J Adv Pract Oncol 2015;6:162–166

The consequences of bad news delivery contribute to the experiences of patients as well as health-care professionals

Factors of patient's preferences for communication bad news:

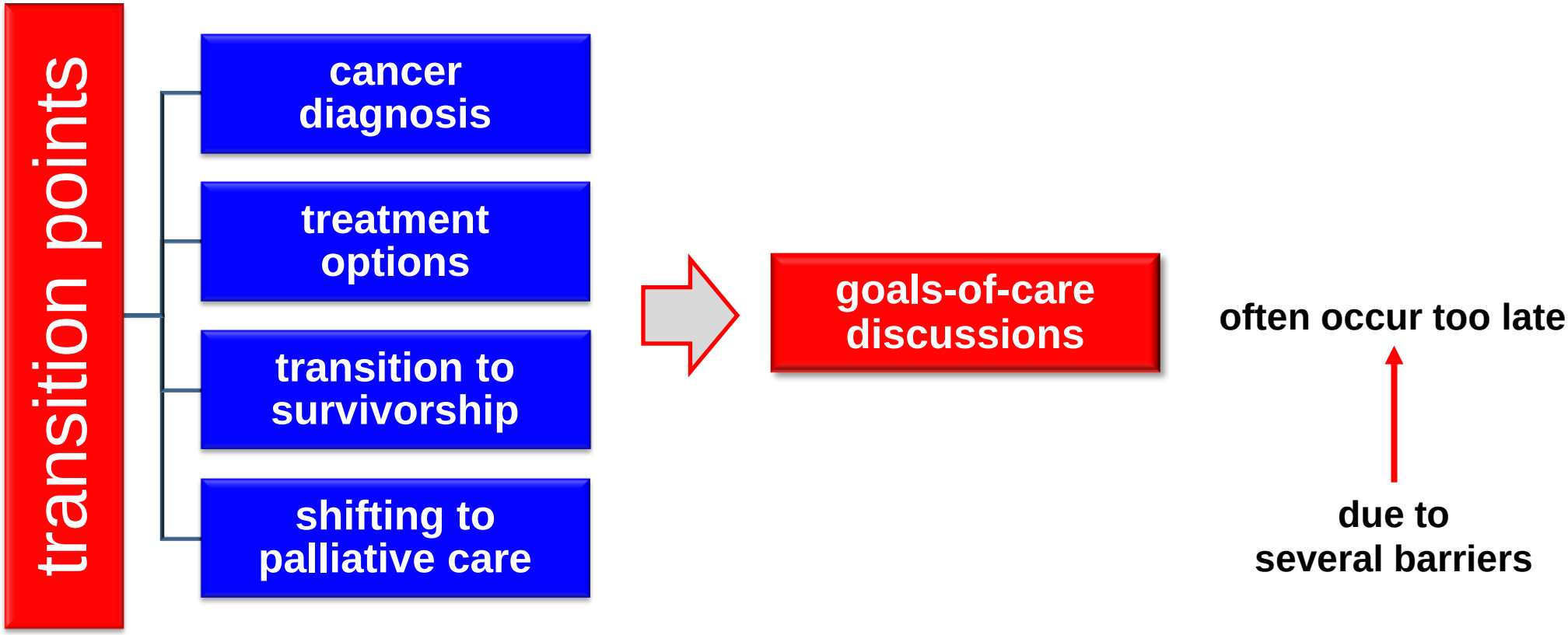
- setting
- how the news is delivered
- adequate amount of informations
- emotional support

Nurse Communication About Goals of Care

ELAINE WITTENBERG,[1] PhD, BETTY FERRELL,[1] RN, PhD, MA, FAAN, FPCN, CHPN, JOY GOLDSMITH,[2] PhD, HALEY BULLER,[3] MS, and TAMMY NEIMAN,[4] MS, RN-BC

J Adv Pract Oncol 2016;7:146–154

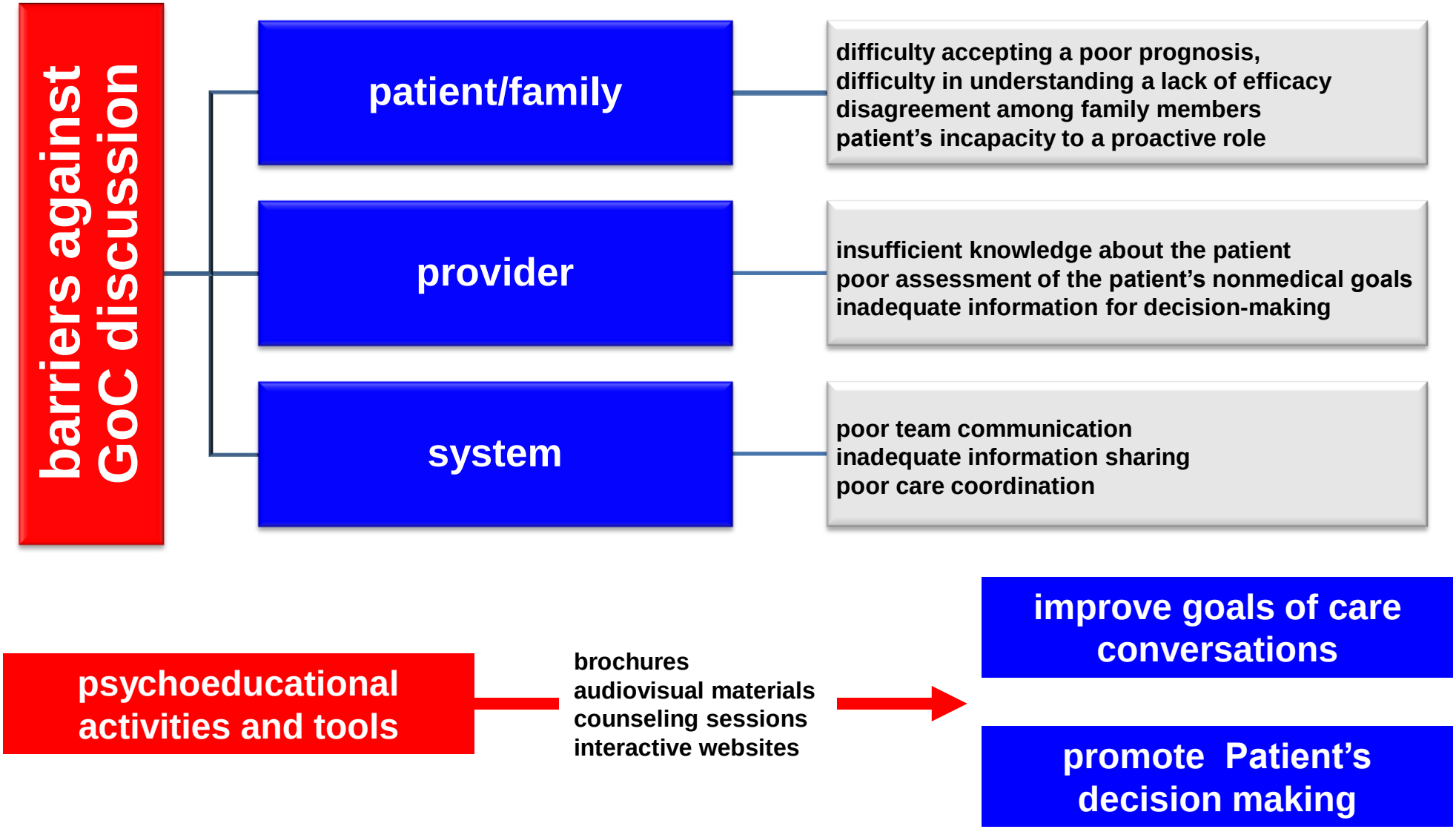
A difficult conversation has been defined as an interaction between a provider and a patient at transition points on the disease trajectory



Nurse Communication About Goals of Care

ELAINE WITTENBERG,[1] PhD, BETTY FERRELL,[1] RN, PhD, MA, FAAN, FPCN, CHPN, JOY GOLDSMITH,[2] PhD, HALEY BULLER,[3] MS, and TAMMY NEIMAN,[4] MS, RN-BC

J Adv Pract Oncol 2016;7:146–154



La comunicazione delle cattive notizie

BMJ VOLUME 316 10 JANUARY 1998

ABC of palliative care

Communication with patients, families, and other professionals

Ann Faulkner

Comunicazione di cattive notizie

Negazione

Collusione

Domande difficili

Reazioni emotive

forte meccanismo di coping
talora incoraggiato da familiari
può essere ambivalente
può variare nel tempo

BMJ VOLUME 316 10 JANUARY 1998

ABC of palliative care

Communication with patients, families, and other professionals

Ann Faulkner

Comunicazione di cattive notizie

Negazione

Collusione

Domande difficili

Reazioni emotive

valutarne le motivazioni
valutarne i costi
valutare la consapevolezza del Paziente
non agire contro la volontà del Pazeinte

BMJ VOLUME 316 10 JANUARY 1998

ABC of palliative care

Communication with patients, families, and other professionals

Ann Faulkner

Comunicazione di cattive notizie

Negazione

Collusione

Domande difficili

Reazioni emotive

C'è una cura?
Perché proprio a me?
Quanto ho davanti?
Devo soffrire?

BMJ VOLUME 316 10 JANUARY 1998

ABC of palliative care

Communication with patients, families, and other professionals

Ann Faulkner

Comunicazione di cattive notizie

Negazione

Collusione

Domande difficili

Reazioni emotive

Gestire le domande difficili

Chiederne la ragione: "perché mi chiede questo ?"
Dimostrare interesse " immagino quanto sia importante"
Confermare ed elaborare " ha ragione, ma …."
Ammettere di non sapere "mi spiace ma non so rispondere "
Empatizzare "Deve essere proprio difficile…"

BMJ VOLUME 316 10 JANUARY 1998

ABC of palliative care

Communication with patients, families, and other professionals

Ann Faulkner

Comunicazione di cattive notizie

Negazione

Collusione

Domande difficili

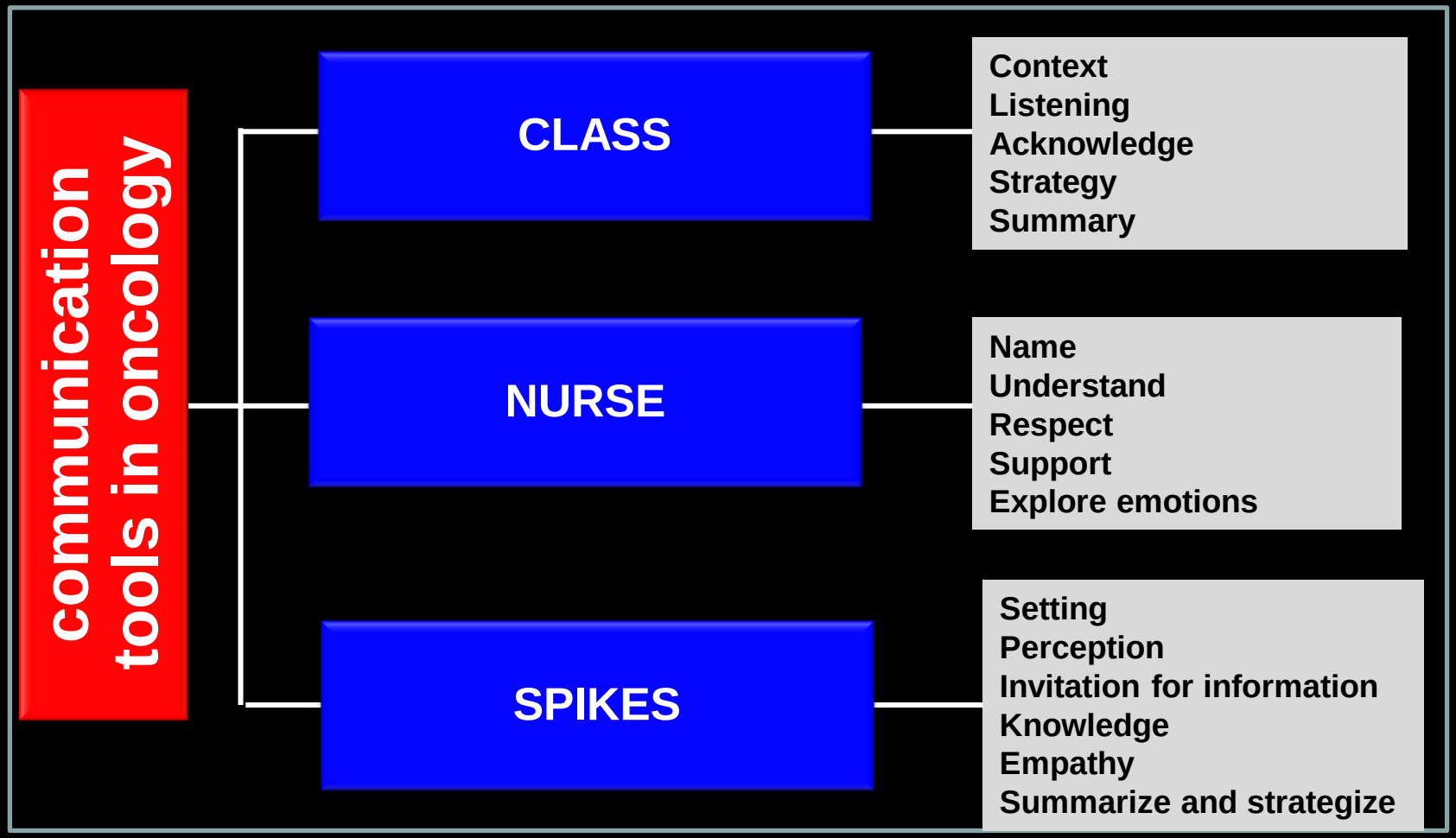
Reazioni emotive

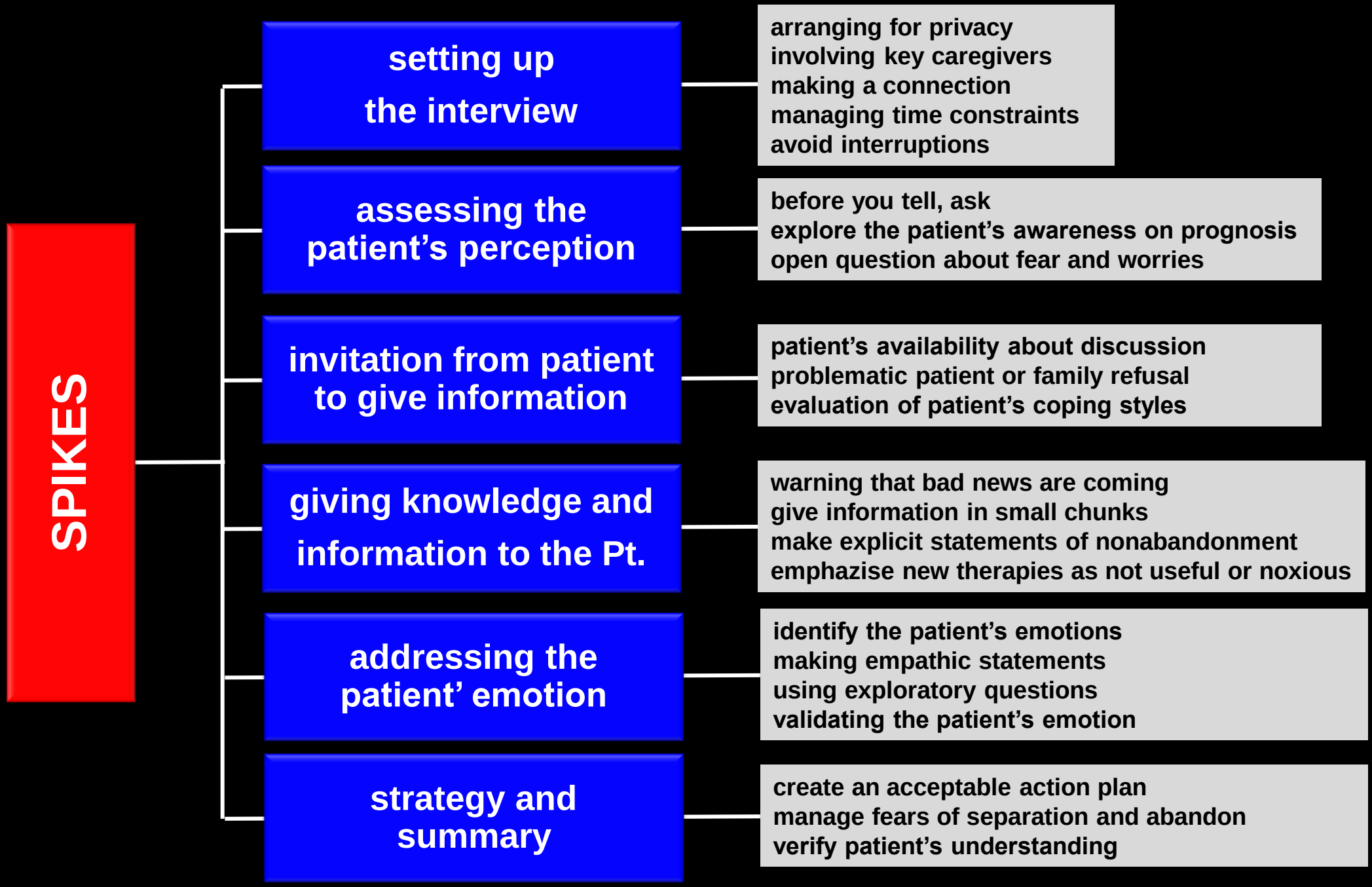
Rabbia sovente mal direzionata

Colpa malattia come punizione

Accusa malattia colpa degli altri

riconoscerla
identificarne la causa
legittimarla (se appropriata)
consentirne lo sfogo


communication tools in oncology
CLASS
Context
Listening
Acknowledge
Strategy
Summary
NURSE
Name
Understand
Respect
Support
Explore emotions
SPIKES
Setting
Perception
Invitation for information
Knowledge
Empathy
Summarize and strategize


SPIKES
setting up the interview
arranging for privacy
involving key caregivers
making a connection
managing time constraints
avoid interruptions
assessing the patient's perception
before you tell, ask
explore the patient's awareness on prognosis
open question about fear and worries
invitation from patient to give information
patient's availability about discussion
problematic patient or family refusal
evaluation of patient's coping styles
giving knowledge and information to the Pt.
warning that bad news are coming
give information in small chunks
make explicit statements of nonabandonment
emphazise new therapies as not useful or noxious
addressing the patient' emotion
identify the patient's emotions
making empathic statements
using exploratory questions
validating the patient's emotion
strategy and summary
create an acceptable action plan
manage fears of separation and abandon
verify patient's understanding

MJA

18 JUNE 2007

Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

LINEE GUIDA PER LA COMUNICAZIONE DELLA PROGNOSI E DI ARGOMENTI CONNESSI ALLA FINE DELLA VITA CON ADULTI AFFETTI DA PATOLOGIE IN FASE AVANZATA E A LIMITATA ASPETTATIVA DI VITA E CON I LORO FAMILIARI

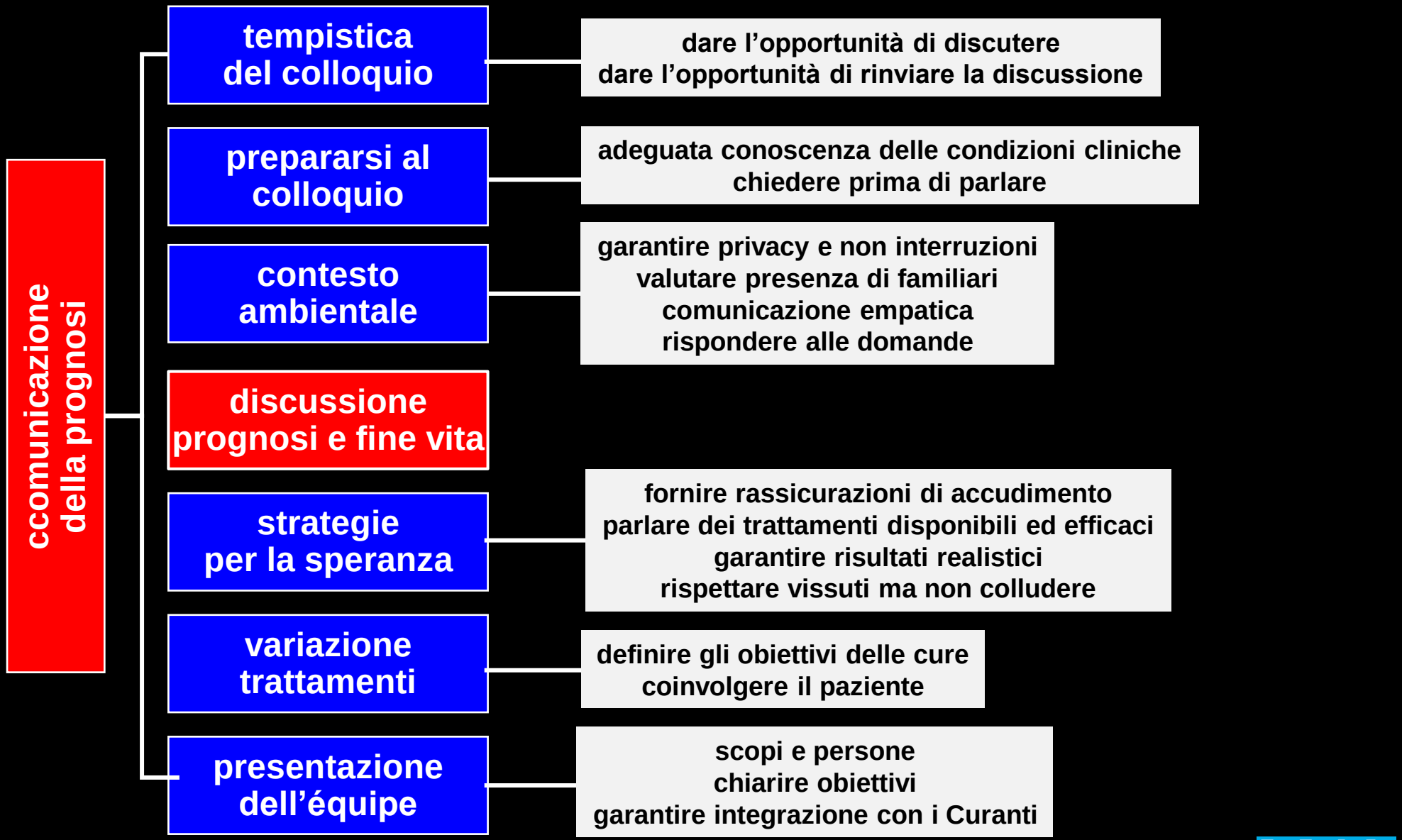
Josephine Clayton, Karen M Hancock, Phyllis N Butow, Martin HN Tattersall, David C Currow

FONDAZIONE MARUZZA LEFEBVRE D'OVIDIO ONLUS

Supervisione ed editing
Carlo Peruselli

Revisione
Massimo Costantini
Giovanni Gambassi
Luciano Orsi
Italo Penco

Traduzione
Vanessa Palomba


ccomunicazione della prognosi
tempistica del colloquio
dare l'opportunità di discutere
dare l'opportunità di rinviare la discussione
prepararsi al colloquio
adeguata conoscenza delle condizioni cliniche
chiedere prima di parlare
contesto ambientale
garantire privacy e non interruzioni
valutare presenza di familiari
comunicazione empatica
rispondere alle domande
discussione prognosi e fine vita
strategie per la speranza
fornire rassicurazioni di accudimento
parlare dei trattamenti disponibili ed efficaci
garantire risultati realistici
rispettare vissuti ma non colludere
variazione trattamenti
definire gli obiettivi delle cure
coinvolgere il paziente
presentazione dell'équipe
scopi e persone
chiarire obiettivi
garantire integrazione con i Curanti
MJA


ccomunicazione della prognosi
aspettativa di vita
valutare consapevolezza di malattia e di prognosi
evitare previsioni temporali troppo accurate
non utilizzare previsioni percentuali
ammettere di non sapere
sintomi futuri
analizzare paure e pregiudizi su sintomi e terapie
bilanciare fra informazione ed allarme
trattamento e fine vita
valutare e discutere le priorità
accertare le volontà del P.te
garantirne il rispetto
parlare della morte
valutare paure e pregiudizi
interrogare il P.te su dove vorrebbe morire
valutare atteggiamento dei familiari
richieste della famiglia
«congiura del silenzio» e sue motivazioni
dare priorità al paziente
tentare una mediazione (emotiva e culturale)
gestire i conflitti
identificare i conflitti e se possibile mediarli
identificare la figura di riferimento del P.te
tentare una mediazione (emotiva e culturale)
gestire la negazione
analizzare comprensione e consapevolezza
valutare ambiguità della negazione
non arrivare ad uno scontro sul diniego
MJA

ccomunicazione della prognosi

- **tempistica del colloquio**
- **prepararsi al colloquio**
- **contesto ambientale**
- **discussione prognosi e fine vita**
- **strategie per la speranza**
- **variazione trattamenti**
- **presentazione dell'équipe**

utilizzare una buona comunicazione verbale e non verbale
utilizzare ascolto attivo
mostrare interesse e rispetto per la cultura della famiglia
dimostrare comprensione ed empatia
valutare le reazioni emotive
valutare l'impatto delle informazioni
verificare il grado di comprensione
incoraggiare le domande
chiarire il senso della domanda
comprendere i diversi unmet needs (p.te vs caregivers)

MJA

Comunicazione interpersonale

Messaggi verbali:

ciò che si dice

i contenuti

Messaggi paraverbali:

come si dice

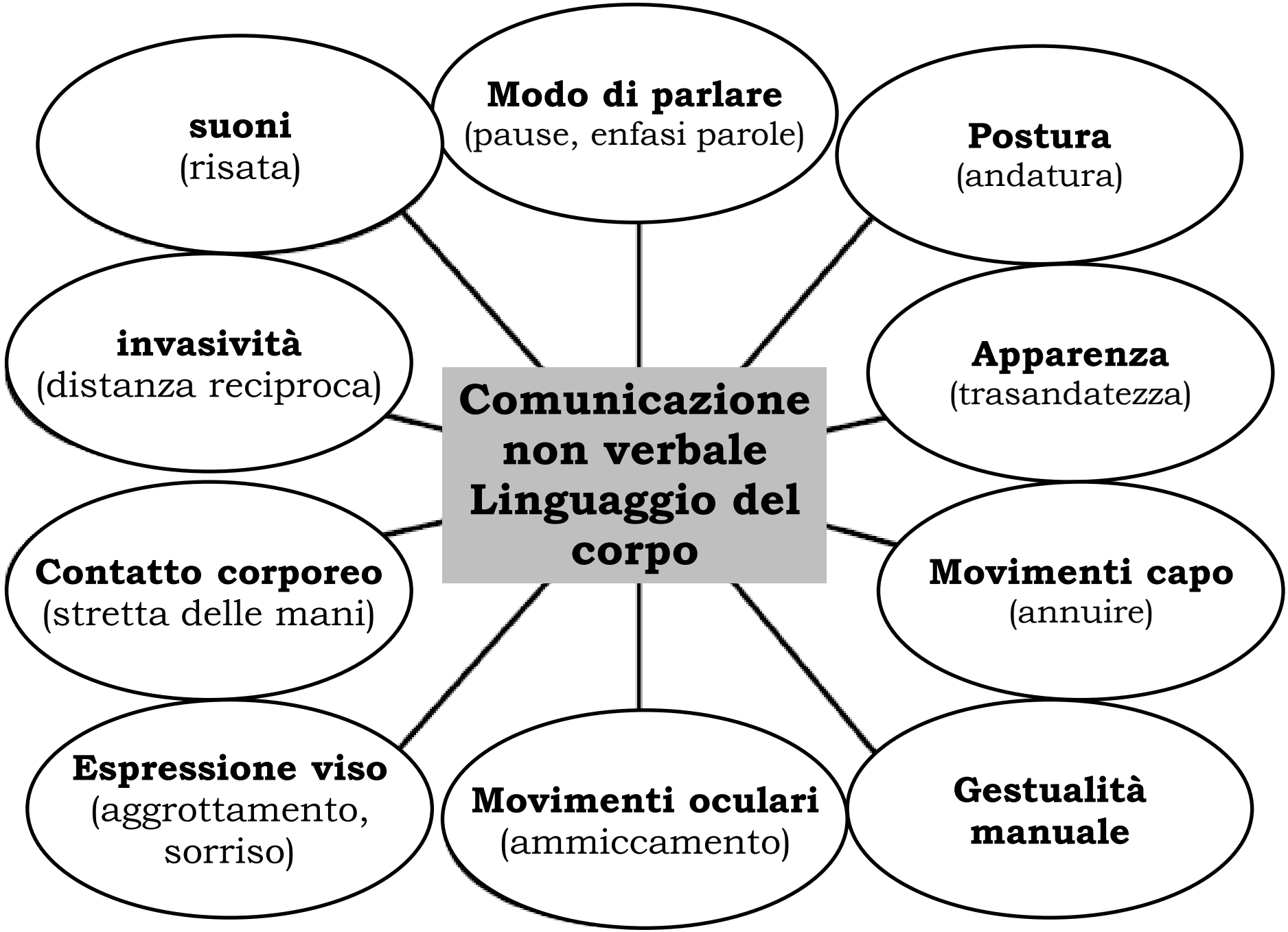
intonazioni e modulazioni

della voce (volume, timbro)

pause, ritmi , silenzi

Messaggi non verbali:

- **quali emozioni proviamo**
- gesti ,distanze contatti corporei,
- posture , movimenti
- espressioni del volto, sguardo


Comunicazione non verbale Linguaggio del corpo
suoni (risata)
Modo di parlare (pause, enfasi parole)
Postura (andatura)
invasività (distanza reciproca)
Apparenza (trasandatezza)
Contatto corporeo (stretta delle mani)
Movimenti capo (annuire)
Espressione viso (aggrottamento, sorriso)
Movimenti oculari (ammiccamento)
Gestualità manuale

ASCOLTO ATTIVO

- **LE TECNICHE VERBALI:**
  - **Parafrasare i contenuti**
  - **Esplicitare le implicazioni del messaggio ricevuto**
  - **Interpretare gli stati d'animo dell'interlocutore**
  - **Stimolare ulteriori chiarimenti**

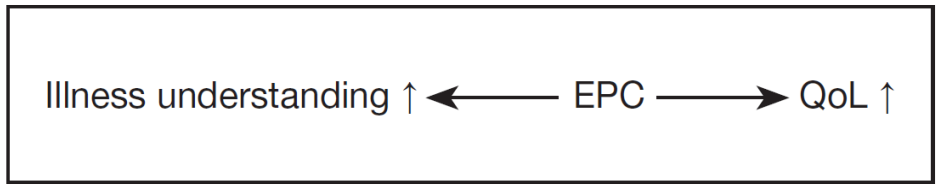
- **LE TECNICHE NON VERBALI:**
  - **Guardare con attenzione**
  - **Assentire**
  - **Mantenere il contatto visivo**
  - **Esprimere sentimenti in modo empatico**

Illness understanding in patients with advanced lung cancer: curse or blessing?

Ann Palliat Med 2016;5(2):135-138

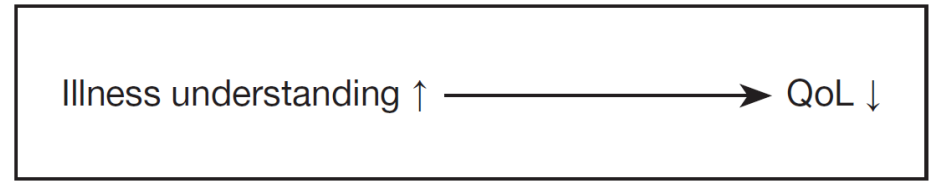
Annelies Janssens[1], Sisca Kohl[1,2], Toke Michielsen[2], Shana Van Langendonck[2], Birgitta I. Hiddinga[1], Jan P. van Meerbeeck[1]

Can a patient be informed of his prognosis from the diagnosis without detrimental effect on QoL?



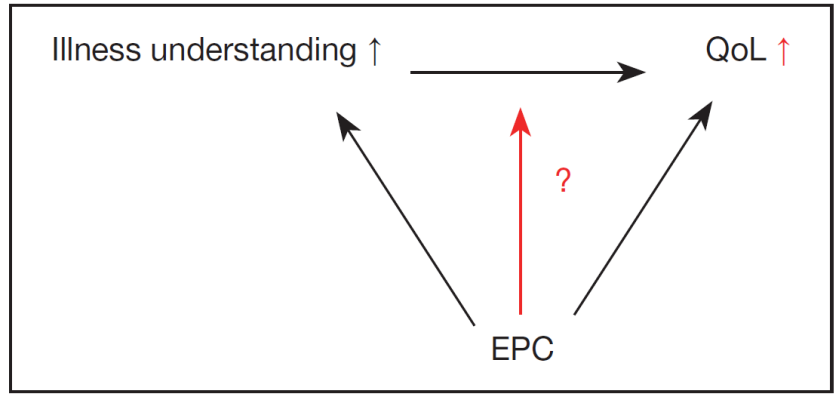
Temel et al., 2010

awareness



Vos et al., 2008,2011

denial



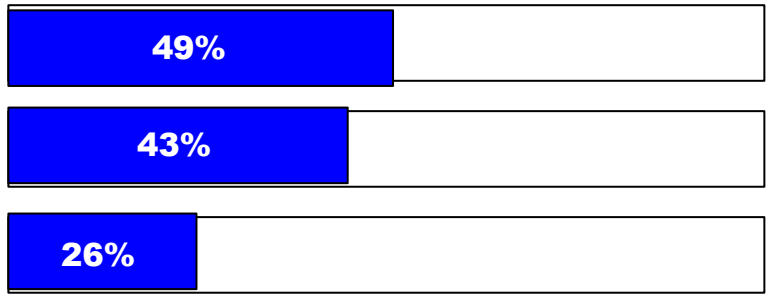
Illness Understanding seems to be a curse but can become a blessing when EPC is offered

Early Integration of Palliative Care in Oncology Practice: Results of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) Survey

Journal of Cancer 2016, Vol. 7

Vittorina Zagonel[1]✉, Riccardo Torta[2], Vittorio Franciosi[3]; Antonella Brunello[1]; Guido Biasco[4]; Daniela Cattaneo[5]; Luigi Cavanna[6]; Domenico Corsi[7]; Gabriella Farina[8]; Luisa Fioretto[9]; Teresa Gamucci[10]; Gaetano Lanzetta[11]; Roberto Magarotto[12]; Marco Maltoni[13]; Cataldo Mastromauro[14]; Barbara Melotti[15]; Fausto Meriggi[16]; Ida Pavese[17]; Erico Piva[18]; Cosimo Sacco[19]; Giuseppe Tonini[20]; Leonardo Trentin[21]; Paola Ermacora[19]; Antonella Varetto[2]; Federica Merlin[22]; Stefania Gori[23]; Stefano Cascinu[24] ; Carmine Pinto[25]; AIOM Simultaneous & Continuous Care (SCC) Task Force-ESMO-DCs

A 37-item questionnaire was delivered to 1119 AIOM members.
Areas investigated: social, ethical, relational aspects of disease and communication, training, research, organizational and management models in Simultaneous Care.
Three open questions explored the definition of Quality of Life, Medical Oncologist and Palliative Care.
Four hundred and forty-nine (40.1%) medical oncologists returned the questionnaires



non-curability when giving a diagnosis of metastatic tumor

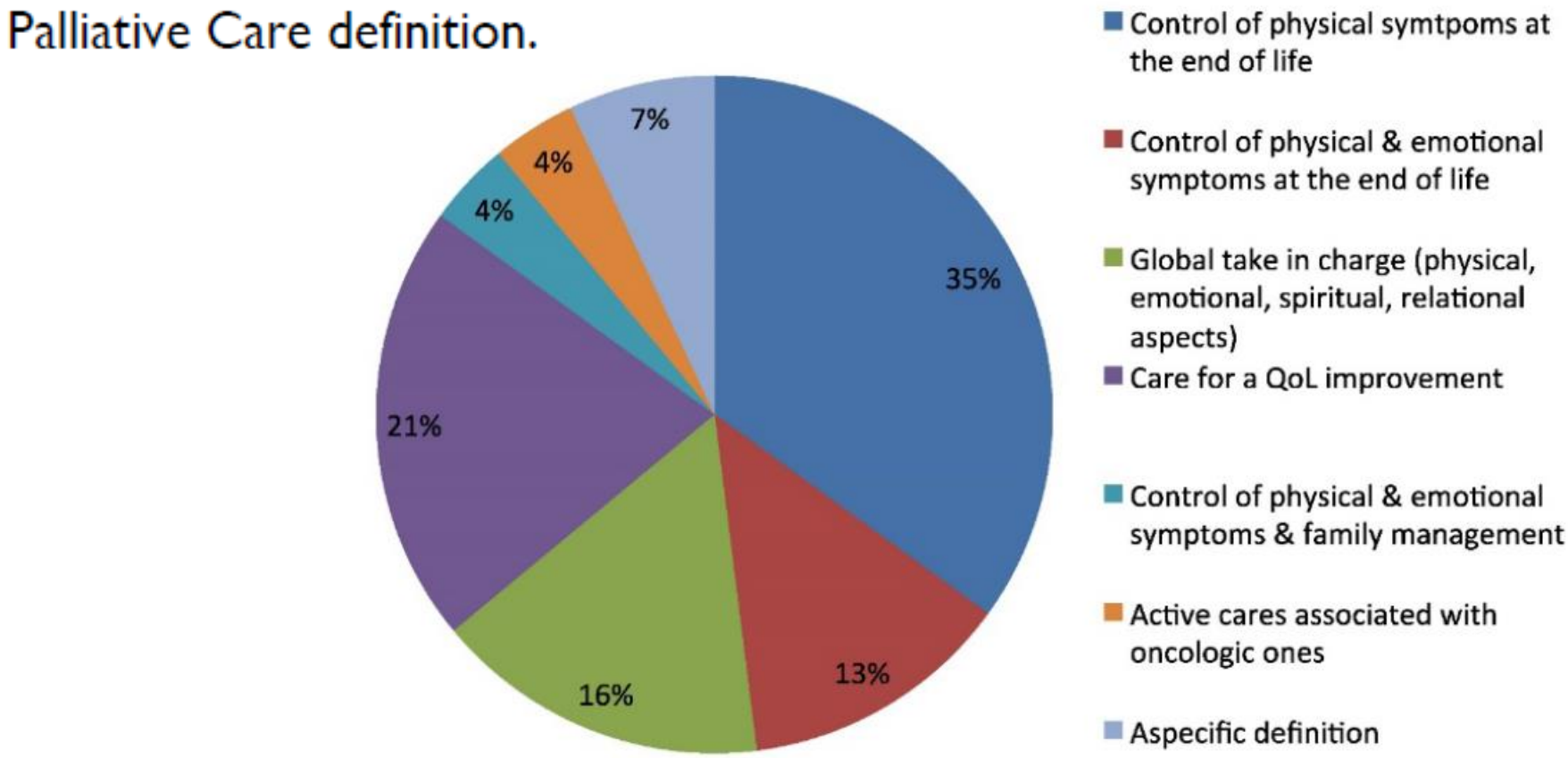
give the information only to patients who clearly ask for it

make a referral to a palliative care specialist

Early Integration of Palliative Care in Oncology Practice: Results of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) Survey

Journal of Cancer 2016, Vol. 7

Vittorina Zagonel[1]✉, Riccardo Torta[2], Vittorio Franciosi[3]; Antonella Brunello[1]; Guido Biasco[4]; Daniela Cattaneo[5]; Luigi Cavanna[6]; Domenico Corsi[7]; Gabriella Farina[8]; Luisa Fioretto[9]; Teresa Gamucci[10]; Gaetano Lanzetta[11]; Roberto Magarotto[12]; Marco Maltoni[13]; Cataldo Mastromauro[14]; Barbara Melotti[15]; Fausto Meriggi[16]; Ida Pavese[17]; Erico Piva[18]; Cosimo Sacco[19]; Giuseppe Tonini[20]; Leonardo Trentin[21]; Paola Ermacora[19]; Antonella Varetto[2]; Federica Merlin[22]; Stefania Gori[23]; Stefano Cascinu[24] ; Carmine Pinto[25]; AIOM Simultaneous & Continuous Care (SCC) Task Force-ESMO-DCs

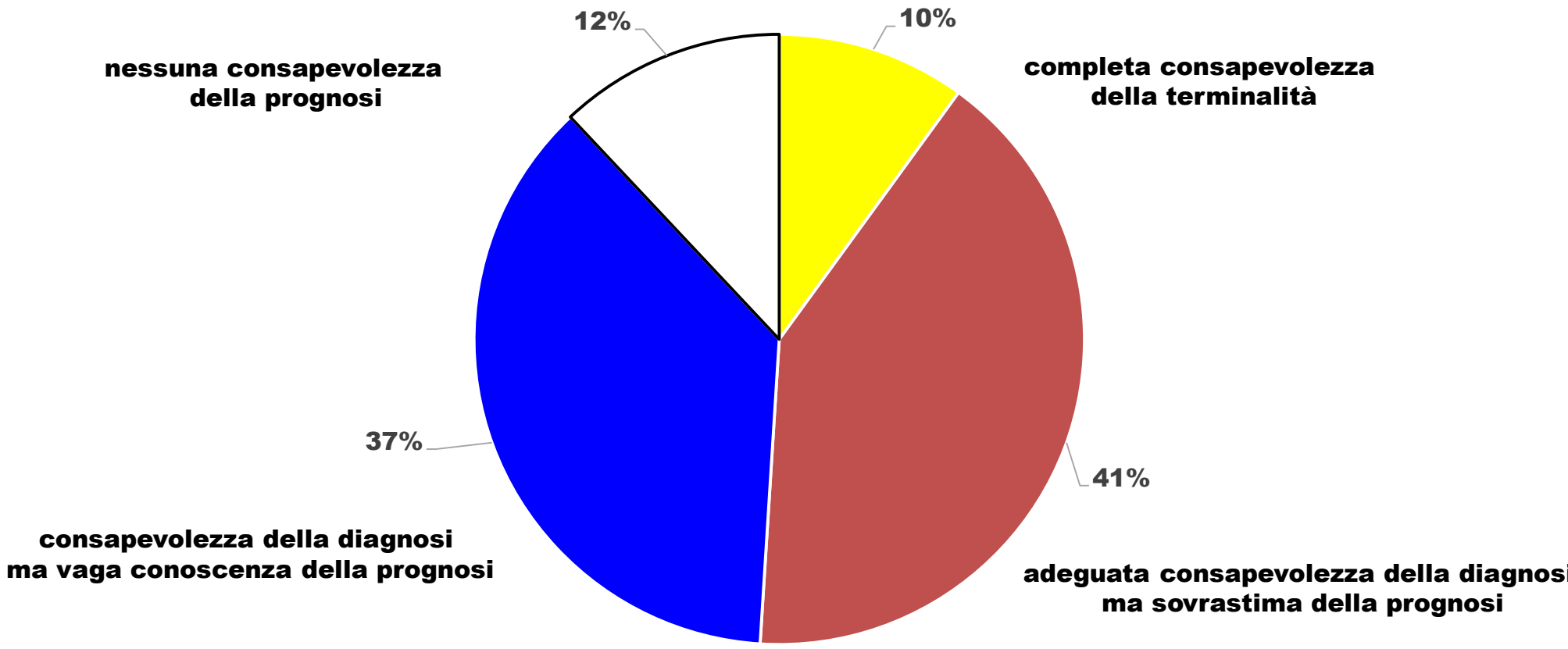


Consapevolezza di prognosi in pazienti oncologici terminali a domicilio: analisi dei risultati

La Rivista Italiana di Cure Palliative
Numero 4 inverno 2010

Andrea Bovero, Riccardo Torta

600 pazienti



Take home messages

a tutt'oggi la comunicazione, in particolare quella prognostica, è ancora inadeguata

una causa è la scarsa formazione medica ad una comunicazione difficile

è auspicabile il potenziamento di momenti formativi istituzionali e societari