

# **CIPOMO – SIMEU - NICSO**

## **DOCUMENTO DI CONSENSO**

### *Gruppo di lavoro*

#### **CIPOMO**

Gianmauro Numico  
Monica Giordano  
Ilaria Bernardini  
Diego Cortinovis

#### **NICSO**

Andrea Antonuzzo

#### **SIMEU**

Paolo Moscatelli  
Enrico Gandolfo

### *Background*

Negli ultimi anni il concetto di cura del paziente oncologico ha subito una importante evoluzione. Da un modello di cure “sequenziale”, caratterizzato da una fase iniziale di trattamenti attivi seguita dalla transizione alle cure palliative, si è passati ad un modello di gestione multidimensionale che include trattamenti attivi e terapie di supporto ed è realizzato attraverso la collaborazione di diverse figure professionali che svolgono la loro attività in modo integrato lungo tutta la storia naturale della malattia.

Inoltre, il progresso della ricerca oncologica ha permesso un notevole incremento delle possibilità terapeutiche (in particolare le terapie “target” e l’immunoterapia). I pazienti possono attualmente beneficiare di molteplici approcci terapeutici con benefici prolungati. L’evolversi delle terapie attive ha però prodotto tossicità con profili diversi da quelli storicamente associati alla chemioterapia, che vanno prontamente riconosciute e gestite.

Infine, l’allungamento della storia naturale della malattia e l’invecchiamento della popolazione hanno generato nuovi bisogni di salute, in particolare la necessità di controllo dei sintomi, di diagnosi e trattamento degli eventi acuti intercorrenti e di gestione delle condizioni di multimorbilità.

Da questo crescente bisogno assistenziale è emersa la necessità di sviluppare competenze e contesti dedicati alla cura delle condizioni cliniche intercorrenti e di riconoscere una attività dedicata alle terapie di supporto fin dall’inizio delle cure oncologiche.

Nell’ambito dell’attività di “Cure di supporto”, si è andata sviluppando la consapevolezza che una parte rilevante di questi bisogni si manifesta in modo non-programmato, al di fuori dei consueti percorsi di visite e trattamenti e, in molti casi, in una vera e propria condizione di urgenza. L’evento inaspettato rappresenta sempre una situazione di crisi del percorso, sia dal punto di vista clinico, per il manifestarsi di necessità impreviste, sia dal punto di vista organizzativo, per la necessità di una adeguata integrazione tra operatori e servizi diversi, in particolare tra Medico d’Urgenza e gli oncologi di riferimento.

Si rende quindi necessario un ripensamento dell’organizzazione dei servizi che tenga in considerazione le mutate esigenze assistenziali e dia risposte appropriate e sostenibili. A livello intra-ospedaliero gli specialisti di Oncologia Medica e di Medicina di Emergenza sono gli operatori più frequentemente coinvolti nella gestione di queste problematiche. Essi sono chiamati a sviluppare competenze specifiche e soprattutto a ricercare una interazione strutturata e stabile, che consenta di garantire la qualità delle prestazioni erogate e di creare un continuum della comunicazione e del percorso di cura del malato oncologico

E’ per questa ragione che CIPOMO-NICSO e SIMEU hanno avviato un percorso di confronto e condivisione in merito alle problematiche connesse con gli accessi non programmati dei pazienti

oncologici. Tale percorso è risultato nella stesura di un documento di consenso che raccoglie i principi guida della collaborazione tra oncologia e medicina dell'emergenza-urgenza. Il documento, che non vuole essere conclusivo ma aperto a modifiche e integrazioni, intende innanzitutto evidenziare la trasversalità e l'importanza della problematica, ma anche ispirare comportamenti virtuosi e suggerire modalità di gestione applicabili a livello locale.

## Raccomandazioni

1. La condizione oncologica comporta un elevato utilizzo delle strutture sanitarie di emergenza. L'accesso alle strutture di emergenza è caratteristico di tutta la storia naturale di malattia ma aumenta con il progredire della malattia ed è massima negli stadi avanzati e nelle ultime fasi della vita. L'età avanzata, la presenza di patologie associate e la precarietà delle condizioni socio-familiari costituiscono ulteriori fattori di rischio (1). Si ritiene che la maggior parte degli accessi sia appropriata e che sia giustificato in molti casi il ricovero in ospedale (2).  
I sintomi legati alla malattia di base o al trattamento e le complicazioni acute direttamente o indirettamente correlate alla neoplasia costituiscono la ragione prevalente di accesso ai servizi di emergenza. Una parte rilevante degli accessi è peraltro legata all'evoluzione naturale della malattia nelle sue fasi avanzate (3). Vi è infine una quota di accessi dovuta a carenze della rete sociale e di assistenza sul territorio che possono essere contenuti attraverso un processo di miglioramento della qualità della gestione.
2. Il Pronto Soccorso rappresenta la struttura di riferimento per l'accoglienza e la gestione delle condizioni di urgenza nel paziente oncologico.  
All'interno del Pronto Soccorso, grazie alle caratteristiche organizzative e alle specifiche competenze, è possibile l'accesso tempestivo alla diagnostica, la stabilizzazione clinica, il rapido controllo dei sintomi e l'orientamento alla successiva gestione (dimissione o ricovero ospedaliero). E' necessario che nelle Strutture di Emergenza siano sviluppati percorsi differenziati in base alla severità della condizione clinica e allo stato della malattia di base. Si raccomanda che siano definiti in modo condiviso dei percorsi clinici considerati ottimali per alcune delle condizioni che più comunemente si presentano in urgenza. In particolare si raccomanda che siano sviluppati a livello locale modalità di valutazione e trattamento del dolore, della dispnea e della sepsi e delle più frequenti complicanze legate alle terapie oncologiche (4).
3. Una parte delle condizioni che afferiscono al Pronto Soccorso è prevenibile e gestibile con altri percorsi. Una parte degli accessi può essere intercettata dalla medicina territoriale, dalle strutture oncologiche di riferimento (o, all'interno di esse da equipe dedicate alle terapie di supporto), dalle strutture di cure palliative e da altre strutture ospedaliere (5-9). I modelli di gestione degli accessi non programmati vanno promossi, con particolare riguardo nelle oncologie, perché consentono di affrontare condizioni di minore rilevanza clinica. Il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e delle strutture territoriali deve essere precoce e continuativo, specie laddove si ravvisi una condizione di contesto particolarmente fragile o disagiata.  
Nei casi in cui l'evoluzione naturale della malattia può far prevedere una prognosi severa nonostante gli interventi terapeutici messi in atto o programmati si rende indispensabile che vengano attivati precocemente percorsi di "simultaneous cares", così che il paziente possa riconoscere caregiver naturali di riferimento oltre allo specialista che lo segue per la malattia oncologica (10).
4. Uno dei problemi più comunemente lamentati e che più impatta su una corretta gestione delle condizioni di urgenza è rappresentato dalla assenza o non attingibilità delle informazioni di contesto. Si raccomanda che ai pazienti oncologici siano fornite, dallo specialista che ha in carico la gestione della patologia, le informazioni cliniche necessarie per mettere in condizione il medico d'urgenza di conoscere la storia di malattia e dei trattamenti effettuati, le sedi attive

di malattia, la terapia farmacologica in corso, gli elementi prognostici e le prospettive terapeutiche. Le informazioni dovrebbero essere fornite in forma sintetica e facilmente attingibile (“minimum data set” o sinossi) avendo cura di evitare modalità di registrazione eccessivamente prolisse o non comprensibili. Il documento dovrebbe anche contenere le modalità ordinarie di accesso alle strutture di cura e i contatti. Sarà cura del gruppo di lavoro proporre uno o più modelli che possano essere presi in considerazione al fine di rendere facilmente disponibili tali informazioni.

5. L’accesso al Pronto Soccorso può comportare difficoltà rilevanti nella gestione della comunicazione tra operatori e il paziente o i suoi familiari, legate soprattutto alla episodicità dell’incontro, alle condizioni emotive legate all’emergenza-urgenza, alla non completezza delle informazioni disponibili e talvolta alla necessità di trasmettere informazioni complesse (10-11).

Le dinamiche che si instaurano in una condizione di urgenza possono ostacolare la comunicazione strutturata, e possono determinare situazioni di incomprensione o di difficoltà decisionale. Inoltre la scelta di opzioni diagnostiche e terapeutiche può richiedere una complessa contestualizzazione del rapporto rischi – benefici (12) essendo potenzialmente in grado di modificare in maniera sostanziale l’approccio a patologie tempo dipendenti (ad es. ictus o sindrome coronarica acuta) o la gestione dei trattamenti (profilassi ictus cardioembolico) in funzione di elementi prognostici talora difficilmente disponibili ma necessari.

Si ritiene pertanto che:

- Il processo comunicativo deve essere favorito da una adeguata condivisione degli elementi di conoscenza della malattia. E’ importante che il paziente e i familiari siano consapevoli della propria condizione di malattia, dell’intento dei trattamenti, della possibilità di eventi tossici, di insorgenza di sintomi o di complicanze acute.
- Tale strategia comunicativa diventa ancora più necessaria laddove siano in corso trial clinici o terapie innovative. Occorre definire modalità di condivisione col Medico d’Urgenza degli elementi informativi principali di tali trattamenti.
- Qualora sia necessario fornire informazioni complesse o potenzialmente traumatiche deve essere possibile il contatto, immediato o dilazionato, con lo specialista di riferimento o con l’équipe che ha in carico il paziente. Occorre che siano disponibili per le strutture di emergenza canali preferenziali e predefiniti di comunicazione con gli specialisti oncologi di riferimento.
- Vanno previste modalità di confronto, consultazione e di revisione dei casi anche al di fuori dell’episodio di urgenza, al fine di garantire l’instaurarsi di un rapporto continuativo tra le strutture oncologiche e quelle di emergenza.

6. In caso di ricovero è auspicabile che il paziente sia destinato alla struttura che ha le migliori competenze per la gestione della condizione corrente. La scarsità di posti letto, unitamente alla progressiva riduzione dei posti letto nelle strutture di Oncologia, comporta frequenti difficoltà di assegnazione del reparto di ricovero. Inoltre, la possibile sovrapposizione di molteplici condizioni patologiche fa sì che nella maggior parte dei casi le competenze in gioco siano condivise tra diverse discipline.

Si ritiene pertanto di raccomandare:

- La definizione di percorsi di gestione intra-ospedaliera delle principali condizioni di acuzie, in modo che le scelte cliniche e organizzative siano predefinite e non debbano essere compiute sulla base del singolo caso.

- La creazione, laddove non presenti, di strutture di Osservazione Breve (OBI) o di Ricovero in Medicina d'Urgenza per la valutazione del malato sulla base della stratificazione di malattia, che consentano la stabilizzazione clinica e il completamento del percorso diagnostico prima dell'attribuzione del reparto di competenza.
7. All'atto della dimissione è necessario che al paziente sia consegnato un resoconto esaustivo dell'episodio clinico, degli accertamenti a cui è stato sottoposto e dei trattamenti ricevuti. E' importante che siano definite le modalità di successivo contatto con la struttura specialistica di riferimento, in modo da riprogrammare la gestione ordinaria e minimizzare, per quanto possibile, il ripetersi di ulteriori eventi acuti.
  8. Va prevista e opportunamente strutturata, l'attivazione dei servizi di terapie di supporto o di cure palliative sia dentro l'ospedale che sul territorio, così come l'accesso all'hospice, mediante la definizione di percorsi di rete.
  9. Vanno implementate modalità di definizione dei bisogni infermieristici e la continuità di risposta a tali bisogni tra la fase ospedaliera e post-ospedaliera specie nel caso di gestione di device, strumenti, sistemi di cateterismo. La corretta gestione di tali strumenti e la disponibilità di una cartella infermieristica, della chiara definizione del nursing e delle procedure da seguire, nonché delle figure di riferimento, costituisce aspetto integrante della presa in carico complessiva del paziente oncologico e uno strumento per prevenire l'accesso in Pronto Soccorso con una precoce e strutturata risposta al bisogno.
  10. Si suggerisce che vengano adottati e monitorati indicatori di qualità della gestione degli accessi urgenti dei malati oncologici, che consentano di valutare prospetticamente l'impatto di misure organizzative e di confrontare realtà assistenziali diverse. Possibili indicatori, da monitorare preferenzialmente annualmente, sono i seguenti:
    - Numero di accessi di pazienti con diagnosi di malattia neoplastica in Pronto Soccorso seguiti da ricovero ospedaliero/ accessi complessivi
    - Numero di pazienti oncologici deceduti nell'anno presso il PS/DEA
    - Numero di pazienti oncologici deceduti nei reparti ospedalieri dopo ricovero dal Pronto Soccorso
    - Numero di confezioni di oppiacei utilizzate nei pazienti oncologici/numero di accessi di pazienti oncologici.
    - Numero di pazienti ricoverati secondo modalità appoggio o presso il reparto appropriato/numero di accessi di pazienti oncologici.

## Bibliografia

1. Mayer DK, Travers D, Wyss A. et al. Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol* 2011; 29: 2683-2688
2. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Sympt Manag* 2014 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.07.007.
3. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ* 2010; 182: 563 – 568
4. Smith A, Schonberg M, Fisher J et al. Emergency department experiences of acutely symptomatic patients with illness and their family caregivers. *J Pain Sympt Manag* 2010; 39: 972-981
5. Smyth JF. Disclosing gaps between supportive and palliative care: the past 20 years. *Support Care Cancer* 2008; 16: 109-111
6. Radbruch L, Payne S and the Board of the EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European J of Palliative Care* 2009; 16/6: 278-289
7. Ripamonti CI, Pessi MA, Boldini S. Supportive Care in Cancer Unit at the National Cancer Institute of Milan: a new integrated model of medicine in oncology. *Curr Opin Oncol* 2012; 24: 391-6
8. Antonuzzo A, Lucchesi M, Brunetti IM et al. Supportive Care and not only palliative care in the route of cancer patients. *Support Care Cancer* 2013; 21/3: 657-658
9. Vasile E, Lucchesi M, Ginocchi L, et al. Dedicated supportive care team in the oncology unit: a model of simultaneous care for cancer patients. *Support Care Cancer* 2014; 22/4: 867-8
10. Surbone A, Baider L, Weitzman TS et al. On behalf of the MASCC psychosocial study group. Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Supportive Care Cancer* 2010;18: 255-263
11. Trice E, Prigerson H. Communication in end stage cancer: review of the literature and future research. *Journal Health Communication* 2009; 14: 95-108
12. Hwang J, Smith M, Flamm A. Challenges in outpatient end-of-life care: wishes to avoid resuscitation. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22: 4643-4645.