

Sviluppi in ematologia ed oncologia attraverso l'insegnamento e la ricerca scientifica

Marco Maltoni

Nessun conflitto di interesse

In tutto il mondo, più di **56.8 milioni** di persone necessitano di CP ogni anno, di cui **31.1 milioni (54,2%) prima del fine vita e 25.7 milioni (45,8%) nel fine-vita (1 anno)**

560 morti/anno/100,000 adulti;
60% per patologie non oncologiche
40% per tumore

Cure palliative **specialistiche 40%**,
approccio di cure palliative 60%

La maggioranza (**67%**) **adulti sopra i 50 anni**, ma **almeno il 7% sono bambini**

whpca
World Health Palliative Care Alliance



Global Atlas of Palliative Care

2nd Edition

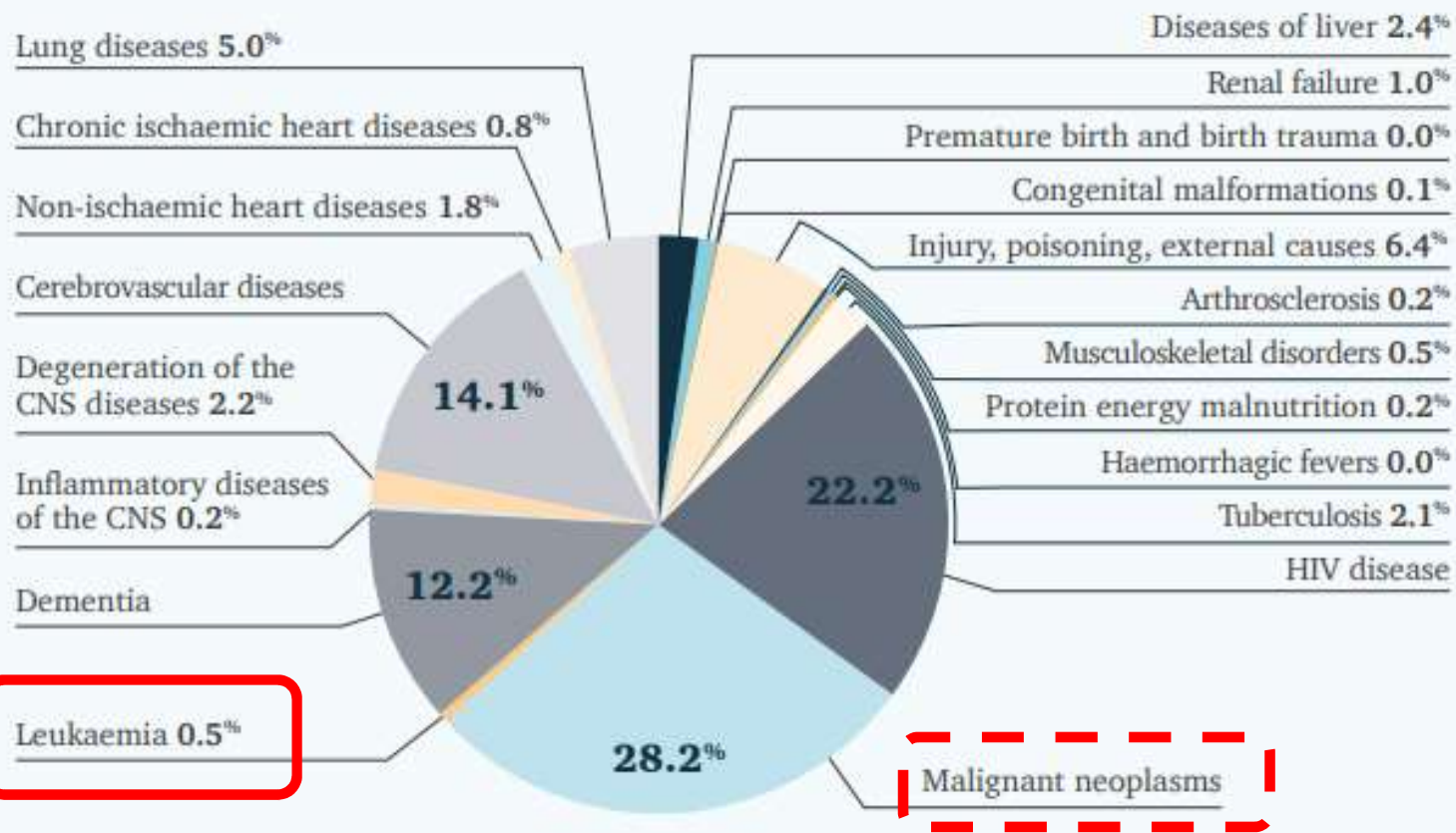


London, UK 2020

Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition

www.who.int/palcare

Figure 5
 Worldwide need for
 palliative care for
 adults by disease
 groups (20+ years
 2017)



N = 52,883,093 adults

	Italia	
Est. Bisogno di CP	447.018 <i>se si considera il 69%</i>	543.585 <i>se si considera l'84%</i>
Offerta attuale	126.113	
Tasso di copertura del bisogno di CP	23% - 28%	

Alta domanda e basso tasso di copertura

Bocconi

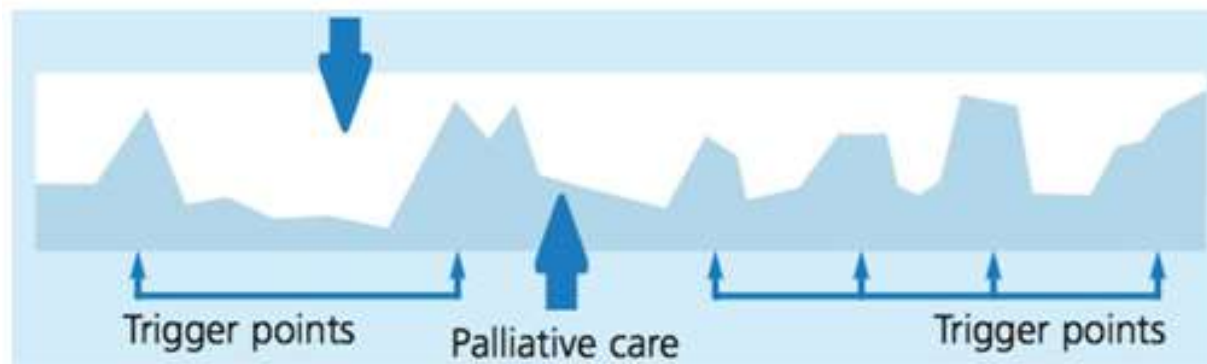
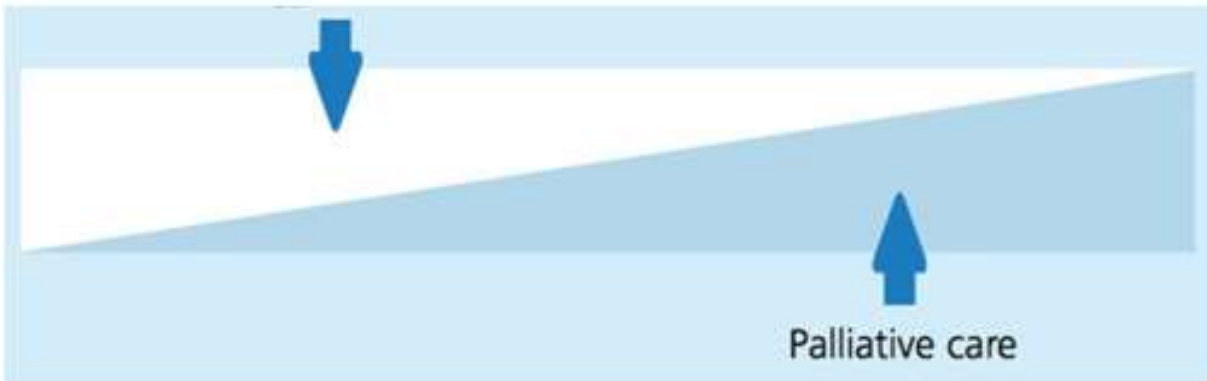
Le cure palliative in Italia:
stima del bisogno, rete di offerta, tasso di copertura del bisogno, confronto internazionale

Francesco Longo, Elisabetta Notermicola, Andrea Rotolo, Eleonora Perotti, Sara Bertolo, Francesca Mada

21 novembre 2019

Università Bocconi

SIA Bocconi



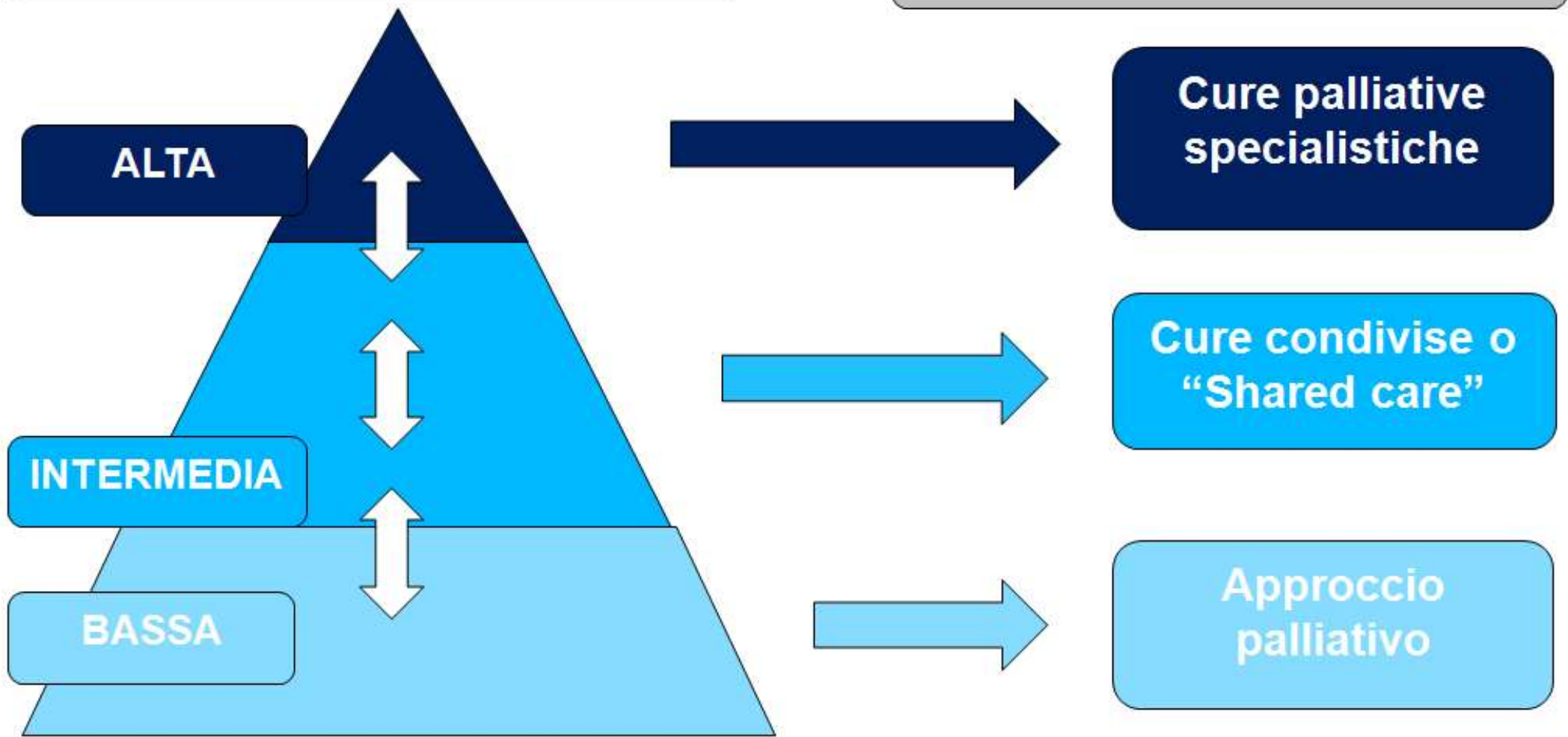
Attivazioni per prognosi e per bisogni non mutuamente esclusivi

Percorso di cure palliative

- **“Approccio palliativo”**: una sorta di **check pre-rete** garantito da tutti i professionisti della salute per **“individuare”** i pazienti adatti a essere **pre-valutati** per il loro ingresso nella rete...con strumenti di screening?!
 - Successivamente: **gestione dei bisogni di cure palliative di livello basico**
- **RLCP: valutazione specialistica di elegibilità** all'ingresso nella RLCP e, in caso positivo e di necessità di presa in carico, **in quale setting** assistenziale: ospedaliero, domiciliare (base e/o specialistico), residenziale (hospice, RSA), ambulatoriale
- Successivamente: **presa in carico e continuità assistenziale attraverso i NODI della RLCP**

COMPLESSITÀ DI MALATO-FAMIGLIA

TIPOLOGIA di EROGAZIONE di CP



Attribuzione con tools tipo il PALCOM

Il bisogno di cure palliative specialistiche

Peruselli C, RICP 2020: 140-146

Stime:

- **Hospice: 1- 1,5 medici/10 posti letto** 10 posti letto/100.000 ab
- **Ospedale (consulenze, ambulatori): 1 medico/250 posti letto** circa 250/100.000 ab
- **Assistenza domiciliare specialistica cure palliative (UCPD)** circa una ogni 100.000 ab

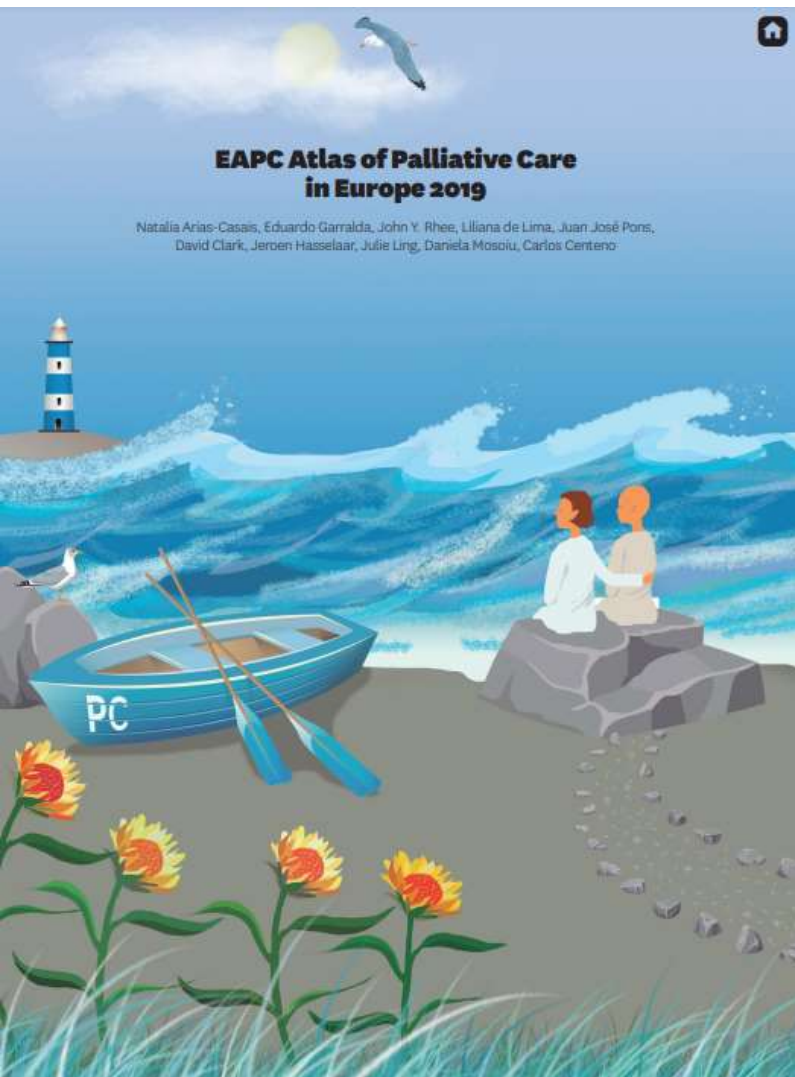
Rapportando tutto a 100.000 abitanti:

1,5 medici hospice, + 1 in ospedale + 2,5 in domiciliare: **5 medici palliativisti/100.000 abitanti**

In Italia **circa 60 milioni** di abitanti: **3.000 medici palliativisti** (e 12.000 infermieri)

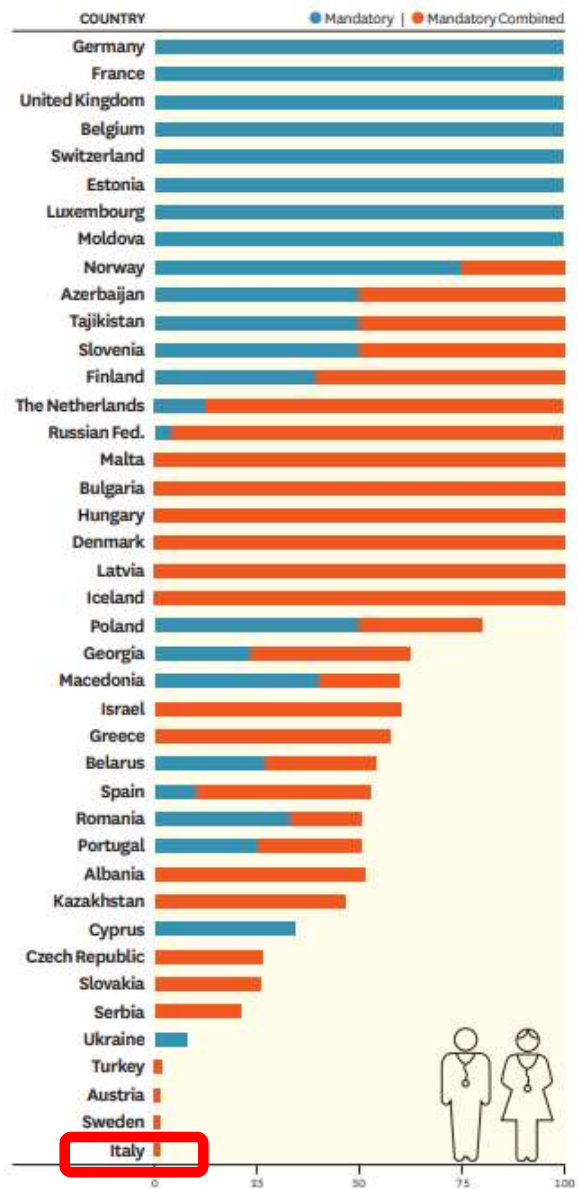
Il Quadro Normativo sulla formazione in Italia pre e post legge 38

- 1999 Legge 39/1999 «programma nazionale per la creazione di strutture di degenza (Hospice)»
- 2010 **Legge 38 del 15 marzo - Articolo 5 e Articolo 8 Master**
- 2011 **Core Curricula in Cure Palliative – SICP**
- 2012 Istituzione Master di Alta Formazione e Qualificazione in Cure Palliative Decreto Master GU n. 89/2012
- 2012 Disciplina ai fini concorsuali (SC) Acquisizione del parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità nella seduta dell'11 dicembre 2012
- 2013 **Accordo Stato-Regioni, di individuazione tra le discipline dell'Area della medicina diagnostica e dei servizi, della nuova disciplina "Cure palliative"**
- 2013 **Decreto del 28 marzo "Modifica ed integrazione delle tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti"**
- 2014 Accordo Stato Regioni Individuazione delle figure competenti nel campo delle CP e TD
- 2015 Istituzione della Conferenza Permanente dei Direttori dei Master
- 2018 **Raccomandazioni alle Università ad attivare in Pre-Laurea : 1 CFU in CP + 1 CFU in TD**
- 2020 **Conversione in legge del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 : Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative**

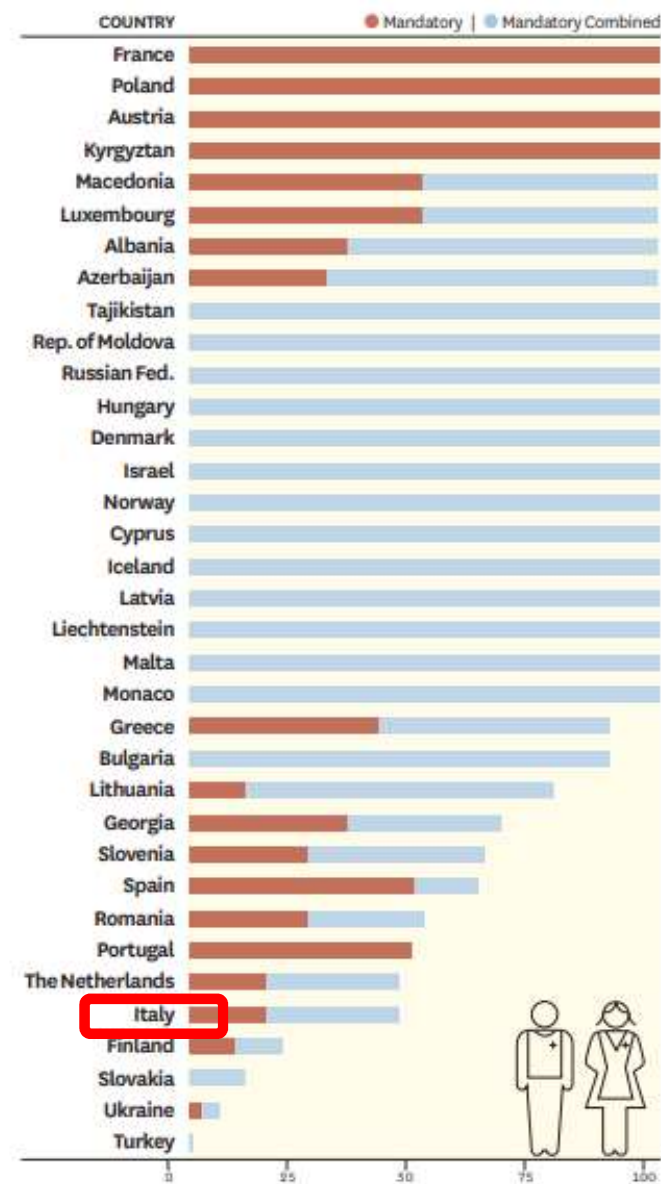


Nel 2019 43% di 51 paesi aveva curriculum prelaurea (22% obbligatori)

PC TEACHING IN MEDICAL SCHOOLS



PC TEACHING IN NURSING SCHOOLS



MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 28 marzo 2013.

Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti.

22-4-2013

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 94

ALLEGATO 1

Tabella A

Tabella B

AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI

5) CURE PALLIATIVE:

Servizi equipollenti:

Ematologia
Geriatrica
Malattie Infettive
Medicina Interna
Neurologia
Oncologia
Pediatria
Radioterapia
Anestesiologia e rianimazione

5) CURE PALLIATIVE:

Scuole equipollenti:

Ematologia
Geriatrica
Malattie Infettive
Medicina Interna
Neurologia
Oncologia
Pediatria
Radioterapia
Anestesiologia e rianimazione

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 11 agosto 2020.

Modifica al decreto 30 gennaio 1998 e successive modificazioni, recante «Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale» - Area psicologica e medicina di comunità e delle cure primarie.

Area della Medicina diagnostica e dei servizi

Cure palliative

Scuole equipollenti:

medicina di comunità e delle cure primarie.

Ministero della salute

DECRETO 30 giugno 2021.

Individuazione dei criteri di certificazione dei requisiti (dell'esperienza professionale e delle competenze) in possesso dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate. (21A04277)

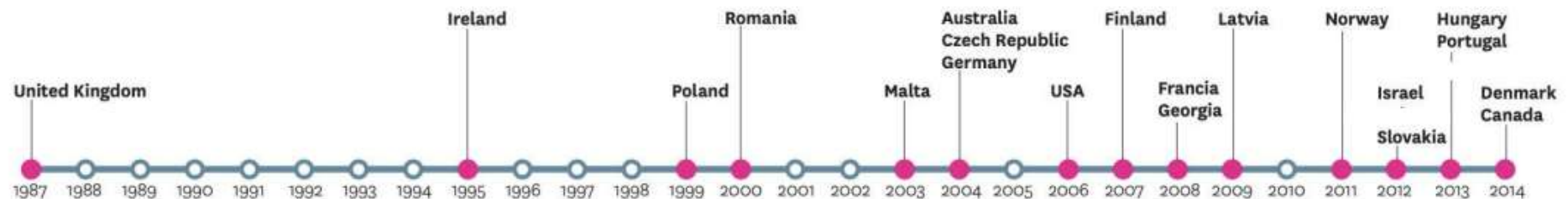
Pag. 1

Prorogata al 31/12/2021

Europa: Scuole di Specializzazione in Medicina e Cure palliative

In Europa la prima scuola di specializzazione in Cure Palliative è stata istituita nel Regno Unito nel 1987

Specialisation in Palliative Medicine timeline



Nel 2014 il 34% dei paesi europei aveva una scuola di specializzazione per medici in Cure Palliative. 20 stati europei hanno Scuole di Specializzazione istituite a livello nazionale

Fonte: «Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region»
Carlos Centeno, PhD, Deborah Bolognesi, BA, and Guido Biasco, PhD, *Journal of Pain of Symptom Management*, 2015

Emendamento al decreto Rilancio.

A decorrere dall'anno accademico 2021/2022, nasce la Scuola di Specialità in “Medicina e Cure Palliative”, mentre per i futuri pediatri obbligatorio il corso cure palliative pediatriche

La Commissione Bilancio della Camera dei Deputati ha approvato con voto unanime un **emendamento al Decreto Rilancio che, a decorrere dall'anno accademico 2021/2022, istituisce la Scuola di Specialità in “Medicina e Cure Palliative” per i laureati in medicina e chirurgia** (art. 5 bis del Decreto Rilancio che recita al comma 1) e introduce “il corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori della Scuola di specializzazione in Pediatria” (comma 3).

C. 2500

(DL 34/2020 “RILANCIO”)

Riformulazioni TITOLO I
(Artt. da 1 a 23)

28 giugno 2020

Table 1. Treatment paradigms and palliative care integration in various hematologic malignancies sub-types

Hematologic malignancy	Treatment paradigms/salient features	Symptoms and PC needs	Major PC-hemato-oncology integration randomized trials	Palliative care integration: where next?
Acute leukemia	“High-risk, high-reward” No ‘Best’ treatment consensus leads to outcome variability Intensive hospitalization	High rates of physical symptoms Significant post-traumatic stress, anxiety and depression High healthcare utilization at the end of life Prognostic uncertainty	El-Jawahri et al. report that integrated PC improved quality of life, depression, anxiety, PTSD, end-of-life discussions, and healthcare utilization at the end of life [102]	Palliative care integration at time of induction chemotherapy Symptom assessment and caregiver support throughout continuum of care Future work is needed for newer, lower-intensity treatment regimens
Chronic leukemias	Slow, indolent disease course Prognosis measured in years “Treatment without end”	High symptom burden due to chronicity and cumulative toxicities, financial distress Anticipatory distress about relapse		Develop psycho-oncologic support interventions for patients and caregivers Research is needed to understand needs and optimal service integration
Lymphoma HL	Curable	Psychological symptoms are common		Future work is needed to guide PC integration in lymphoma care
NHL	Significant variability in aggressiveness and prognosis Sometimes relapsing and remitting disease course	High clinical burden; many physical and psychological symptoms 50% have treatment toxicities Issues of survivorship High end of life utilization		
Multiple myeloma	2 nd most common hematologic cancer Chronic survivorship (never off treatment) Survival improving, though remains incurable Cumulative effects of prolonged treatment (unrelenting treatment)	Perhaps worst quality of life compared to other hematologic cancers High physical and psychological symptom burden, financial distress Caregivers experience significant psychological distress		Future work is needed to guide PC integration in MM care Anticipate need for psychosocial support interventions for MM patients and their caregivers

Advancing Palliative Care Integration in Hematology: Building Upon Existing Evidence

Gregg A.
Curr Treat Options Oncol
(2023) 24:542–564

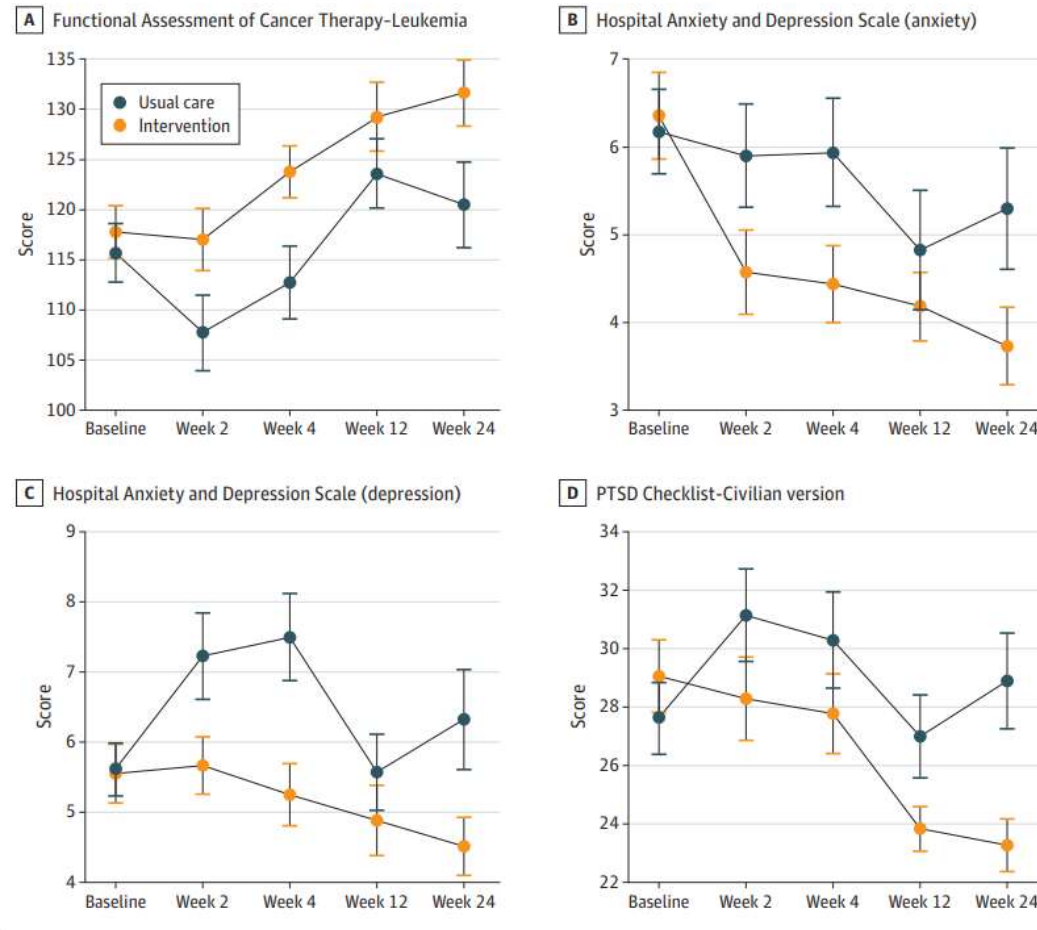
Table 1. (continued)

Hematologic malignancy	Treatment paradigms/ salient features	Symptoms and PC needs	Major PC-hemato-oncol- ogy integration rand- omized trials	Palliative care integra- tion: where next?
Myelodysplastic syndromes Myeloproliferative neo- plasms	Wide variability in clinical presentations Need for HSCT or transfu- sions Many new treatments cur- rently being studied	Dyspnea and fatigue com- mon and debilitating Transfusion dependence limits hospice eligibility Depressive and anxiety symptoms are common High caregiver burden		Future work is needed to guide PC integration in MDS and MPN care At the end of life, we should reconsider transfusion dependence as a hospice exclusion criterion
CAR T cell therapy	“High risk, high reward” Novelty of treatment limits available data	High end of life healthcare utilization High psychological distress among patients Prognostic uncertainty		Psychosocial PC interven- tions are needed for this population PC integration with CAR T cell therapy has not been studied, but should be designed and implemented
Hematopoietic stem cell transplant	Invasive and morbid (concern for graft vs host disease) Possibly curative Prolonged, isolating index hospitalization Concurrent high-dose chemo- therapy	Psychological symptoms including PTSD are common Many physical symptoms Generally low quality of life High caregiver burden	2016 RCT described PC improving psychological well-being and symptom burden (159,160) 2020 RCT examining psy- chological intervention for HSCT patient caregivers (161)	PC integration at time of HSCT is prudent Future work should be aimed at developing robust psy- chosocial interventions for HSCT patients and caregivers

Effectiveness of Integrated Palliative and Oncology Care for Patients With Acute Myeloid Leukemia: A Randomized Clinical Trial

**El-Jawahri A, ...Temel JS.
JAMA Oncol. 2021 Feb
1;7(2):238-245**

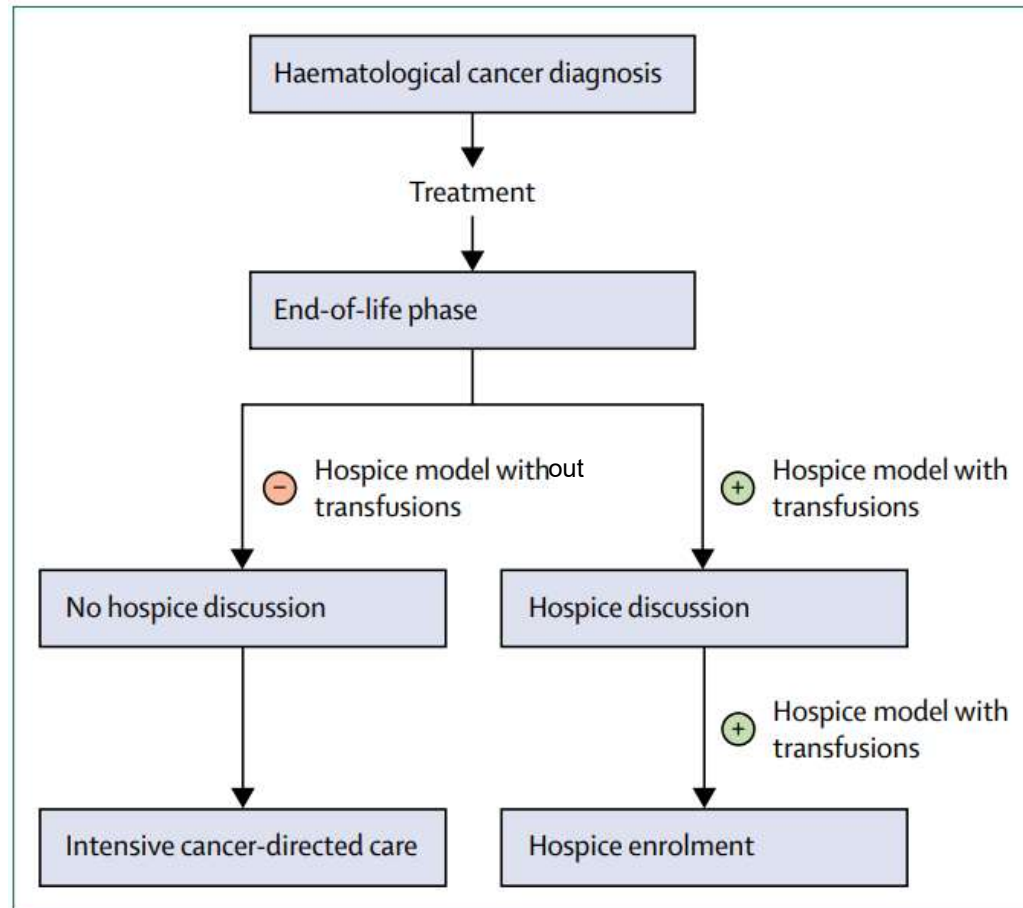
Figure 2. Effect of Integrated Palliative and Oncology Care on Patient-Reported Quality of Life and Psychological Distress by Scale



This randomized controlled trial demonstrated that early inpatient palliative care integration for patients with acute myeloid leukemia led to substantial improvements in quality of life, psychological distress, and end-of-life care

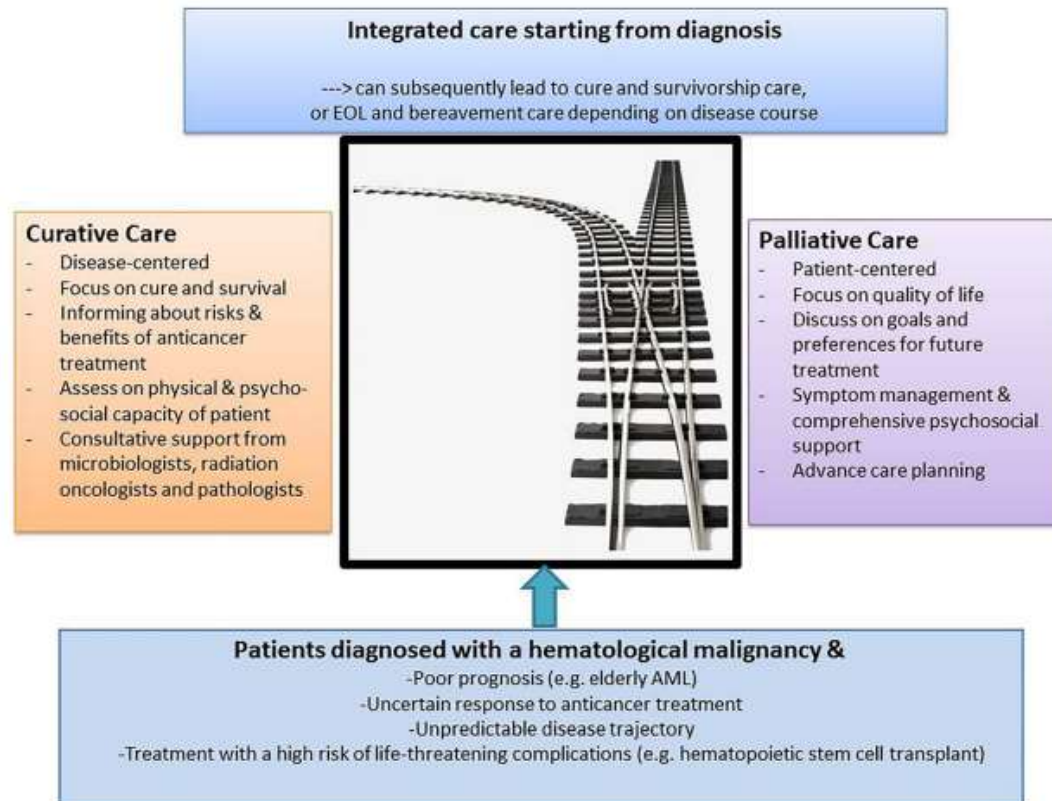
Patients with haematological malignancies should not have to choose between transfusions and hospice care

Orofe O Odejide, David P Steensma *Lancet Haematol* 2020; 7: e418–24



Supportive and palliative care in hemato-oncology: how best to achieve seamless integration and subspecialty development?

Hon Wai Benjamin Cheng, Ka On Lam. Ann Hematol (2021) 100:601–606



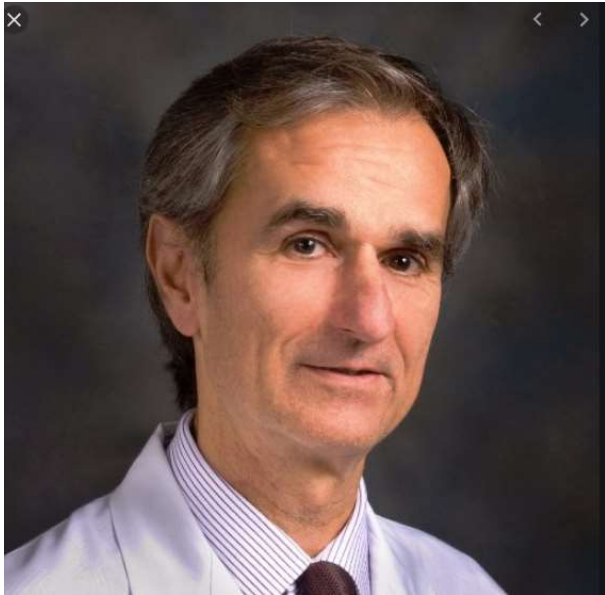
Integration of a Mandatory Palliative Care Education Into Hematology-Oncology Fellowship Training in a Comprehensive Cancer Center: A Survey of Hematology Oncology Fellows

Reddy SK, Tanco K, Yennu S, Liu DD, Williams JL, Wolff R, Bruera E. J Oncol Pract. 2019 Nov;15(11):e934-e941

TABLE 2. Perception of Change in Knowledge and Practice After Palliative Care Rotation

Statement	Agree, No. (%)	Neither Agree nor Disagree, No. (%)	Disagree, No. (%)
I believe the 4-week rotation improved my knowledge of PC.	77 (100)	0	0 (0)
I perceive my rotation in PC resulted in improved knowledge of assessment and management of symptoms.	76 (99)	1 (1)	0 (0)
I perceive my rotation in PC resulted in better discussion of symptom assessment and management with my colleagues.	72 (94)	4 (5)	0 (0)
I perceive PC rotation resulted in better prescription of opioids.	68 (88)	7 (9)	2 (3)
I perceive PC rotation resulted in better identifying and treating opioid adverse effects.	67 (87)	10 (13)	0
I perceive PC rotation better helped me to rotate opioids.	60 (78)	13 (17)	4 (5)
I perceive PC rotation resulted in changed opioid prescription practice.	53 (69)	18 (23)	6 (8)
I perceive PC rotation resulted in better communication with patients and families.	70 (91)	6 (8)	1 (1)
I perceive PC rotation resulted in better discussion of advanced care planning with patients and families.	68 (88)	7 (9)	2 (3)
I perceive PC rotation resulted in improved discussions of DNR with my patients.	68 (88)	9 (12)	0
I perceive PC rotation resulted in better management of symptoms.	72 (94)	5 (6)	0
I perceive PC rotation resulted in better discussions of ethical issues (eg, autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice) with patients and families.	57 (74)	19 (25)	1 (1)
I perceive PC rotation resulted in better patient care at end of life.	72 (94)	5 (6)	0
I perceive PC rotation resulted in better coping with stress associated with terminal illness.	45 (58)	25 (33)	7 (9)

Most respondents (98%) would recommend PC rotations to other HMO fellows, and 95% felt rotation should be mandatory
HMO fellows reported PC rotation improved their attitudes and knowledge in all PC domains



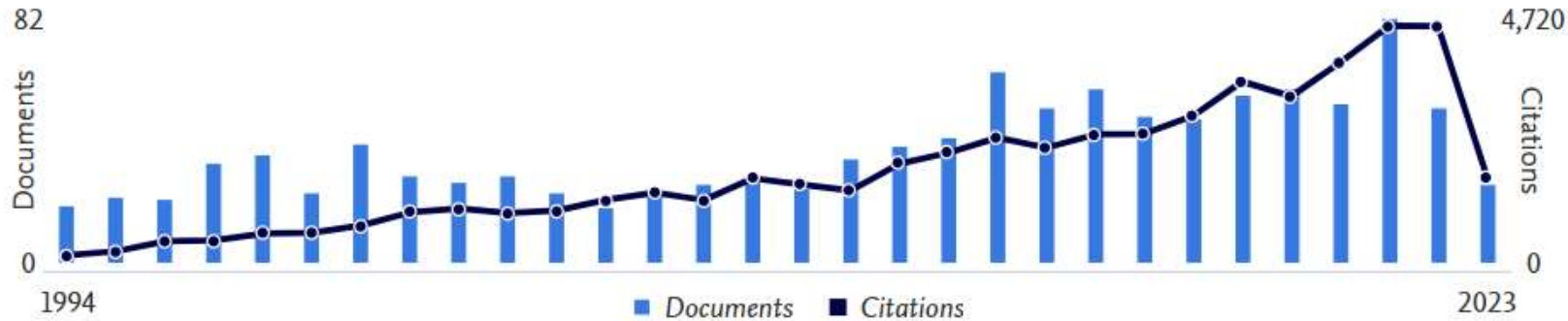
Eduardo Bruera



53,602
Citations by 31,178 documents

1,277
Documents

109
h-index



Scopus 14/05/2023

Grazie per la attenzione