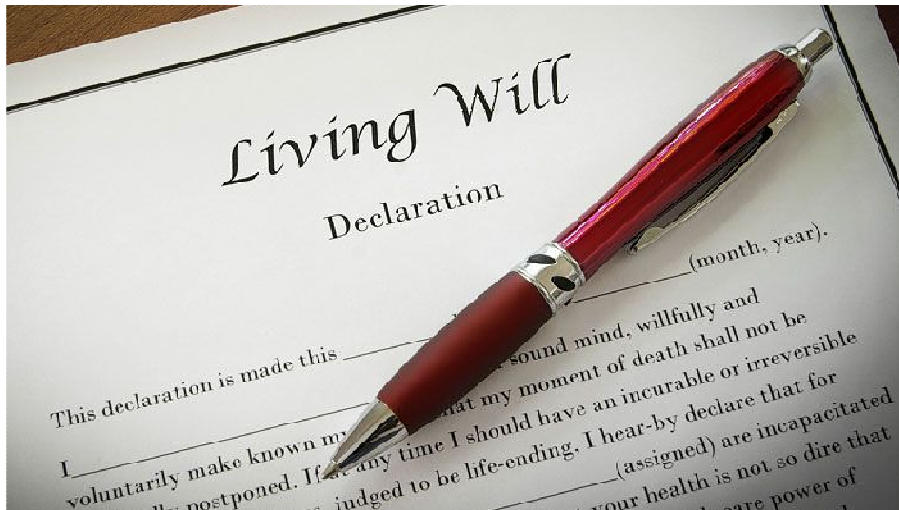


24 marzo 2018



Disposizioni anticipate di trattamento

Il punto di vista dell'oncologo

*Antonio Frassoldati
Oncologia – AOU di Ferrara*

La legge 219/17: Art.1

- ... tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che **nessun trattamento sanitario** può essere **iniziato o proseguito se privo del consenso** libero e informato della persona interessata, ...

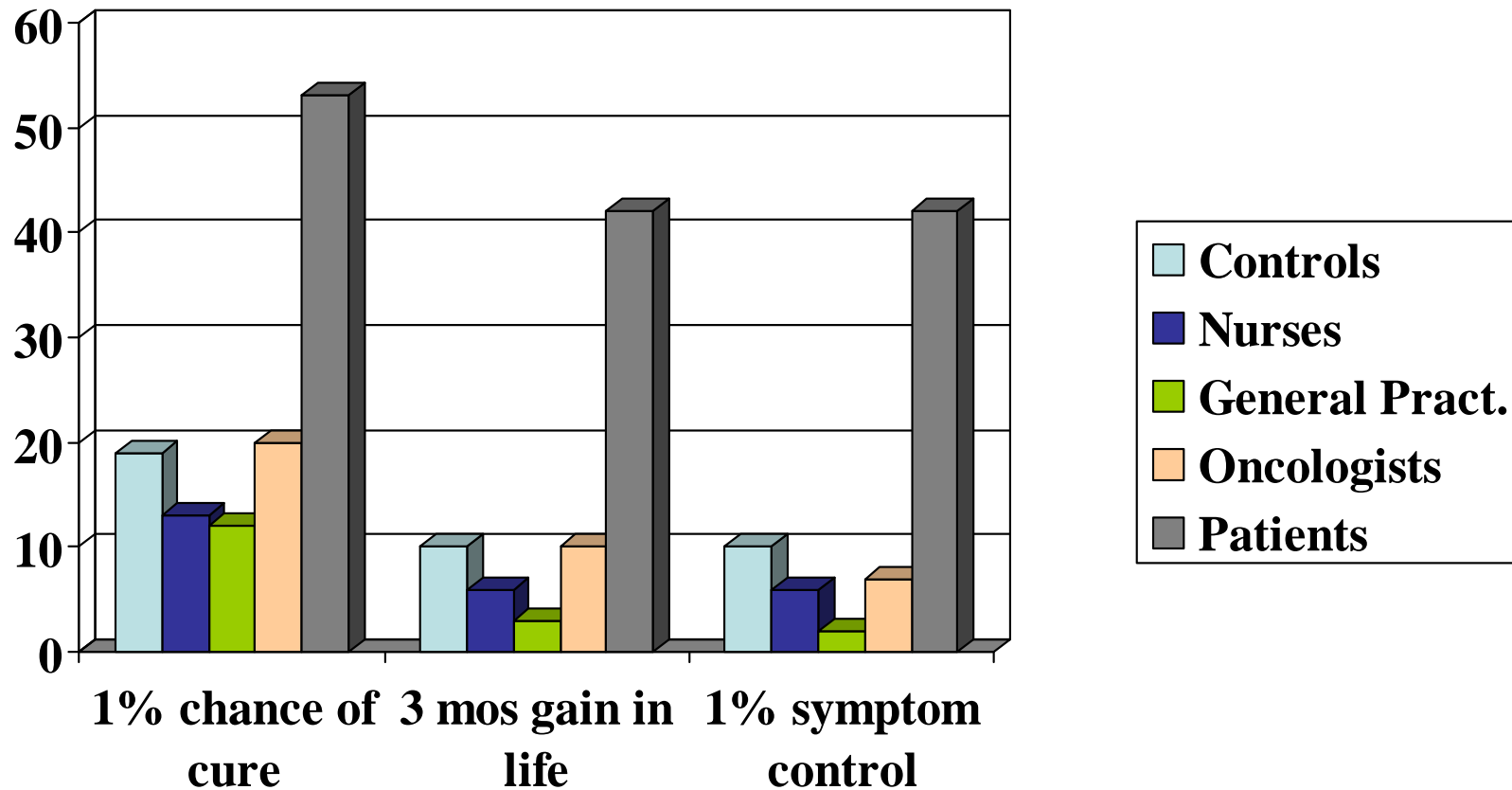
La legge 219/17: Art.2

- Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.
- In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

Conoscenza della prognosi in pazienti avanzati/terminali

- Metanalisi di 34 studi
 - **49% buona conoscenza della prognosi**
 - Migliore in Australia
 - Peggiora in Sud Europa (*circa 1/3 dei casi*)
 - I clinici ritengono di avere buona conoscenza della prognosi più dei pazienti (63 vs 44%)
- La buona conoscenza della prognosi è associata a peggiore QoL.

La percezione del beneficio



La legge 219/17: Art 4

- 1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, **in previsione** di *un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi* e **dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte**, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il **consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari**..

Cosa chiede la legge 219 all'oncologo

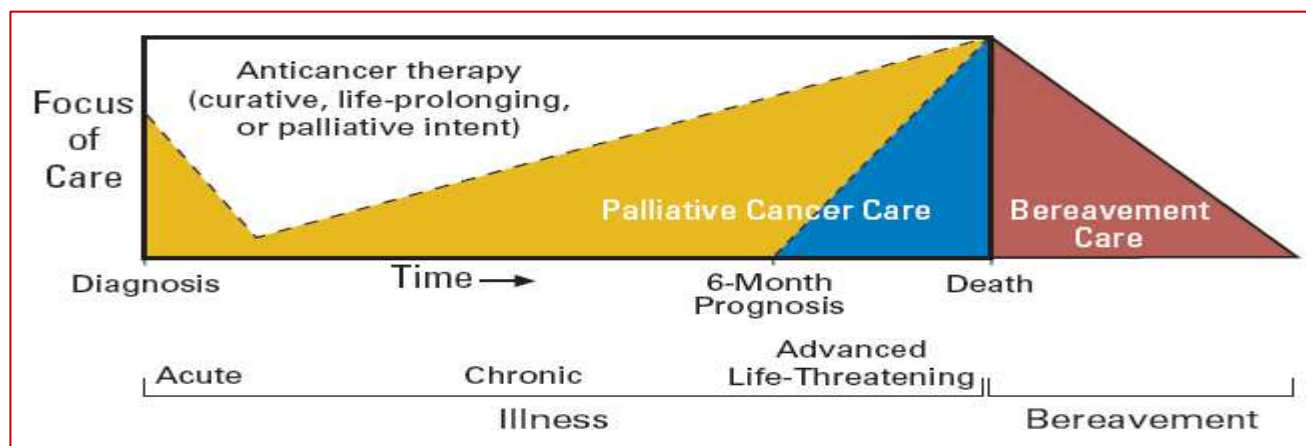
- **Informazione (e consenso) più adeguati**
 - La legge promuove relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico/i
 - Ma se il paziente ha già ricevuto una informazione ed ha espresso una volontà?
 - Quale informazione ha ricevuto il paziente?
 - Da quale medico ha ricevuto l'informazione?
 - In quale momento della malattia ha ricevuto l'informazione?
 - I contenuti relativi sono variati?
 - E' necessario/opportuno ottenere nuovamente (se *possibile*) la conferma di una volontà precedentemente espressa?

La legge 219/17: Art.4

- ...il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali *possono essere disattese*, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita

Cosa chiedono le DAT all'oncologo

- **L'oncologo deve prima di tutto interrogare se stesso**
 - Quale reale attesa per l'evoluzione della malattia
 - Storia naturale rispetto alla sua fase (*esordio vs metastatica*)
 - Eventi acuti intercorrenti (*tp adiuvante vs avanzata*)



- Quale reale attesa per gli effetti delle terapie
 - A breve termine
 - A medio-lungo termine
- Quale oggettività sulla capacità del paziente di tollerare i trattamenti potenzialmente indicati

Nuovi approcci personalizzati ai tumori

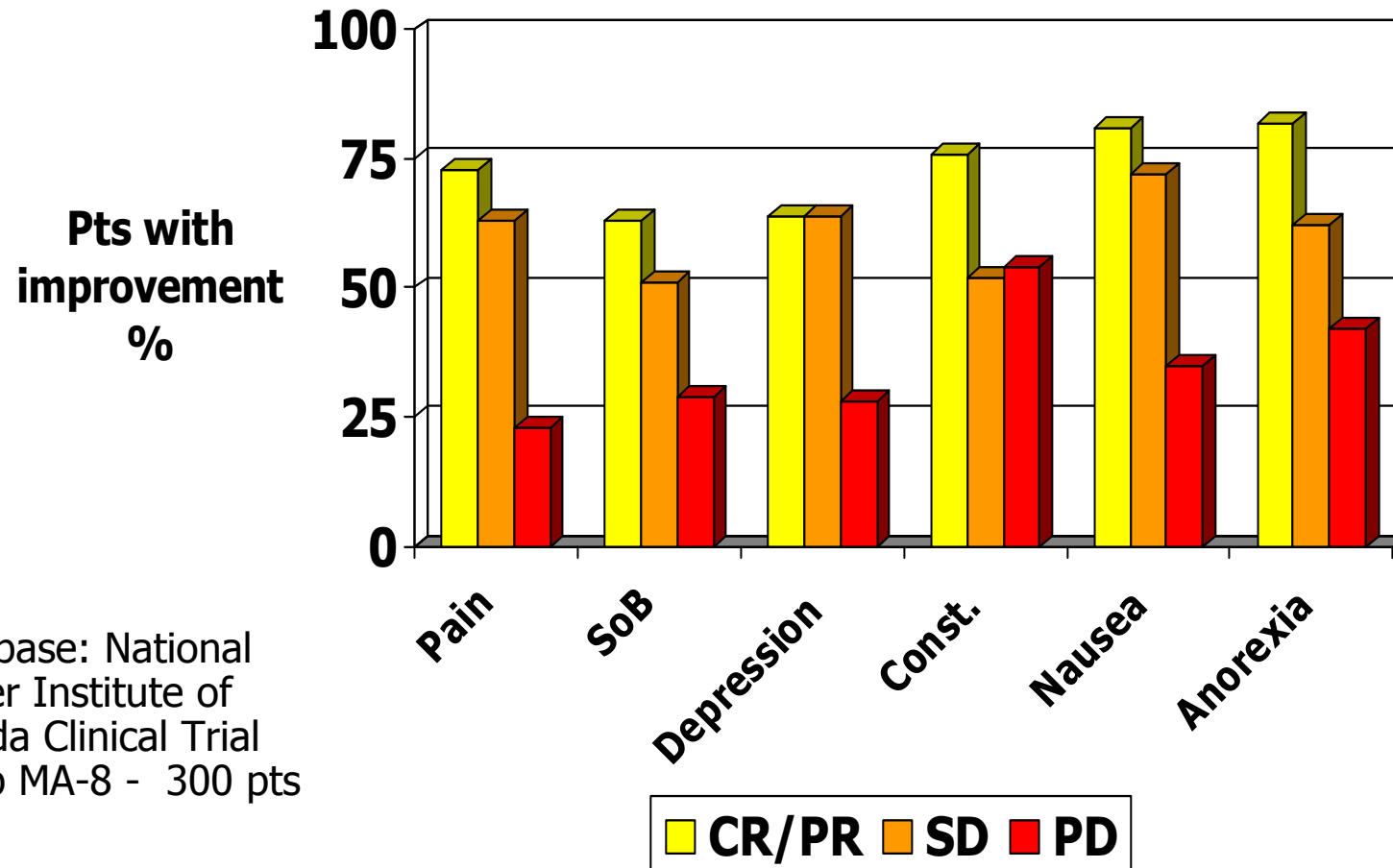
- Nuove tecnologie consentono la mappatura del genoma tumorale, e la identificazione di mutazioni presenti a bassa frequenza nella popolazione generale, ma con effetto “driver” sul tumore.
- Possibilità di malipolare il tumore (*cold to hot per immunoterapia*)

Nuovi trattamenti hanno radicalmente modificato la prospettiva di vita

- Agenti anti-HER2 nel carcinoma mammario
- Anti-EGFR o anti-ALK nel tumore del polmone
- Immunoterapici nel melanoma, tumore del polmone, del rene
- Nel 2017, 18 nuovi trattamenti approvati da FDA e 13 nuove indicazioni

Tassi di risposta elevati e lunghe sopravvivenze sono possibili

L'effetto delle terapie oncologiche sui sintomi



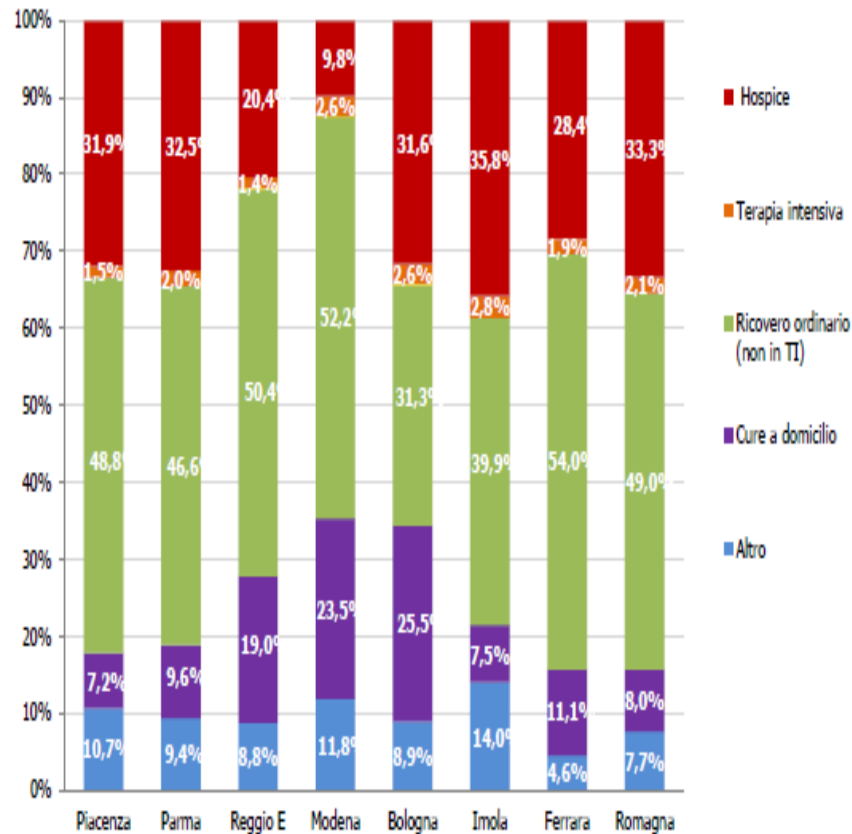
Data base: National Cancer Institute of Canada Clinical Trial Group MA-8 - 300 pts

DAT e oncologia

Di cosa parliamo?

- **Rifiuto di ogni trattamento alla diagnosi**
 - Quale diagnosi, quale trattamento
 - 3,5 ml di lungo sopravvivenenti al 2017
- **Rifiuto di trattamenti per oncologici per la malattia avanzata**
 - quale malattia?
- **Rifiuto di terapie nella fase terminale**
 - Quali terapie: oncologiche, nutrizione, idratazione, sedative, antalgiche (*spesso è il contrario*)
 - Quando paziente e familiari non sono allineati

Care setting e trattamenti negli ultimi 30 gg di vita



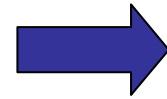
Tipo di assistenza	negli ultimi giorni di vita		2013 (n=1.077)	2014 (n=1.141)	2015 (n=1.132)	Test trend: p-value	
Chemioterapia	14 giorni	N	75	76	91	0,317	=
		%	7,0%	6,7%	8,0%		
	30 giorni	N	143	161	169	0,258	=
		%	13,3%	14,1%	14,9%		
Nuovo regime chemioterapico	14 giorni	N	10	13	19	0,111	=
		%	0,9%	1,1%	1,7%		
	30 giorni	N	35	32	38	0,870	=
		%	3,2%	2,8%	3,4%		
Ospedalizzazione	90 giorni	N	979	1012	1007	0,159	=
		%	90,8%	88,7%	89,0%		
	30 giorni	N	839	865	862	0,357	=
		%	77,8%	75,8%	76,1%		
	30 giorni: % in urgenza	N	691	749	758	0,001	↑
		%	82,5%	86,6%	88,0%		
Procedure diagnostico terapeutiche	30 giorni: % ricorso diretto	N	761	801	806	0,030	↑
		%	90,8%	92,6%	93,6%		
	30 giorni: % decessi intra-ricovero	N	576	610	621	0,126	=
	%	68,7%	70,5%	72,0%			
Accessi in Pronto soccorso	90 giorni	N	807	937	929	<.0001	↑
		%	74,9%	82,1%	82,1%		
	30 giorni	N	531	625	661	<.0001	↑
		%	49,3%	54,8%	58,4%		
	14 giorni	N	320	356	403	0,0028	↑
	%	29,7%	31,2%	35,6%			
30 giorni: % con esito di ricovero	N	480	563	606	0,421	=	
	%	90,4%	90,1%	91,7%			

La discussione sulle DAT

- **DAT come strumento di confronto medico/paziente e paziente/familiari**
 - Quando farlo (all'inizio della malattia, prima/dopo i trattamenti di x-linea, ogni volta)
 - il ruolo nella discussione di figure terze al paziente
 - Cosa discutere (terapia oncologiche, tp palliative, ...)
- Il supporto alle decisioni ed alle scelte: famiglia, amici, psicologi, palliativisti, servizi sociali, religiosi – le alternative all'eutanasia

Il ruolo dell'oncologo nell'equipe

- La gestione di chi ha scelto: un percorso a volte prolungato.



Gli obiettivi e le scelte cambiano

- Chi sceglie di non curarsi non deve sentirsi rifiutato, ma rispettato, accompagnato e sostenuto

