

## Pratica di Oncologia Medica in ambiente geriatrico L'esperienza dell'Istituto Palazzolo di Milano – Fondazione Don Carlo Gnocchi

*Silvio Monfardini<sup>1</sup>, Giuseppe Foglio<sup>1</sup>, Elisabetta Morello<sup>1</sup>, Andrea De Cupertinis<sup>1</sup>, Riccardo Sandri<sup>2</sup>, Silvia Guidorizzi<sup>2</sup>, Joy Koikkara<sup>1</sup>, Renzo Bagarolo<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Unità Operativa di Medicina 2 Onco-geriatria, Casa di cura Palazzolo, Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

<sup>2</sup>Hospice, Istituto Palazzolo, Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

<sup>3</sup>Direzione Sanitaria Istituto Palazzolo - Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

### PREMESSA

Il cancro è una malattia che colpisce principalmente la popolazione anziana. I due terzi delle morti attribuibili a tumori insorgono in uomini e donne ultrasessantacinquenni. L'incidenza e la mortalità per tumore aumentano in modo lineare col crescere dell'età. L'attesa di vita è in costante aumento (1,2) per cui si prevede che l'impatto dei tumori nei pazienti anziani crescerà ulteriormente nel prossimo futuro, con un peso sempre più elevato sul sistema sanitario-assistenziale e sulle famiglie.

Nei paesi industrializzati a maggior indice di invecchiamento l'impatto assistenziale è quindi più elevato, perché associa ai problemi legati all'età quelli propri della malattia neoplastica, sia in termini di trattamento che di gestione della terminalità e del fine vita. La prima vera riflessione su questo problema venne compiuta oltre 20 anni fa in Europa con un articolo inviato alla rivista scientifica medica "The Lancet" da alcuni oncologi che si chiedevano letteralmente come mai "gli anziani con tumore sono trattati così malamente" e concludevano chiedendo più attenzione ed impegno in questo settore (3).

Da una decina di anni, una maggiore attenzione è stata dedicata a questo problema, con un consistente numero di studi, pubblicazioni, simposi e confe-

renze dedicate ai tumori nella terza età, anche nei principali congressi internazionali. Tutto ciò ha portato ad avere disponibilità di un discreto corpo di nozioni relative all'approccio terapeutico per quasi tutte le neoplasie nel paziente anziano.

Tra gli oncologi è piuttosto diffusa l'opinione che i pazienti anziani con tumore non ricevano un adeguato trattamento. Da un'indagine fra gli Oncologi Medici Italiani risulta infatti che più tempo e più attenzione dovrebbero essere dedicati a questi pazienti, considerando i particolari problemi legati alla somministrazione della chemioterapia e la necessità di specifici protocolli e linee guida (4). Attualmente i pazienti anziani con tumore vengono spesso seguiti in modo "frammentato" presso diversi servizi, mentre è presente la necessità di un approccio multidisciplinare (Oncologo Medico, Geriatra, Specialista della Riabilitazione) e di una prospettiva di continuità assistenziale, anche dopo il ricovero e nelle fasi successive al trattamento o non trattamento della malattia. L'approccio terapeutico al paziente anziano infatti deve poter essere adattato tenendo conto delle varie condizioni legate all'età avanzata, le malattie associate, il declino dello stato funzionale, la ridotta riserva funzionale parenchimale, i possibili disturbi dell'umore, il deficit neurologico, e le sindromi geriatriche.

## ESPERIENZE

Le seguenti motivazioni sono state assunte per attuare presso la Fondazione Don Gnocchi un progetto di Oncologia Geriatrica:

- a. I pazienti anziani con cancro richiedono un'assistenza specialistica per la presenza di malattie e disturbi associati. Una diagnosi di neoplasia si accompagna spesso ad una lunga lista di malattie che affliggono una persona anziana. Tutto ciò influenza la scelta e l'intensità della chemioterapia.
- b. È importante far emergere le condizioni di fragilità che spesso sono presenti nel paziente anziano oncologico, ma non sono adeguatamente valutate in una valutazione di *routine* esclusivamente oncologica. Si tratta infatti di valutare non solo la comorbidità, ma anche le sindromi geriatriche come ad esempio, incontinenza, confusione, polifarmacoterapia, malnutrizione, depressione, ecc., che sono aspetti comunemente trascurati durante un esame clinico oncologico.
- c. Necessità di una valutazione della condizione socio-ambientale (fragilità sociale e relazionale) in modo da prevedere un adeguato supporto psicologico e sostegno per gli aspetti sociali. Molti vecchi non hanno una persona che li assiste durante la chemioterapia antitumorale e spesso la rete dei servizi a disposizione dei pazienti è assente o limitata.

### **IL PROGETTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER PAZIENTI ONCOLOGICI ANZIANI PRESSO LA FONDAZIONE DON C. GNOCCHI**

Le motivazioni presentate in premessa hanno portato a sviluppare un progetto di continuità assistenziale per pazienti anziani oncologici, finanziato in parte da Regione Lombardia, che ha trovato la sua collocazione presso l'Istituto Palazzolo di Milano della Fondazione Don Gnocchi, un luogo di cura tradizionalmente dedicato alle persone "fragili" adulte e anziane.

Dal giugno 2011 è iniziata l'attività di un reparto di Medicina Oncologica dotato di 14 posti letto con un *Day Hospital* di 4 letti (oggi MAC – Macro-attività ambulatoriale complessa) per la somministrazione della chemioterapia antitumorale ed annesso Ambulatorio Oncologico. Contiguo ed in continuità "funzionale" con il reparto di medicina oncologica è sta-

to attivato un servizio di degenza di 13 letti di Riabilitazione Generale e Geriatrica (estensiva) dedicato a pazienti oncologici. Questa modalità organizzativa è innovativa in Italia, sviluppata per offrire supporto e riabilitazione al paziente anziano vulnerabile e fragile in trattamento con chemioterapia.

Il cardine del programma di intervento è la Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) (5). I pazienti oncologici in prevalenza anziani inviati a questo servizio vengono sottoposti a valutazione dello stato di salute tramite VGM, che si avvale di questionari e scale validate che permettono di valutare lo stato funzionale, la comorbidità, lo stato nutrizionale, emotivo e cognitivo, la situazione familiare e socio-economica ai fini di giungere ad un quadro onnicomprensivo della condizione del paziente anziano (6).

Obiettivo della valutazione è definire la condizione anche in termini "prognostici" del paziente:

- 1) "Robusto" (*Fit*): assenza di dipendenza nelle ADL e IADL, assenza di comorbidità rilevanti e in assenza di sindromi geriatriche, cioè paziente in buone condizioni di riserva funzionale con un profilo prognostico comparabile al paziente adulto.
- 2) "Vulnerabile": dipendenza in una o più IADL ma non ADL, presenza di comorbidità di medio grado e/o presenza di lievi problemi cognitivo-depressivi, assenza di sindromi geriatriche, quindi in grado di rispondere in modo autonomo ed efficace ai problemi di salute.
- 3) "Fragili": età avanzata (> 85 aa), dipendenza nelle ADL, presenza di importante comorbidità (almeno 3 patologie attive) e con presenza di una o più sindromi geriatriche.

Per queste tre categorie di pazienti sono stati prospettati differenti percorsi terapeutici. Infatti per i pazienti fragili, è stata prevista una terapia prevalentemente palliativa, mentre per i pazienti vulnerabili, sono stati programmati schemi di chemioterapia "adattati" o parzialmente modificati rispetto al paziente adulto. I pazienti "robusti-fit" potevano essere trattati similmente a pazienti adulti, ma con alcune limitazioni.

Un'attenzione particolare è stata data dedicata, con personale specializzato, agli aspetti psicologici di sostegno al paziente e alla famiglia. Inoltre la presenza presso l'Istituto Palazzolo di una rete di servizi di lungo-degenza (post-acuzie e riabilitativa), di lungo-

assistenza residenziale (RSA), di un *Hospice* (10 posti letto) e di assistenza territoriale domiciliare (ADI), ha permesso di intraprendere in molti casi percorsi di continuità di cura personalizzati e appropriati alle diverse condizioni del paziente, in considerazione anche dei problemi di "fragilità" sociale. A seguire si riportano alcuni dati descrittivi dell'attività svolta in questi anni.

## METODI E RISULTATI

Il Progetto ha preso avvio nel giugno 2011, vi è stata una fase di *start-up* del Progetto con la messa a punto di un sistema di prescrizione automatico denominato Cytosifo, nel quale sono stati inseriti tutti i più importanti schemi di chemioterapia per le principali neoplasie con la collaborazione del Servizio Farmacia di Fondazione Don Gnocchi, questa fase è stata importante ed essenziale prima di intraprendere il trattamento dei pazienti con la chemioterapia.

Il progetto ha previsto anche la predisposizione e attivazione di un ambiente per l'allestimento dei farmaci chemioterapici attiguo al reparto oncologico/DH, la preparazione e somministrazione della chemioterapia avviene da parte di infermieri con specifico *training*.

Dal giugno 2011 al maggio 2014 (circa 20 mesi effettivi di attività), si sono avuti 931 episodi di ricovero considerando nel complesso la Medicina oncologica e la Riabilitazione Generale/Geriatria a indirizzo oncologico (Tab. 1).

Da un'analisi retrospettiva su 169 pazienti ricoverati sottoposti a VGM completa, 84 pazienti, 49 femmine e 35 maschi, corrispondente al 49,7%, sono stati trattati con chemioterapia (età media di 74 anni con

un range da 70 a 96 anni). In ordine decrescente di frequenza le principali patologie seguite sono state: carcinomi della mammella, del colon retto, del polmone, della testa e collo, linfomi non Hodgkin, carcinoma del pancreas, carcinoma dell'esofago, dello stomaco, ecc. Dalla valutazione eseguita il 24% dei pazienti trattati è risultato "Robusto - Fit", il 37% "Vulnerabile" ed il 39% "Fragile".

In questi pazienti trattati la percentuale di grave tossicità (grado 4) è risultata molto ridotta (4,6%), mentre un grado 3 di tossicità è stato osservato nel 29,4% dei trattamenti effettuati. La tossicità abbastanza contenuta è anche da mettere in relazione alla pratica di iniziare il trattamento a dosi ridotte e quindi proseguire cercando di aumentare le dosi in base alla tolleranza del paziente al trattamento, in coerenza con il criterio geriatrico di approccio terapeutico *Start slow and Go slow*.

Non sono state trattate con chemioterapia 85 persone, 45 femmine e 40 maschi, corrispondente al restante 50,3% delle persone valutate (età media di 80 anni, con un range da 70 a 96 anni). La valutazione condotta dei pazienti non trattati evidenzia che nella maggioranza dei casi (83,2%) sono pazienti "Fragili", mentre i "Vulnerabili" sono il 9% e solo nel 8% sono risultavano "Robusti - Fit".

Le principali patologie oncologiche di cui erano affetti i pazienti non trattati sono in ordine decrescente di frequenza: carcinoma della mammella, prostata, polmone, colon-retto, pancreas, vescica, ecc.

I pazienti ricoverati nel Reparto di Riabilitazione Oncologica hanno potuto ricevere il trattamento con chemioterapia durante la degenza a seguito di temporanea sospensione della giornata di degenza con attivazione del D-H/MAC, mentre pazienti oncologici trattati con chemioterapia in prima istanza in DH-MAC, o in Medicina Oncologica hanno potuto essere trasferiti se indicato in Riabilitazione Generale/Geriatria a indirizzo Oncologico per terapia di supporto riabilitativa.

## DISCUSSIONE

Scarsissimi dati sono disponibili sui risultati del trattamento con chemioterapia nei pazienti anziani fragili con tumore, e il quesito prognostico che si dovrebbe sempre porre è se il paziente anziano fragile morirà con o per il tumore. Nella nostra Unità di

**Tabella 1** - Ricoveri per unità operativa e anno.

	2011	2012	2013	2014*
<b>Medicina Onco</b>	95	163	144	55
<b>RGG Onco</b>	67	178	168	61
<b>D-H/MAC**</b>	23	344	454	151

Legenda: \* dati relativi a maggio;

\*\* nel 2011 pazienti, dal 2012 attività MAC cicli

## ESPERIENZE

Oncogeriatría dell'Istituto Palazzolo, come in altre Unità di Oncologia Medica in Europa ed Usa, una quota di pazienti fragili è stata trattata con chemioterapia antitumorale con beneficio sul controllo della malattia o dei sintomi, mentre in una quota notevole di pazienti fragili il trattamento è stato solo "palliativo".

Lo studio condotto presso l'Istituto Palazzolo, in cui è stata effettuata la Valutazione Geriatrica Multidimensionale, di cui si presentano qui solo alcuni dati parziali, potrebbe fornire un'utile indicazione sui criteri impiegati per la scelta del trattamento di cura piuttosto che palliativo, l'appropriatezza della scelta, l'intensità dei dosaggi impiegati ed i risultati ottenuti in pazienti anziani fragili a confronto a quelli ottenuti con pazienti anziani "Vulnerabili" e "Fit". Di particolare importanza è stato poter disporre di servizi contigui, in continuità funzionale (unica *équipe* multiprofessionale), sia per il ricovero, che per la valutazione, il trattamento ed il successivo supporto riabilitativo. La soluzione organizzativo-gestionale sperimentata ha ottenuto apprezzamento dai pazienti ed ha permesso di evitare la frammentarietà dell'intervento su pazienti già fragili e compromessi, ed infine potrebbe rappresentare la base per l'evoluzione verso un servizio di *continuous care* dove trattamento oncologico e intervento palliativo si possono integrare gradualmente coerentemente con la valutazione della condizione del paziente/persona.

## CONCLUSIONE

I pazienti anziani richiedono una terapia per le neoplasie che tenga conto delle condizioni di fragilità

associate all'età. A queste ultime non viene dedicata molta attenzione durante un esame clinico oncologico di *routine*. Molto spesso altri problemi, come ad esempio incontinenza, confusione o perdita di memoria, malnutrizione, non vengono neppure rilevati. Molto spesso inoltre agli anziani manca un supporto psicologico e sociale nella gestione oncologica *standard*.

Questo progetto nasce dalla convinzione che il patrimonio delle conoscenze acquisite internazionalmente vada integrato al meglio nella pratica clinica a vantaggio di questo tipo di paziente. Sulla base di quanto fin qui realizzato si ritiene di poter affermare la fattibilità e sostenibilità di questo modello che può trovare un ulteriore sviluppo in un servizio di continuità di cura sul modello *continuous care* dedicato alle persone anziane e/o fragili con tumore.

## BIBLIOGRAFIA

1. Franceschi S, La Vecchia C. Cancer epidemiology in the elderly. *Critical Reviews in Oncol Hematol*. 2001;39:219-26.
2. Monfardini S, Yancik R. Meeting the challenge of an aging population. *JNCI*. 1993;85:531-537.
3. Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S, et al. Cancer in the elderly: Why so badly treated? *The Lancet*. 1990;335:1020-2.
4. Monfardini S, Pasetto L, Jirillo A, Delai N, et al. Taking care of older cancer patients: Results of a survey addressed to the Chiefs of the Medical Oncology Divisions in Italy. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2006;(Volume 58), 1:53-59.
5. Balducci L, Yates J. General Guidelines for the management of older patients with Cancer. *Oncology*. 2000;14:221-227.
6. Basso U, Monfardini S. Multidimensional Geriatric Evaluation in elderly cancer patients: a practical approach. *Eur J of cancer care*. 2004;13:424.