

**CURE SIMULTANEE E DI SUPPORTO: L'INTEGRAZIONE FRA OSPEDALE E
TERRITORIO NELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE RESE
CRONICHE DAI TRATTAMENTI**

Brescia, 11 marzo 2017

**La gestione delle cure palliative a fine vita:
quali criticità, quali soluzioni?**

Giovanni Rangoni
Michela Spunghi
Erminio Tabaglio

oncologo
palliativista
medico di famiglia

Caso clinico

A. F., maschio. Oggi avrebbe 73 anni.

Familiarità positiva per neoplasia

(padre deceduto a 61 anni per K gastrico)

Pensionato, lavora come architetto.

Separato, ha due figli adottivi. Vive solo.

Ex forte fumatore (non fuma da 20 anni).

Ha sempre goduto buona salute, a parte due incidenti stradali con politrauma senza conseguenze nel 2000 e nel 2010.

Anamnesi oncologica

10/2015: lesione ulcerata 4 cm bordo linguale ds.
(Ca squamoso)

12/2015: emiglossopelvectomia destra + svuotamento LC
(I-IV+VI destro) + Tracheotomia e ricostruzione con
lembo libero di coscia sin.

DIAGNOSI: carcinoma squamoso, moderatamente
differenziato, infiltrante con iperplasia linfoide reattiva
linfonodale. pT4 N0.

01-03/2016: Radioterapia complementare sulla ex sede
di T (bordo linguale dx) associata a 4 cicli di CDDP
settimanale.

Anamnesi oncologica

05/2016: Autoriscontro di adenopatia al II liv LC dx, con conferma ECO, RMN e PET di recidiva di malattia a livello linfonodale cervicale estesa, con adenopatie non dissociabili dalla tiroide, invasione dei muscoli, compressione e infiltrazione dei vasi (VGI dx) + sospette metastasi polmonari (Patologico accumulo a carico di due addensamenti polmonari al lobo medio, in sede subpleurica). Viene svuotata la massa adenopatica ds.

Il paziente viene arruolato nello studio clinico di fase 3 MK-3475-048 e randomizzato nel braccio di chemioterapia con Fluorouracile, Cisplatino e Cetuximab.

Anamnesi oncologica

Luglio/agosto 2016 (CT in corso)

Quadro clinico: voluminosi conglomerati adenopatici laterocervicali bilaterali, xerostomia, disfagia, algie trafittive latero-cervicali sx.

Viene consigliato al paziente di contattare il medico curante per eventuale attivazione ANT.

Il paziente, per sua scelta, non contatta il medico di famiglia.

MMG e specialista oncologo

- Gli specialisti conoscono i servizi territoriali?
- I MMG si sentono parte integrante di questi servizi territoriali (UCAM) ?
- I servizi territoriali, e quindi i progetti ad essi legati (*Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia del 17/09/2013 e Progetto Domiciliarità del 2009*) funzionano?
- Lo snodo della comunicazione

Anamnesi oncologica

Da agosto agli inizi di settembre prosegue protocollo di CT. Successivamente è stata sospesa a causa delle scadenti condizioni del paziente, sottoposto a terapia di supporto nutrizionale.

A ottobre ricovero per ulteriore peggioramento delle condizioni generali. Si presenta con i figli adottivi e la ex compagna. Si evidenziano le difficoltà assistenziali: i figli abitano lontano e solo la ex compagna si dichiara disponibile a collaborare all'assistenza. Non è ancora stata attivata l'ADI.

Anamnesi oncologica

Novembre 2016.

Tac di ristadiatione: importante progressione polmonare e linfonodale laterocervicale ed al giugulo .

EO: lesione ulcerativo necrotica laterocervicale destra che espone il muscolo sternocleidomastoideo per 7 cm e larga 5 cm con gemizio sieroematico-purulento. Quadro di carcinosi del collo con plurimi noduli confluenti con secrezione purulenta e maleodorante . Massa colliquata di 9x8 cm in sede laterocervicale sinistra che viene svuotata con siringa in quanto causa di dolore e difficoltà nei movimenti del collo.

Anamnesi oncologica

3 novembre 2016

- Il paziente sospende il programma di terapia secondo protocollo di studio MK 3475-048 ed i controlli legati al protocollo.
- Si affida ai colleghi dell'ANT per l'assistenza domiciliare.

L'assistenza a domicilio

- Modalità e tempistica dell'attivazione
- Il primo contatto con il paziente
- La sua situazione clinica
- La sua situazione familiare
- I rapporti con il MMG e i servizi di supporto
- L'evoluzione fino all'exitus

Considerazioni conclusive

- Percorsi strutturati e istituzionalizzati ben definiti
(*DELIBERAZIONE N° X / 5918 Seduta del 28/11/2016*)

per

superare le “variabili” individuali e territoriali

- Presa in carico precoce del malato oncologico da parte della “Rete”

per

garantire nel migliore dei modi la continuità assistenziale

- Percorsi formativi comuni e comunicazione efficace tra i vari operatori

per

garantire un produttivo “lavoro di gruppo”

..... ma soprattutto

OPERATORI:

- *Formati*
- *Preparati*
- *Motivati*
- *Collaborativi*