



# La continuità assistenziale per il paziente oncologico anziano

**Vittorina Zagonel**  
Oncologia Medica 1, IOV; IRCCS Padova

# Il mio intervento

---

- Il contesto
- I bisogni del malato
- Cosa e come condividere

## Il contesto: la società

- I modelli di identità individuali sono oggi influenzati dalla evoluzione culturale dei valori, in cui la ricerca del benessere e l'autoaffermazione sono preponderanti.
- La sanità vive le contraddizioni di una società "liquida" in continua trasformazione, con poche certezze.

# La società

- Il progetto di modernità si è costruito attorno al pensiero in cui la vulnerabilità è qualcosa di contingente, deplorabile, non inerente alla condizione umana: per questo la fragilità, il vivere nella vulnerabilità, il pensiero della morte sono elementi destabilizzanti per molti.

# Changing Aims of Oncology

## Original Aims

- **Diagnosis**
- **Cure**
- **Palliation**

## Modern Aims

- **Prevention**
- **Early and Accurate Diagnosis**
- **Cure**
- **Prolonging Life**
- **Rehabilitation**
- **Palliation**
- **Terminal care**

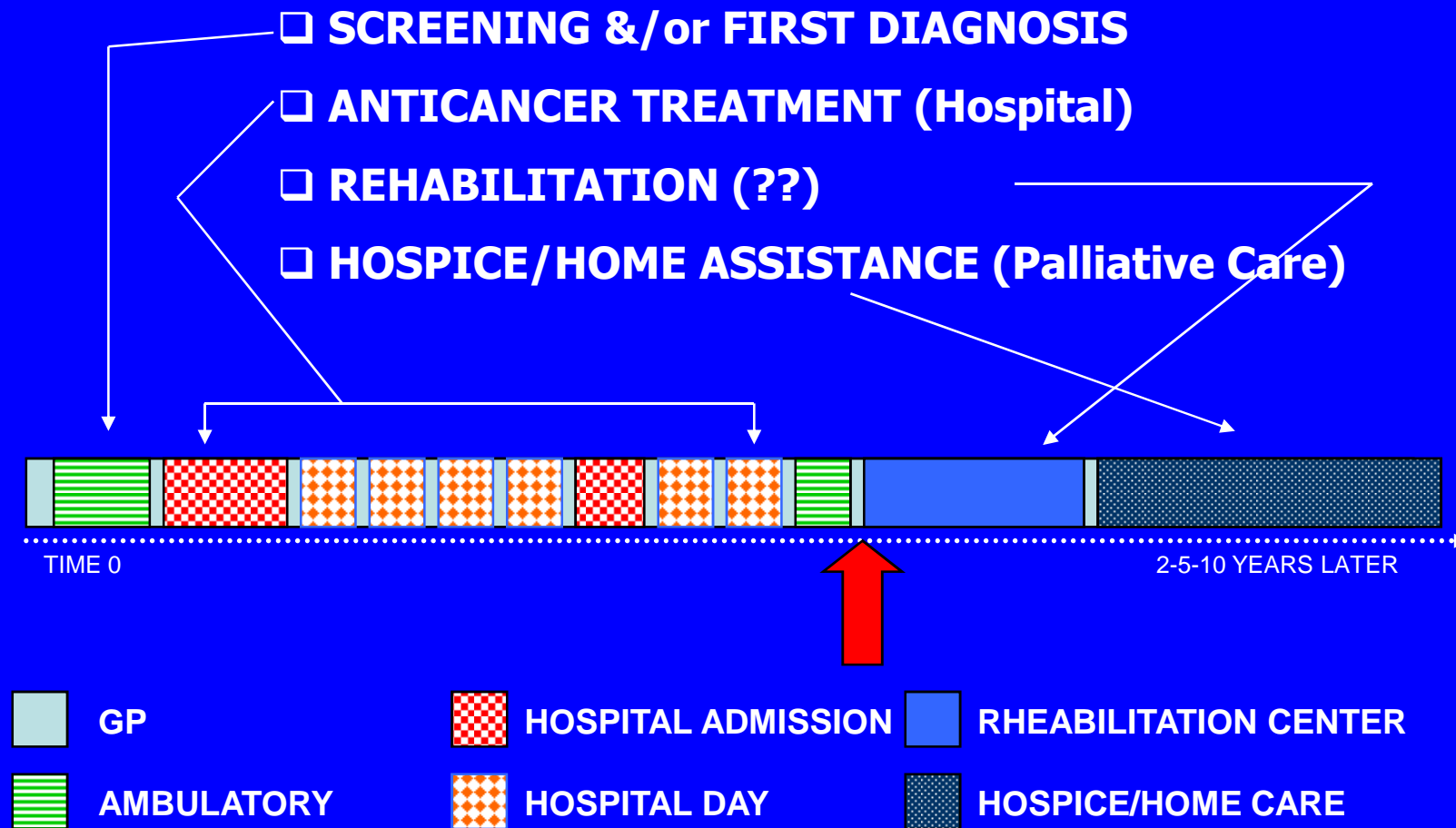
# Il pianeta cancro



OSPEDALE ←-----→

TERRITORIO

# Il percorso diagnostico-terapeutico: estenuante e frammentato

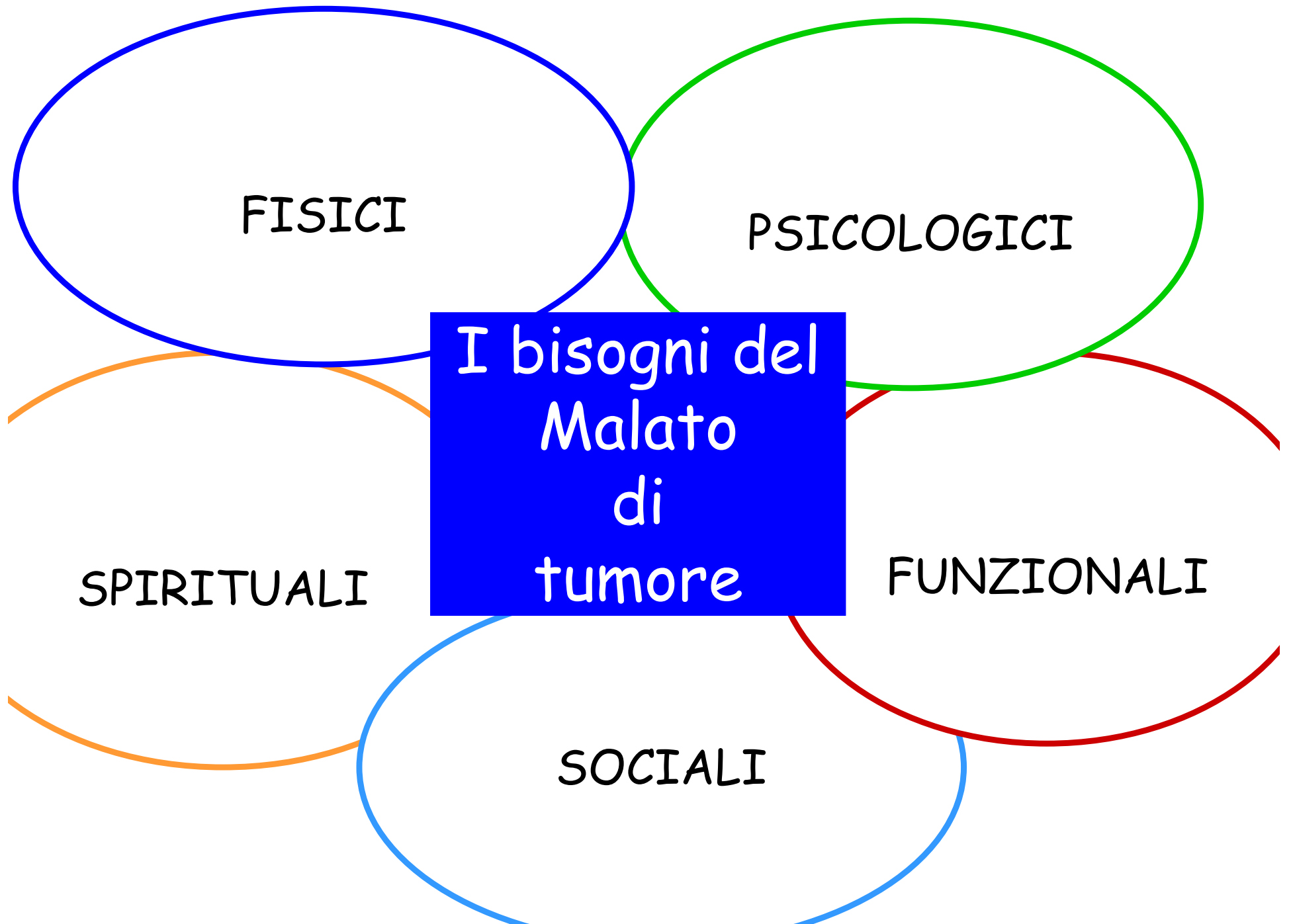


# DALL'ALTRA PARTE

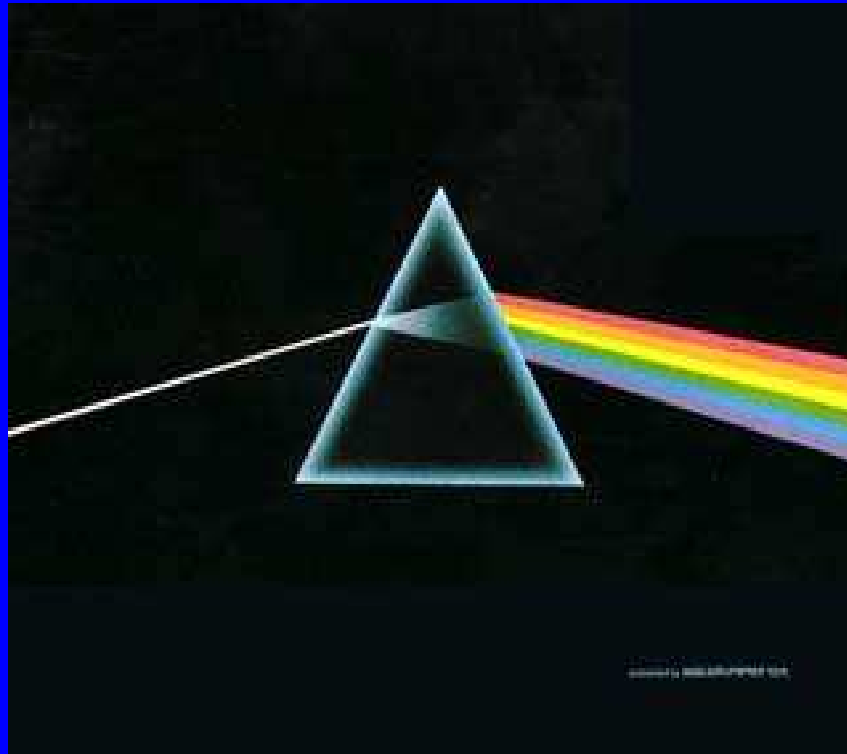
**“....dovresti guardare il cancro come l’inizio di una nuova vita: dal momento della sua scoperta nulla sarà, infatti, più come prima”.**

# Il cancro...uno tsunami!





# Il Prisma della Cura

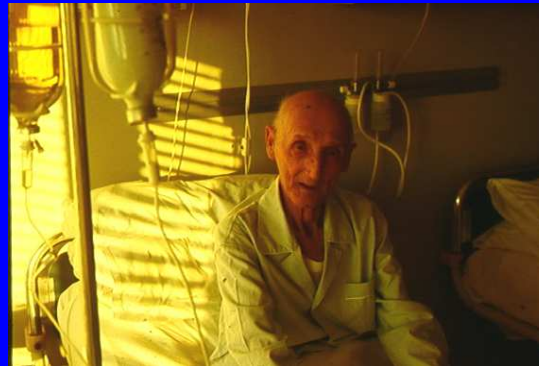


**Curare:** la malattia

**Prendersi cura:** del  
malato  
(come “altro” e “oltre”)

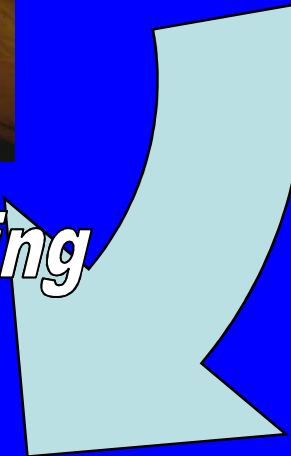
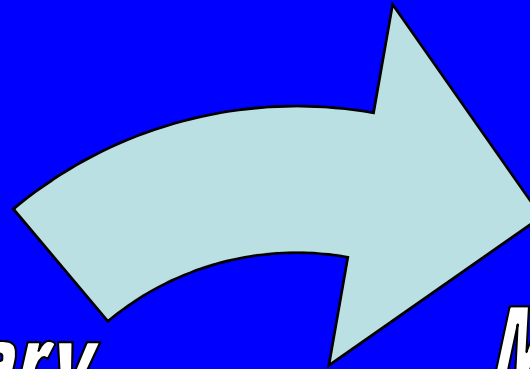
**Obiettivo:** qualità della vita

***Multidisciplinary  
approach  
(cancer)***



***Multidimensional  
evaluation  
(patient)***

***Treating and Caring  
the Cancer  
the Patient  
and the Family***





# I BISOGNI DEL MALATO

- **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE**  
*(Integrazione di più professionisti)*
- **PRESA IN CARICO GLOBALE**  
*(Valutazione multidimensionale)*
- **CONTINUITA' DI CURA**  
*(Territorio-ospedale-territorio)*

# Comunicazione come Atto Terapeutico

- Rilevare i bisogni,
- Verificare la rete di supporto,
- Comunicare diagnosi e prognosi,
- Considerare ciò che desidera il malato,
- Anticipare i bisogni e le terapie di supporto,
- Capire quando è tempo di fermarsi con le terapie antitumorali.



# Rapporto medico-malato: un flusso bidirezionale di emozioni ed esperienze

- Se il medico è e dev'essere riconosciuto l'esperto della malattia e delle opzioni di trattamento

***altrettanto importante è riconoscere***

- Il malato come l'esperto del proprio corpo, della sua storia, del suo credo, dei suoi desideri, delle speranze e della visione del mondo.

## **Per comunicare.....**

- Non bastano parole chiare e semplici,**
- Il tempo da dedicare al malato per permettergli di elaborare le informazioni, i significati, le implicazioni nella sua vita e dei suoi cari diventa l'elemento discriminante.**
- Cambiamento organizzativo per disporre del tempo necessario!**

# Comunicare diagnosi e prognosi negli anziani

- Ricevere adeguate informazioni aiuta a superare meglio la malattia e le terapie, e ad esseri più positivi per il futuro.
- Famiglia risorsa prioritaria di supporto nella malattia e va coinvolta nelle decisioni.



Repetto L. et al. Europ J Cancer 2008

# Valutazione geriatrica multidimensionale

- **Attesa di vita;**
- **Tollerabilità al trattamento**

(riconoscere e correggere eventuali condizioni reversibili che possono interferire con il trattamento);

- **Capacità del malato di prendere decisioni.**



NCCN Practice guidelines in Oncology v.2.2007.

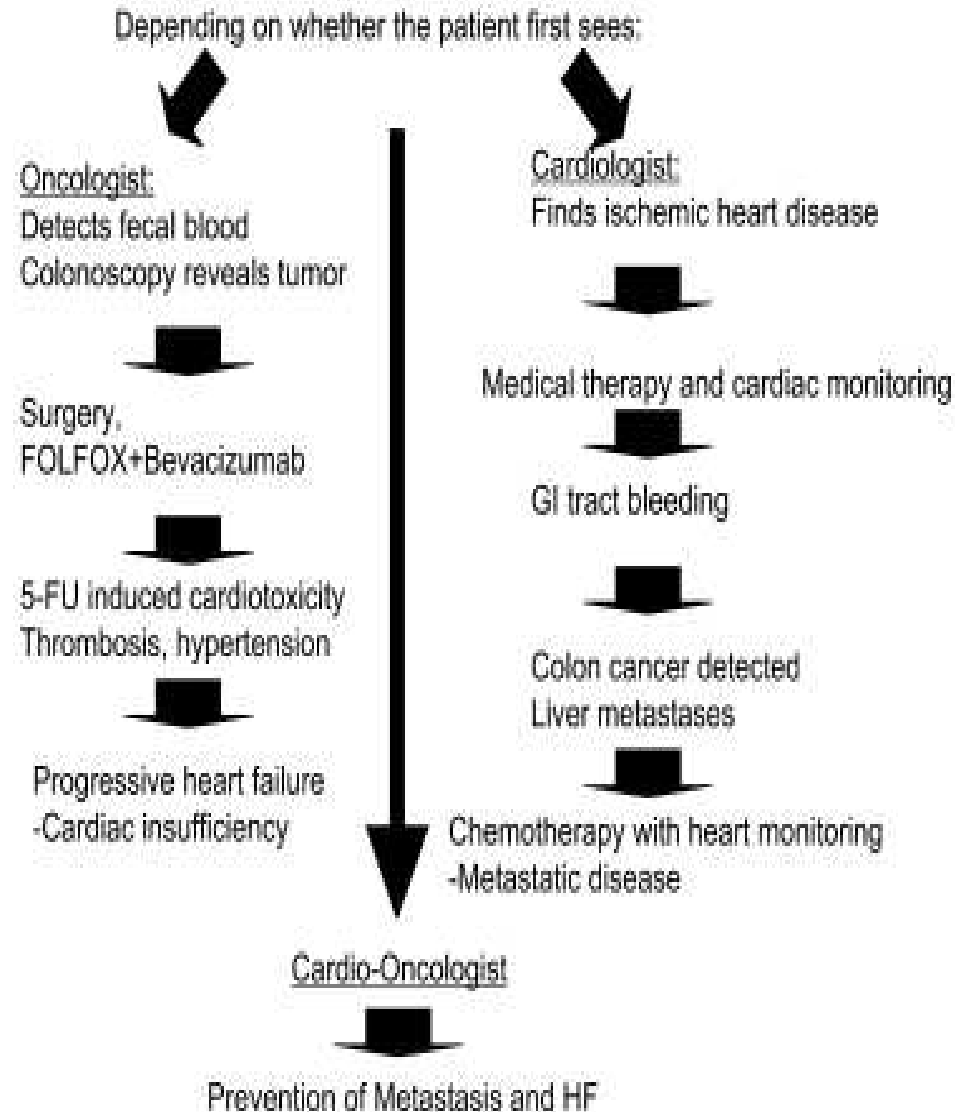
# La scelta iniziale

Condiziona nell'anziano

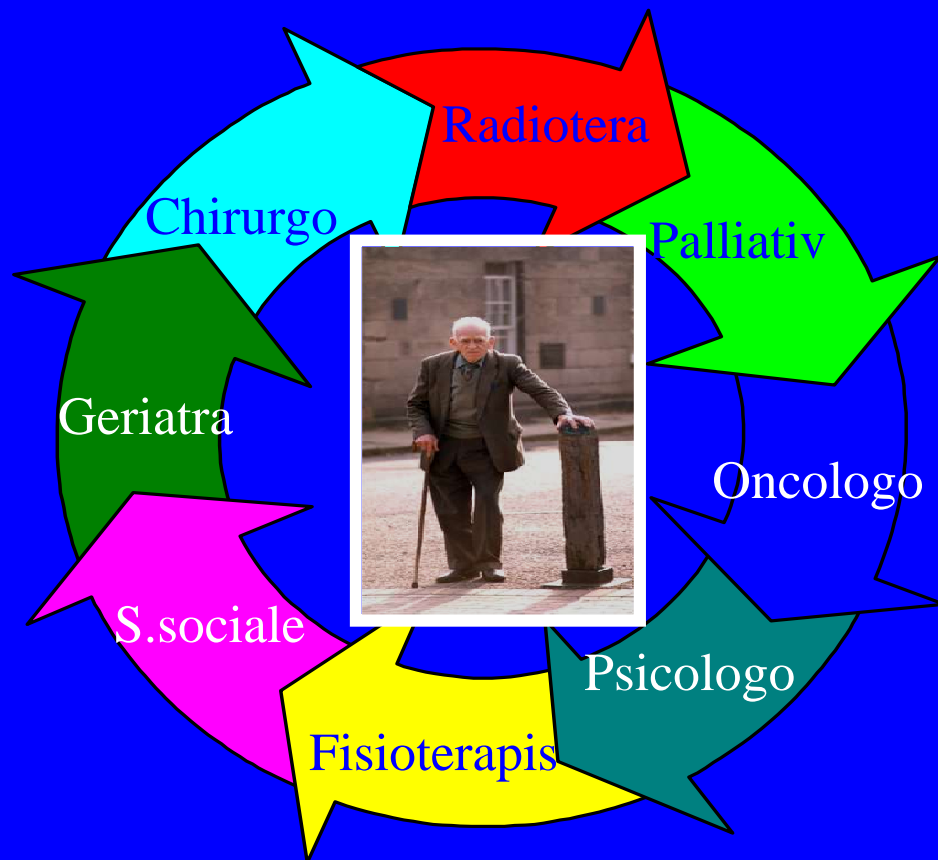
- Quanto vivrà -poco-
- Come vivrà -tanto-
- Come morirà
- Dove morirà

# “Sliding doors” concept

Female patient, age 75 y, with occult colorectal carcinoma and ischemic heart disease



# Il dipartimento oncologico

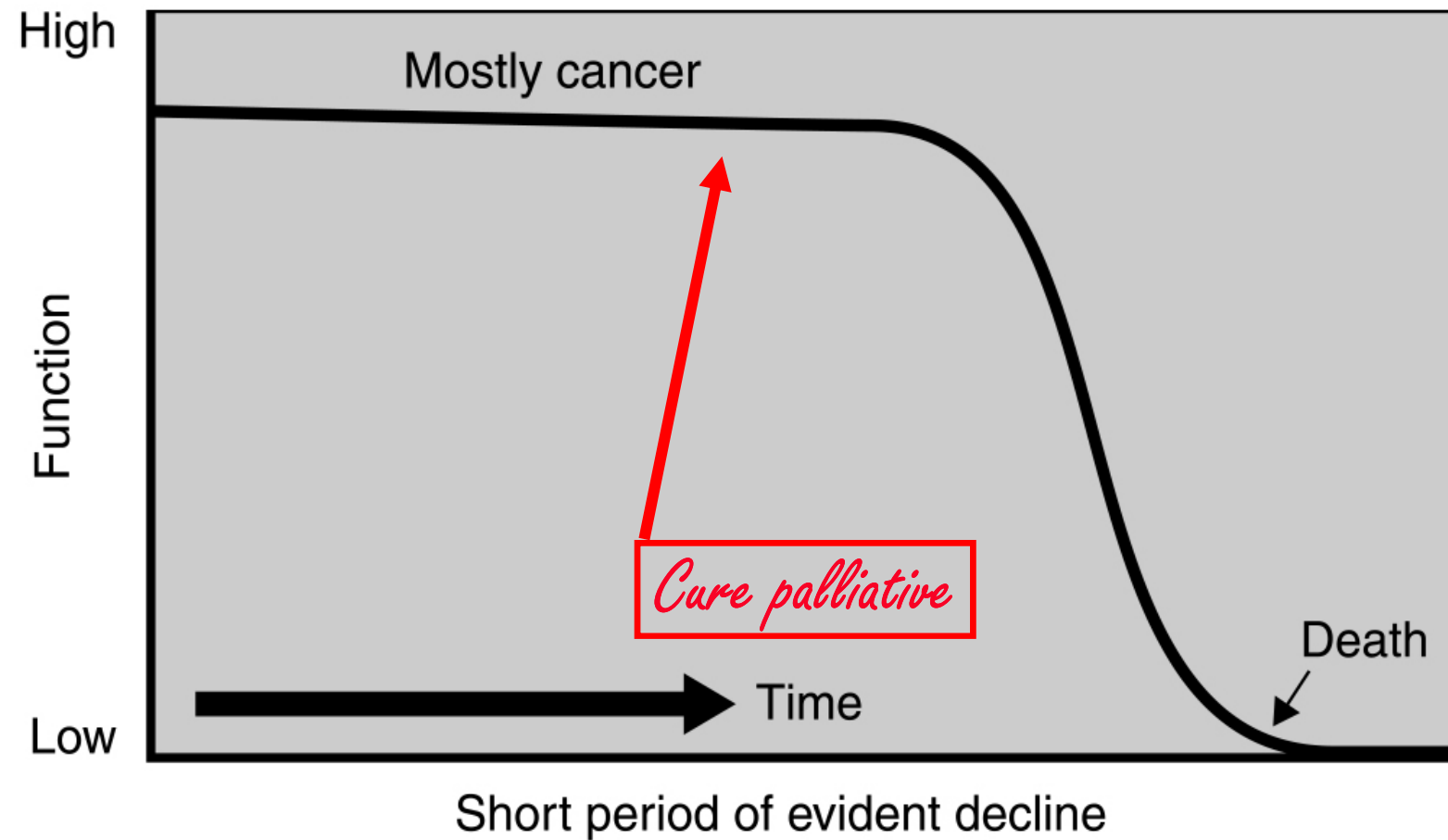


- » Favorisce la condivisione di un percorso terapeutico e l'integrazione multidisciplinare;
- » Garantisce una presa in carico globale del malato, per trovare soluzione a tutti i suoi bisogni.

# Qualità di vita e prognosi

- VGM e test specifici;
- Termometro del distress
- Rilievo del dolore (VAS, VNS);
- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS);
- Palliative prognostic score (PAP).

# Theoretical Trajectories of Dying



Source: Lynn & Adamson

# Simultaneous Care model

DIAGNOSIS

POTENTIALLY CURABLE

NON-CURABLE

TERMINAL

Screening

Terapie antitumorali

Terapie di supporto e palliative

Elaborazione del lutto

Riabilitazione

PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2010

# Simultaneous Care (SC)

- Ottimizza la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia.<sup>o</sup>
- Garantisce la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione<sup>^</sup>.
- Evita il senso di abbandono nella fase avanzata-terminale\*.

<sup>o</sup> ASCO Special Article JCO 16:1986, 1998. \* Meyers JCO 21, 2003.

<sup>^</sup> Maltoni Ann Oncol 19, 2008.

# Simultaneous care ha bisogno di:

## *Ability:*

- Human (patient, colleagues, leadership)
- Science (oncology, internal medicine, palliative medicine, etc)

## *Organization:*

- Guidelines → Mutidisciplinary guid. → DTP
- Oncology Unit → Department → Networks

# Rivisitare i Modelli Assistenziale

- Ospedale per Intensità di Cura
- Chronic Care Model



Le singole prestazioni sanitarie erogate si identificano come fasi di un percorso multidisciplinare che vede coinvolti più operatori che condividono un progetto clinico-assistenziale basato sui bisogni espressi dal malato

# Continuità assistenziale

- Dipartimenti oncologici
- Rete oncologica regionale
- Medico di famiglia
- Servizi sociali

# Continuità terapeutica-assistenziale Ospedale -Territorio

1. Temporale



2. Farmacologica



3. Valoriale



**DEFINIRE UN PROGETTO ASSISTENZIALE  
PERSONALIZZATO E CONDIVISO**

# ESPERIENZA ISOLA TIBERINA, ROMA



- **Ospedale nel cuore di Roma, con DEA di 1° livello;**
- **750-800 nuovi malati oncologici/anno (Roma, Lazio, extra regione);**
- **150-180 malati/anno avviati in assistenza domiciliare-hospice.**

# EQUIPE INTEGRATA

Meeting tre  
volte a settimana  
per realizzare  
un progetto  
assistenziale-  
terapeutico  
personalizzato  
e condiviso

Oncologo medico  
Infermiere  
Assistente sociale  
Fisioterapista  
Psicologo  
Nutrizionista  
Medicina estetica  
Bioeticista  
Sacerdote  
Volontari  
Familiare

## Dip. Oncologia fbf Isola Tiberina Roma

- Dal dicembre 2000 si è cercata una struttura da adibire ad hospice;
- Dal gennaio 2003 sono stati attribuiti 2 letti per le cure palliative;
- Dal gennaio 2001 nessun malato oncologico in fase avanzata terminale, viene dimesso senza assistenza.

## Dip. Oncologia fbf Isola Tiberina Roma

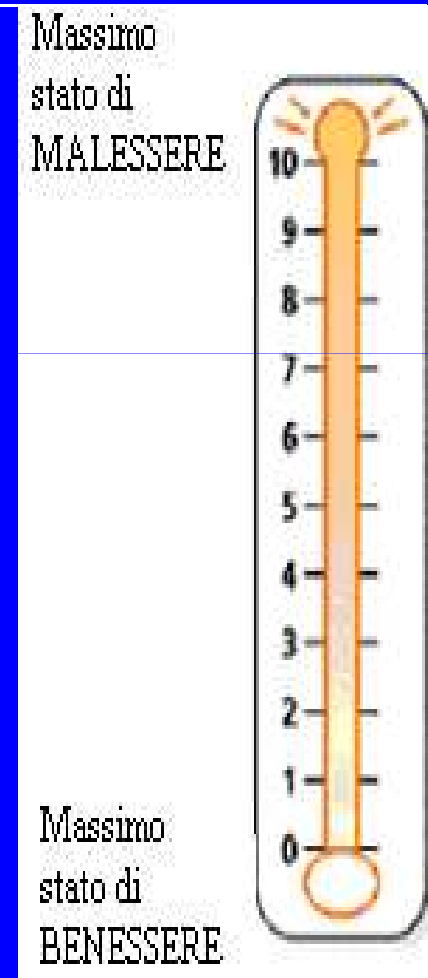
- Formazione specifica del personale medico, infermieristico e altre professioni, nel settore delle cure palliative;
- Richiesta certificazione ESMO nel 2005, ottenuta riconfermata nel 2008.

# Termometro del distress

## Rilievo dei bisogni alla diagnosi:

- Fisici
- Funzionali
- Psicologici
- Sociali
- Spirituali

NCCN



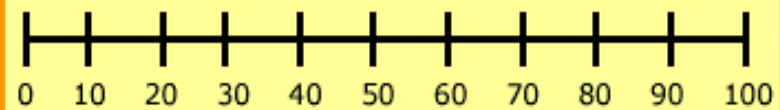
# Rilievo del dolore come V parametro vitale

## Principali scale di quantificazione del dolore

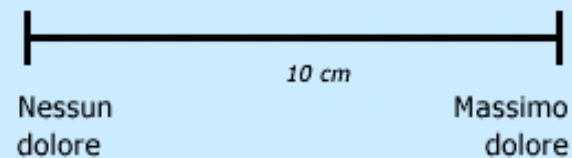
### Scala verbale

- assente
- lieve
- moderato
- forte
- fortissimo

### Scala numerica



### Scala analogica visiva (VAS)



### Scala cromatica

Massimo dolore



Nessun dolore



# Unità Valutativa Oncologia –UVO-

## DEFINIZIONE Obiettivi-Modulistica

- Scheda medico
- Scheda infermieristica
- Scheda sociale
- Scheda valutativa definitiva

APPROVAZIONE Direzione Sanitaria

ESTENSIONE a tutti i reparti/servizi

## Come viene scelto il servizio da attivare?

- Situazione familiare
- Desiderio del malato
- Bisogni del malato
- Attesa di vita
- Area geografica
- Altro

# Continuità terapeutica ospedale-territorio

## FBF Isola Tiberina, Roma

VALUTAZIONE CLINICO-PROGNOSTICA DEL PAZIENTE

(medici, infermieri, ass. sociale, psicologo, altro)

COLLOQUIO PAZIENTE/PARENTE  
(medici, ass. sociali, psicologo)

VALUTAZIONE CONGIUNTA  
ospedale/territorio

Ambulatorio  
settimanale  
con  
ANTEA

Affidamento in assistenza domiciliare/hospice

# La network analysis

In ogni area si analizza: **Volontariato**

a: le relazioni  
(durata e frequenza)

b: i contatti  
interpersonali

c: le risorse potenziali

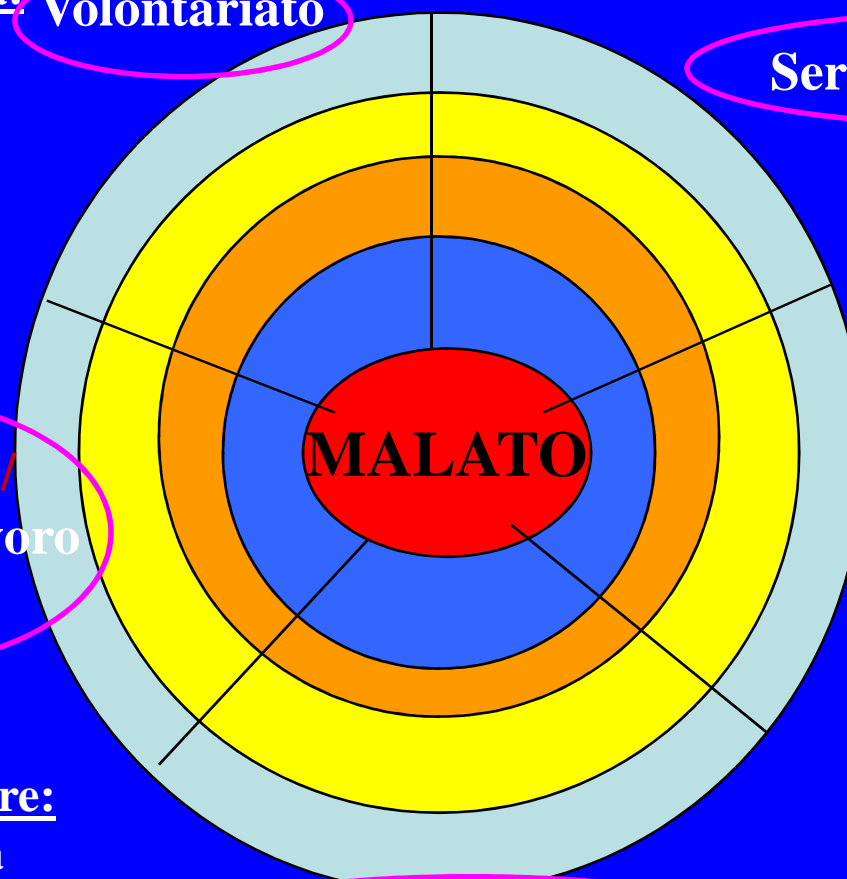
d: le risorse attive

**Vicini di casa/  
Colleghi di lavoro  
o di scuola**

Ciò permette di valutare:

a: la capacità di tenuta  
della rete

b: la capacità di aiuto  
della rete



**Servizi territoriali**

**Amici**

**Famiglia /parentela**

- ◆ area intima
- ◆ area pragmatica
- ◆ area formale
- ◆ area potenziale

**Servizio sociale, FBF Isola Tiberina, Roma**

# COORDINAMENTO OSPEDALE – TERRITORIO FBF ISOLA TIBERINA

VALUTAZIONE CLINICO-PROGNOSTICA DEL PAZIENTE


(medici, infermieri, ass. sociale, psicologo, altro)

COLLOQUIO PAZIENTE/PARENTE  
(medici, ass. sociali, psicologo)

VALUTAZIONE CONGIUNTA  
ospedale/territorio

Affidamento in assistenza domiciliare)/  
trasferimento (hospice)

Verifica della  
avvenuta  
presa in  
carico e  
della qualità  
della  
assistenza



**“E’ più importante dare più vita ai nostri giorni, che più giorni alla nostra vita!”.**

**S. Bartoccioni, G. Bonadonna, F. Sartori . BUR, Milano 2006.**

**“La terapia è fatta del 25% di biologia, tecnologia, farmacologia, epidemiologia...  
e per il 75%  
di relazioni autentiche, di comunicazione vera e buona...”**

**Una paziente**