

**Dall'accesso non programmato
al ricovero: clinica e organizzazione
nella gestione ospedaliera
del paziente oncologico**

Valutazione prognostica,
programmazione delle cure
e comunicazione in urgenza



1

2000–2009

**Riconoscimento
della complessità**

Accessi ripetuti,
riflessione su
appropriatezza

2

2010–2015

**Inizio
collaborazione
PS–Oncologia**

Fast track,
consulenze
palliative

3

2016–2020

**Maturità
del modello**

Protocolli
integrati,
decisione
condivisa

4

2020–oggi

**Estensione
alla cronicità**

Gestione fragilità,
continuità di cure
rete territoriale



Gestione del dolore e dei sintomi complessi

Percorsi dedicati (fast track o PDTA in PS)

Formazione sulla comunicazione e sul fine vita

Valutazione prognostica e decisione clinica condivisa

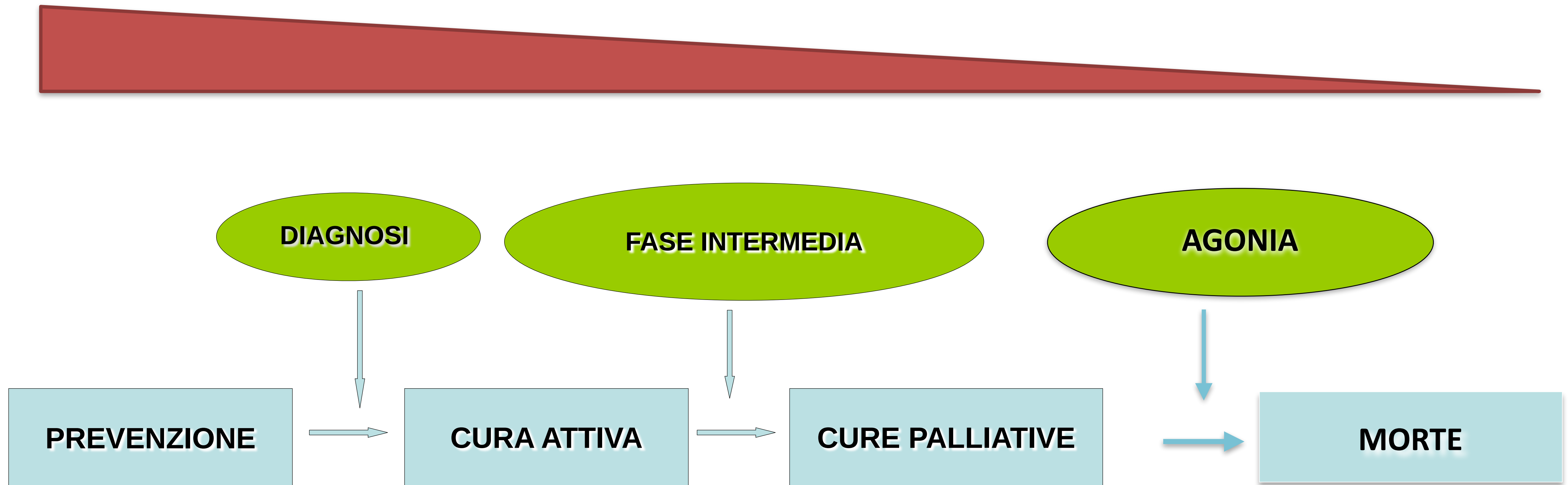
Approccio multidisciplinare (dialogo continuo)



RICALCOLO...



Il percorso ... *dalla diagnosi alle cure palliative*



LE FASI DI MAGGIOR «**SOFFERENZA**» SONO QUELLE DEI «**PASSAGGI**»

DIAGNOSI IN PS



- La tosse che non passa
- Il dolore moderato/severo persistente
- L'ittero senza altri sintomi
- Stipsi ostinata e calo ponderale
- La crisi epilettica inattesa e/o il segno neurologico sfumato sempre più ingravescente
- Riscontro OCCASIONALE

FASE INTERMEDIA



- CRISI DI DOLORE / BTcP
- Urgenze ONCOLOGICHE REALI
- Urgenze RELATIVE
- TOSSICITA'
- PATOLOGIE ACUTE non correlate alla malattia

FINE VITA



- Attesa o mancanza cure palliative
- SINTOMI REFRATTARI
- Mancanza caregiver
- Acuzie irreversibile



PROGNOSI

$$E = mc^2$$

Relativismo prognostico e relatività di Einstein

Dimensione	Relatività di Einstein	Prognosi in urgenza oncologica
Spazio (punto di osservazione)	Dipende dal sistema di riferimento dell'osservatore	- Oncologo: ambulatorio/ reparto oncologia - Medico PS: pronto soccorso - Rianimatore: terapia intensiva
Tempo (orizzonte di osservazione)	Scorre diversamente a seconda della velocità e posizione	- Oncologo: mesi/anni di sopravvivenza e linee terapeutiche - Medico PS: ore/giorni di stabilizzazione - Rianimatore: giorni/settimane di supporto vitale

Evento osservato	Lo stesso fenomeno appare diverso in base al riferimento	La stessa condizione clinica (es. dispnea, sepsi, insufficienza respiratoria) viene interpretata in maniera diversa dai tre specialisti
-------------------------	--	---

Relatività	Non esiste tempo o spazio assoluto	Non esiste una prognosi "assoluta": dipende dalla prospettiva clinica e dall'obiettivo delle cure
-------------------	------------------------------------	---

Sintesi

Realtà integrata come continuum spazio-tempo



Prognosi condivisa attraverso dialogo interdisciplinare e comunicazione con paziente e familiari



Conosce la **storia naturale della malattia** e l'**evoluzione del singolo caso**;
tende quindi ad avere una **visione più completa e longitudinale**.

Può essere soggetto a **bias di ottimismo terapeutico**,
cioè la tendenza a sovrastimare le possibilità di beneficio di un ulteriore trattamento

La prognosi è vista **in termini di risposta al trattamento oncologico**



Valuta il paziente in **fase acuta e spesso con informazioni incomplete** sulla storia oncologica.

La prognosi viene stimata **in modo immediato e situazionale**, basandosi su parametri vitali e reversibilità dell'evento acuto (shock settico, insufficienza respiratoria, ecc.).

Puoi essere soggetto al **Bias di conferma**: tendenza a cercare solo le informazioni che confermano le proprie convinzioni

Spesso intensificazione iniziale delle cure, salvo poi ridimensionare l'approccio dopo un confronto con oncologi o familiari.



Ha una prospettiva **centrata sulla reversibilità fisiologica** e sull'**outcome funzionale** post-rianimazione.

La prognosi viene valutata in termini di probabilità di recupero di una vita accettabile, non solo di sopravvivenza a breve termine.

Può essere soggetto al **bias di ancoraggio**

Tuttavia, se l'evento acuto è potenzialmente reversibile e la malattia oncologica è stabile o controllata, può proporre un trattamento **“a tempo limitato”**, con criteri chiari di rivalutazione.

SURPRISE QUESTION

PARENTAL QUESTION

A close-up photograph of a medical drip chamber, a device used to filter air from intravenous lines. The device is made of clear plastic and has a stopcock (a small black knob) on the side. It is connected to a clear plastic tube. The background is a solid dark blue color.

DECISIONI TERAPEUTICHE

1 Identifica

le necessità cliniche o problemi

2 Definisci

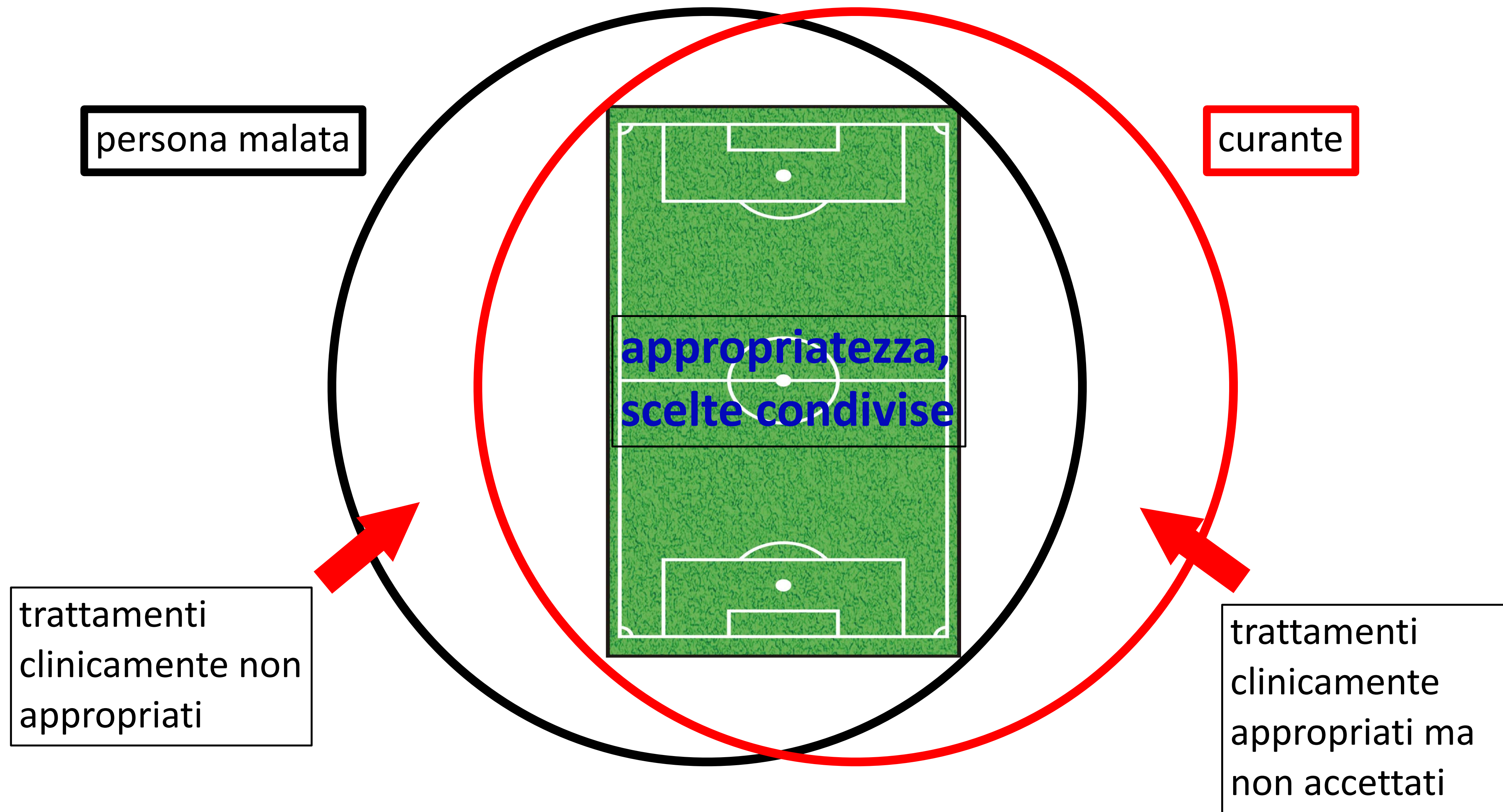
un obiettivo/i di cura

3 Condividi

il percorso clinico e assistenziale

Prognosi	Giorni	Settimane	Mesi	Anni
Obiettivi	Comfort	Qualità di vita piuttosto che mera sopravvivenza	Intervenire se necessario, ma arrestarsi se non funziona	Impegno totale di cura
Interventi	Controllo del dolore. Presenza della famiglia. Hospice	Trattamento dei sintomi. Hospice	Tentare la rianimazione ma fermarsi secondo ragionevolezza	RCP completa, Impegno massimale per la stabilizzazione, Terapia Intensiva

il campo di gioco





IN URGENZA

TUTTO COMUNICA

Paul Watzlawick, psicologo e filosofo, esperto di comunicazione, afferma: “Non è possibile non comunicare”.

CONTENUTO



RELAZIONE

Verbale

*Para e Non
verbale*

Digitale



Analogico

simmetrica

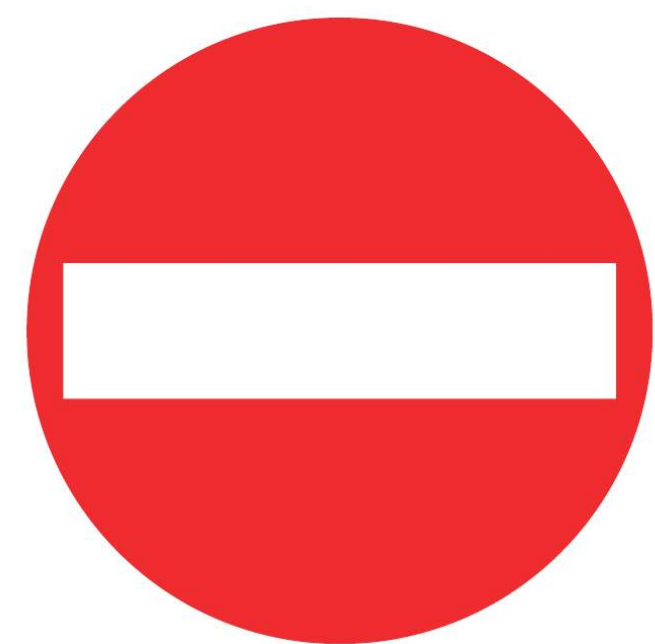


complementare



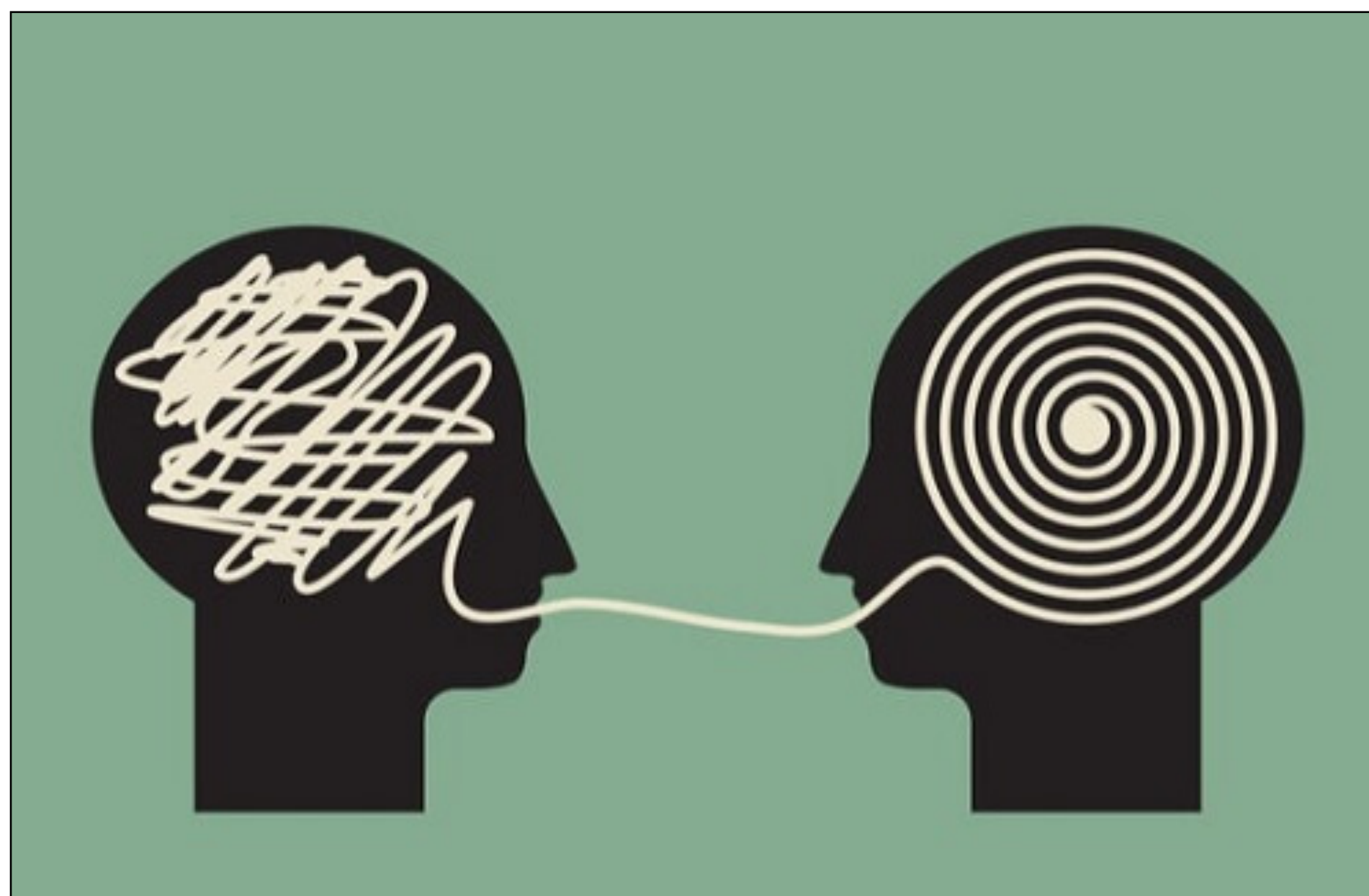
SBILANCIATA





**PROPRIETA'
PRIVATA**

DIVIETO DI ACCESSO



IL MANTRA DELLA COMUNICAZIONE

CHI (con chi devo parlare)

COSA (cosa devo/voglio dire)

COME (come mi sento adesso)

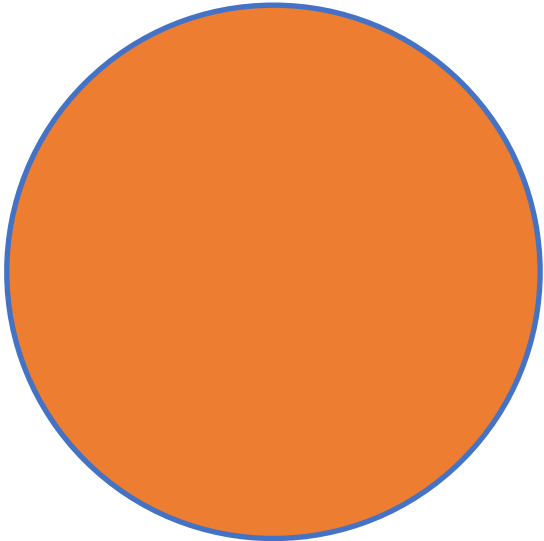
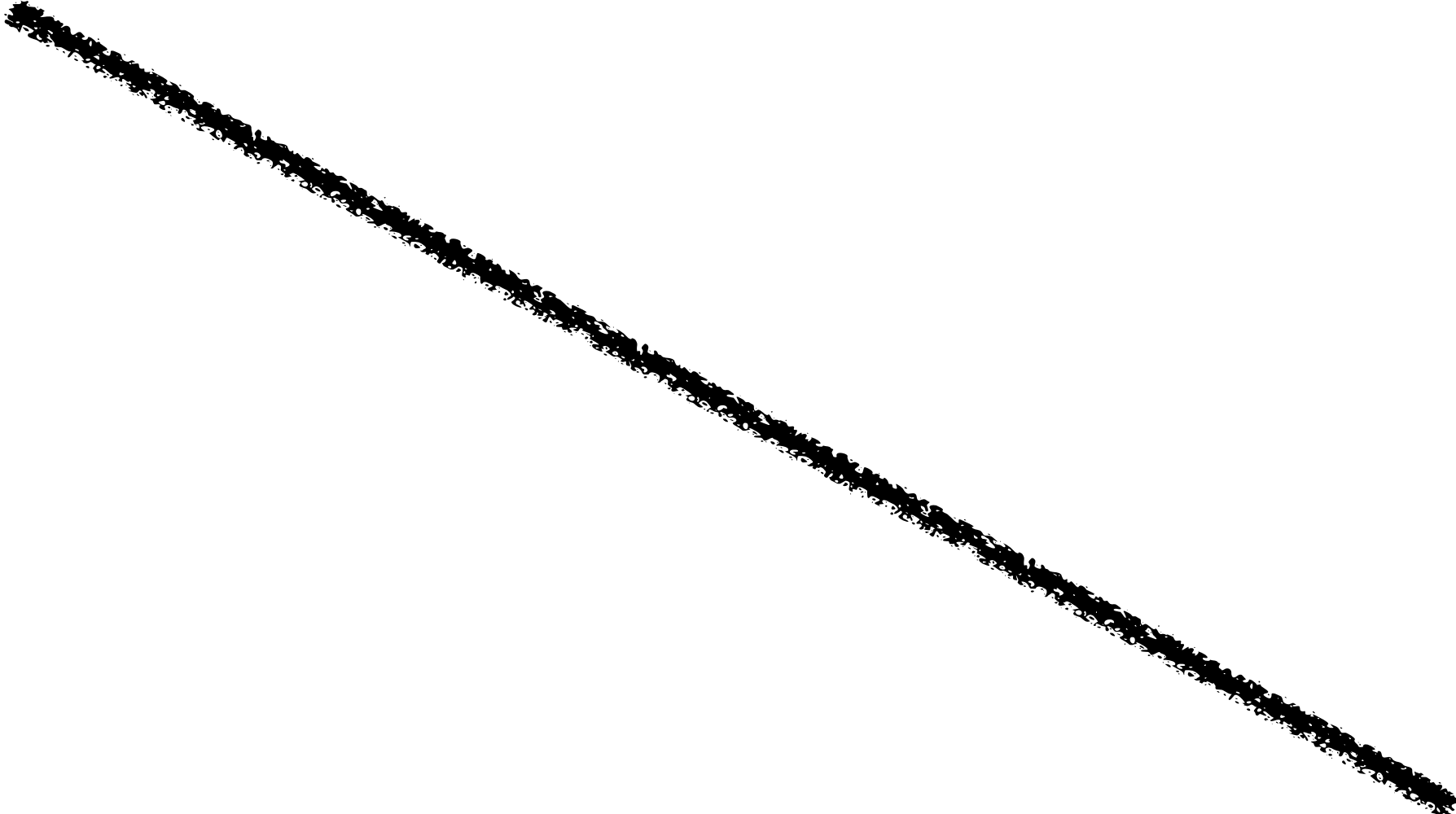
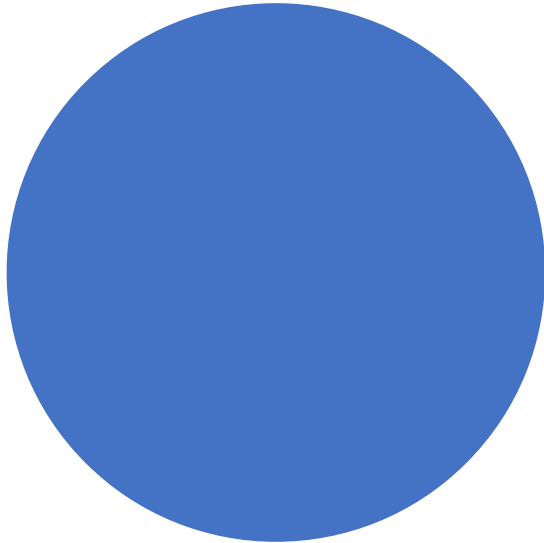
DOVE (verifico che il luogo sia adeguato)

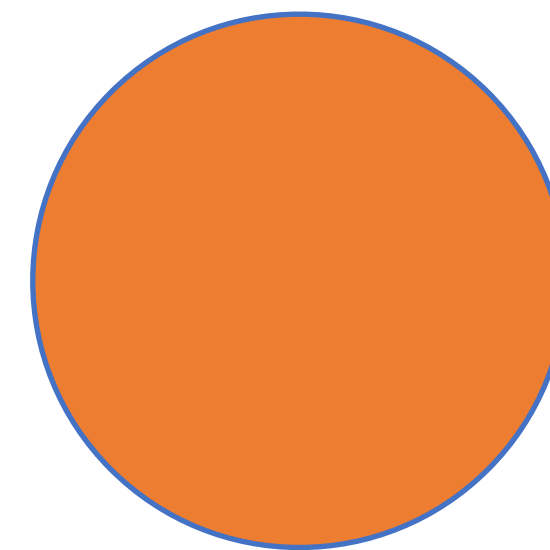
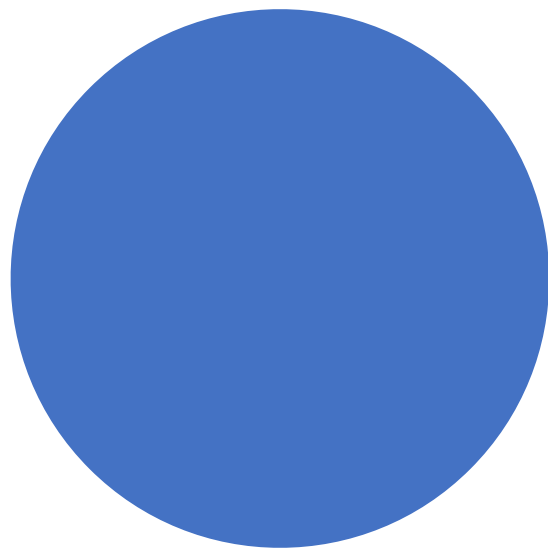
QUANDO (verifico che il momento sia adeguato)

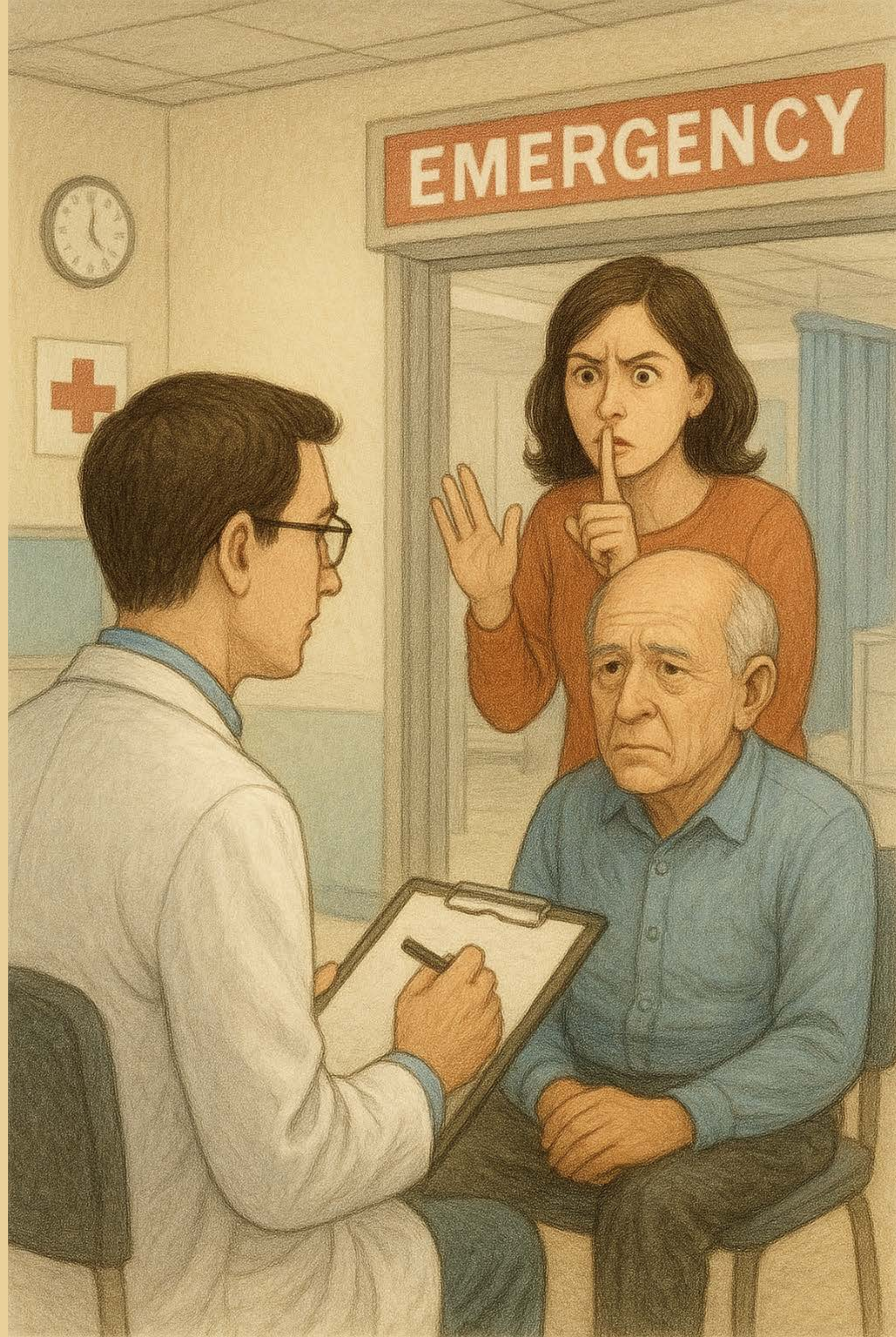
PERCHÉ?

...STO FACENDO UNA COSA IMPORTANTE!









Dottore, per favore,
mio padre non sa
nulla della sua
malattia.
La prego di non
dirgli la verità
adesso.

“Le parole hanno il potere di distruggere e di creare.

Quando le parole sono sincere e gentili, possono cambiare il mondo”.

Buddha