

Marcello Salera, Cesare Tosetti, Giampiero Mazzoni, Giandomenico Savorani, Donato Zocchi

Medici di Medicina Generale, SIMG Bologna

Il management domiciliare del paziente oncologico anziano

Il medico di medicina generale e il paziente oncologico anziano

Nell'ambito di un'appropriata gestione dei pazienti con patologia oncologica il Piano Sanitario Nazionale definisce priorità la realizzazione di nuove strutture multidisciplinari specifiche per la valutazione e cura del paziente oncologico anziano, in quanto soggetto caratterizzato da fragilità clinica e sociale.

In genere, nella percezione del medico di medicina generale (MMG) la gestione del

malato oncologico *anziano* è considerata un evento quotidiano nel proprio lavoro.

Abbiamo indagato se tale sensazione corrispondesse al vero e quali fossero le eventuali esigenze dei MMG per gestire al meglio i loro pazienti oncologici anziani, particolarmente in funzione della realizzazione di queste nuove strutture poli-professionali di valutazione onco-geriatrica.

Gli strumenti dell'indagine

I MMG iscritti alla SIMG di Bologna sono stati invitati: a) a eseguire un'estrazione

dei dati dal proprio database clinico gestionale, finalizzata a caratterizzare i pazienti onco-geriatrici (in particolare, quelli affetti da neoplasie solide, escludendo quelle cutanee ed ematologiche); b) a esporre le proprie abitudini ed esigenze nel trattamento domiciliare di tali pazienti attraverso la compilazione di un questionario on line. Hanno risposto all'invito di estrarre dati dal database 40 MMG con un carico complessivo di oltre 62.000 pazienti; in 45 hanno compilato il questionario on line. Nel questionario sono state focalizzate in modo particolare le seguenti questioni: a) se la

FIGURA 1.

Distribuzione percentuale per classi di età dei pazienti oncologici. A. Fidando sulla propria memoria. B. Estrazione dal database.

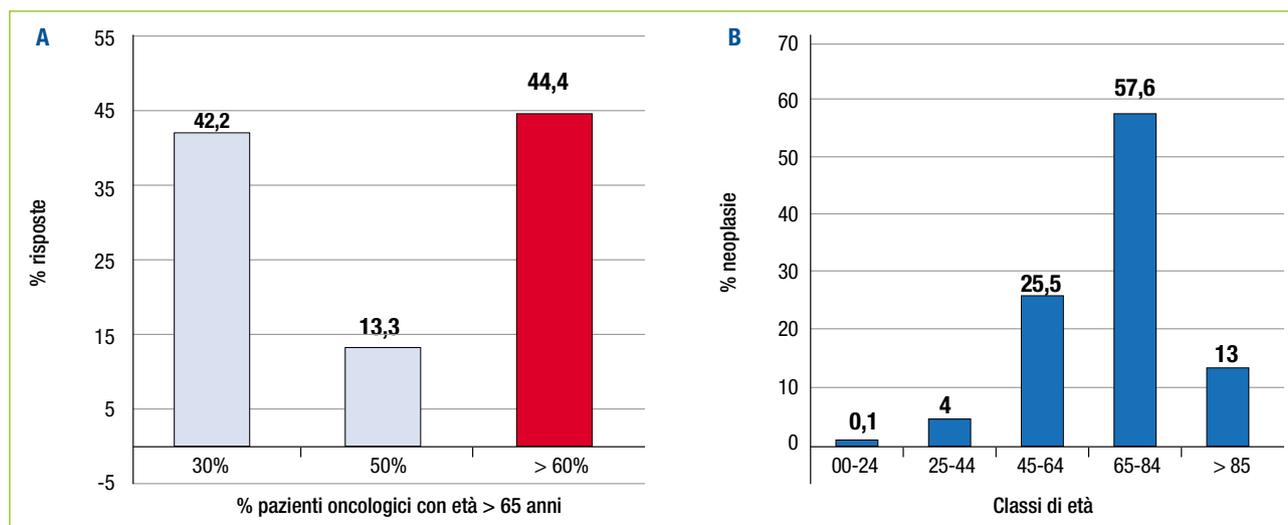


FIGURA 2.

Prevalenza per età delle neoplasie nella popolazione assistita (esclusi i tumori della pelle ed emopoietici).

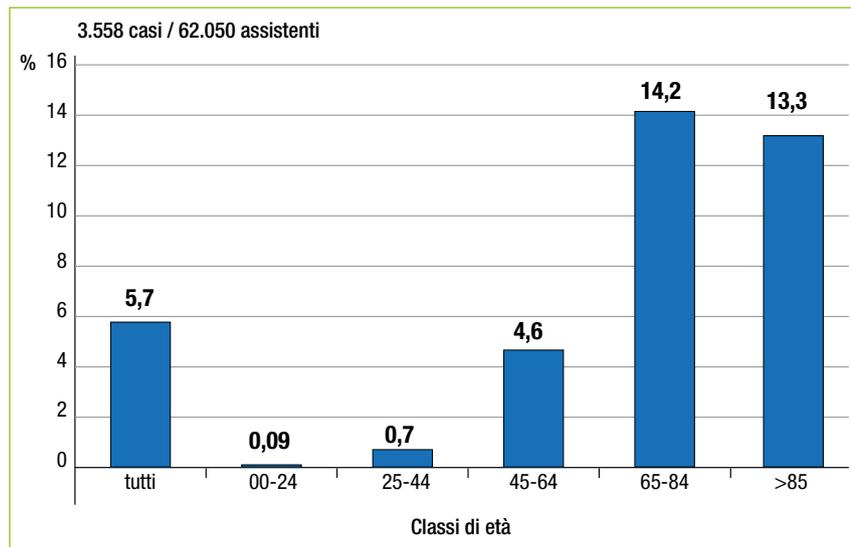


FIGURA 3.

Distribuzione percentuale delle comorbidità nei pazienti oncologici. Suddivisione per classi di età.

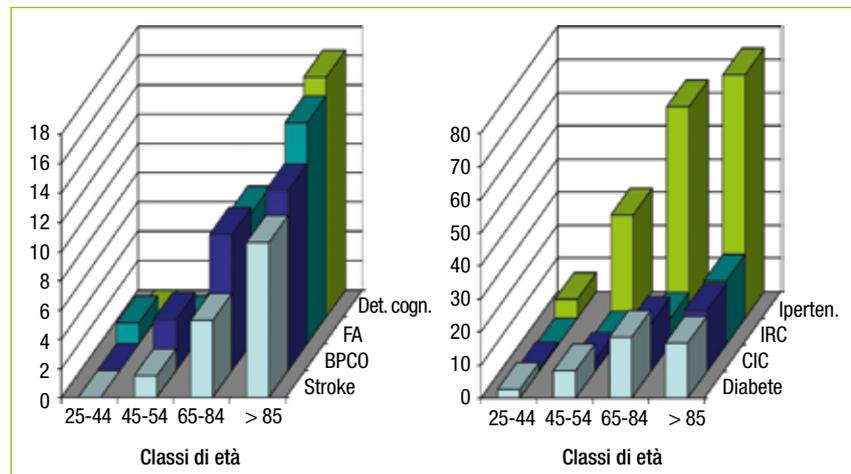
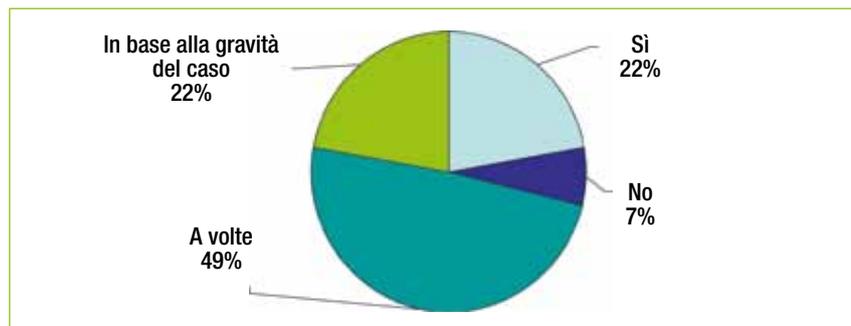


FIGURA 4.

Ritieni che l'età del paziente sia un elemento che condiziona primariamente le tue decisioni diagnostiche e terapeutiche nei confronti del paziente oncologico?



gestione del paziente oncologico anziano rappresenta un *problema prioritario* per la medicina generale; b) se si ritiene *utile* la creazione di unità di valutazione onco-geriatrica; c) *quali funzioni* attribuire a tali unità di valutazione e cura.

Risultati

La prima domanda del questionario aveva l'intento di sondare la percezione soggettiva dei MMG di quanto incida l'età nel panorama dei propri pazienti oncologici (neoplasie solide, escludendo i tumori della pelle e quelli di origine ematologica) (Fig. 1): i medici si dividono equamente tra chi pensa che la maggioranza dei propri pazienti oncologici abbia un'età superiore ai 65 anni (44,4%) e coloro invece che li ricordano molto più giovani (42,2%). La fotografia fornita dai database indica che la maggior parte di pazienti oncologici si concentra nella decade 65-84 anni (57,6%) e che comunque, nel loro complesso, più del 70% ha un'età superiore ai 65 anni. Risulta inoltre che la prevalenza globale delle neoplasie solide è elevata nella popolazione generale (Fig. 2), raggiungendo il 5,7%, ma il valore quasi si triplica nelle fasce di età 65-84 (14,2%) e oltre gli 85 anni (13,3%). Si tratta di pazienti fragili, nei quali si concentra anche la maggior parte delle comorbidità più impegnative (Fig. 3). Dunque, l'incontro col paziente oncologico anziano, pluri-trattato e reso fragile dalla concomitanza di molte patologie croniche, rappresenta la quotidianità per il MMG.

La maggioranza dei MMG non ritiene che l'età del paziente condizioni in modo significativo le proprie decisioni diagnostico-terapeutiche (7% no, 49% a volte) e diventa "elemento problematico" solo nei casi più gravi (22%) (Fig. 4).

Passiamo ora a esaminare gli strumenti di gestione del paziente oncologico anziano che il MMG ha o vorrebbe avere a sua disposizione.

Uno strumento per il management del paziente oncologico grave e/o terminale è senz'altro rappresentato dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): il 44,4% dei medici intervistati la utilizza regolarmente, mentre il 53% deve fare i conti con il contesto geografico, sociale e familiare

in cui si muove, dove di volta in volta può mancare la figura del caregiver, un supporto infermieristico territoriale adeguato, le necessarie condizioni socio-culturali della famiglia, la disponibilità del medico stesso per la concomitanza di eccessivi carichi di lavoro, eccetera (Fig. 5).

Aperta l'ADI, la gestione viene affidata al MMG nel 16% dei casi e in delega ai colleghi Specialisti oncologi-palliativisti delle associazioni convenzionate nel 13%; negli altri casi la scelta viene condivisa col paziente stesso e i familiari, sulla base dei loro desideri e dei vantaggi oggettivi che l'uno o l'altro sistema può offrire in quello specifico contesto clinico e territoriale.

Quasi il 90% degli intervistati considera l'ADI uno strumento efficiente e sufficiente a soddisfare le esigenze del medico curante e le necessità del paziente, anche se meriterebbe (per il 76% dei MMG) migliorie e affinamenti.

La maggioranza dei MMG (63,6%) concorda che nel paziente oncologico anziano si debbano adottare strategie terapeutiche diverse da quelle utilizzate nei pazienti più giovani (Fig. 6), ma nello stesso tempo non ritiene che debba essere il geriatra la figura essenziale di indirizzo in questo campo, relegandolo, al pari di altri professionisti, al ruolo di consulente occasionale, a cui ricorrere solo nei casi di particolare fragilità del paziente (47,7% delle risposte).

Come abbiamo già anticipato, il Piano Sanitario Nazionale definisce come priorità la creazione di una nuova struttura multidisciplinare in grado di effettuare una valutazione pluridimensionale del paziente oncologico anziano e di programmare un piano di cure individualizzato. Il 59% degli intervistati ritiene senz'altro utile una struttura in cui si possa esplicitare l'azione integrata di più professionalità (Fig. 7), ma ne circoscrive il campo di azione: tale struttura dovrebbe infatti intervenire solo a diagnosi già definita e dovrebbe avere la finalità di ottimizzare i percorsi di cura; solo una minoranza degli intervistati (9%) vorrebbe affidare il proprio paziente a tale struttura lungo tutto l'iter diagnostico-terapeutico, dal primo sospetto di neoplasia al follow-up (Fig. 8).

Il MMG rivendica dunque il diritto di gestire in prima persona il proprio paziente oncologico, non solo nelle fasi essenziali di prevenzione

FIGURA 5.

Di fronte a un paziente anziano oncologico grave, sei solito realizzare un'Assistenza Domiciliare Integrata?

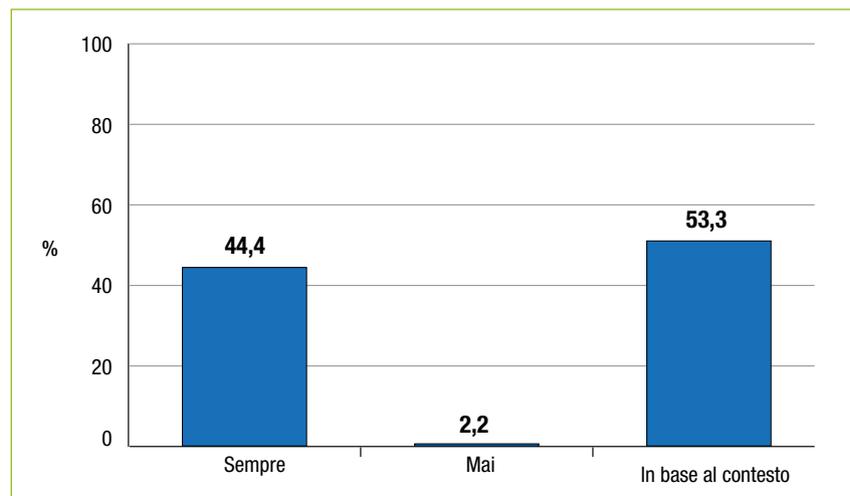


FIGURA 6.

Ritieni che i pazienti neoplastici anziani vadano trattati con strategie terapeutiche diverse da quelle adottate nei pazienti più giovani?

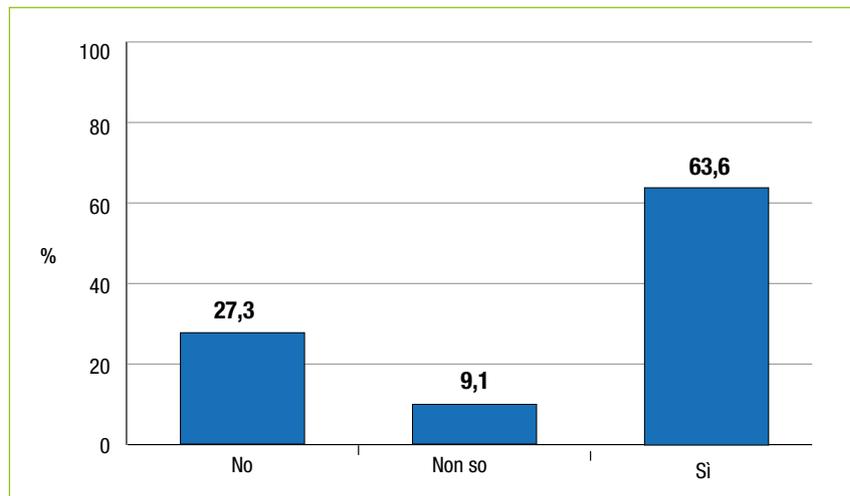


FIGURA 7.

Ritieni che sia utile la creazione di una specifica struttura multi-disciplinare che sia in grado di ottimizzare la valutazione integrata del paziente oncologico anziano e di programmare un piano di cure individualizzato?

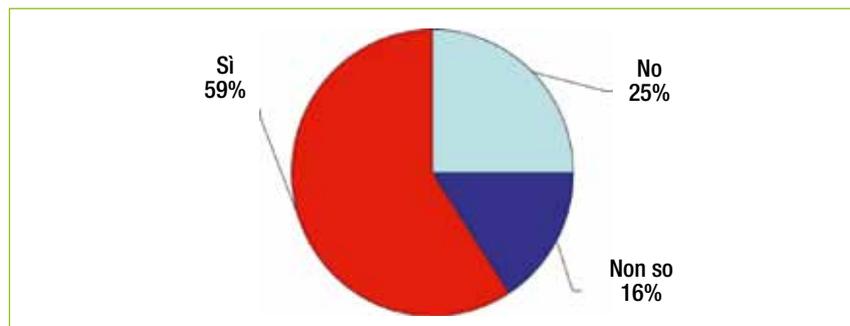


FIGURA 8.
Quando questa struttura multidisciplinare dovrebbe prendere in carico il paziente?

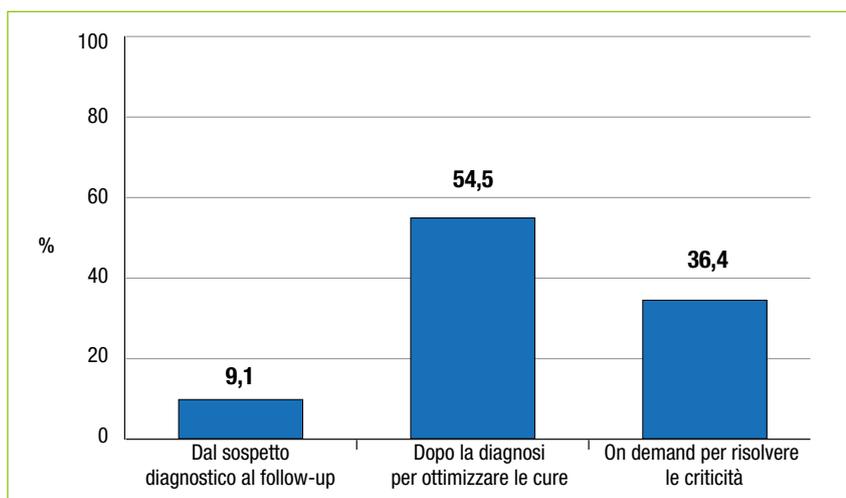
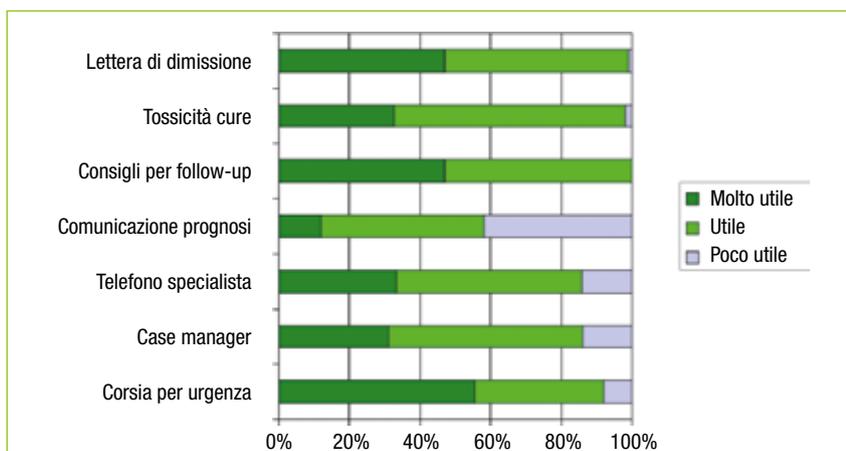


FIGURA 9.
Quali strumenti di interazione con le unità di valutazione onco-geriatrica ritieni più utili?



e di diagnosi precoce ma anche nel follow-up: tanto è vero che per il 36% dei medici la nuova istituzione dovrebbe svolgere solo un ruolo d'emergenza, per la risoluzione delle criticità maggiori. Qualora la nuova struttura non venisse realizzata o anche in alternativa

a essa, la maggioranza dei colleghi (50%) ritiene che si debba puntare su un maggiore coordinamento tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali già esistenti, eventualmente investendo denaro e risorse per aumentarne le potenzialità (23,5%).

L'ultima domanda del questionario indaga su quali siano gli strumenti più utili di interazione con gli specialisti per ottimizzare la gestione del paziente oncologico anziano: come si evince dalla Figura 9, la totalità degli intervistati ritiene utile o molto utile una lettera di dimissione dettagliata, in cui vengano esplicitate le informazioni riguardanti gli effetti collaterali e le complicanze dei trattamenti eseguiti, le raccomandazioni sul follow-up a breve e a lungo termine e le informazioni riguardanti la prognosi, nonché la possibilità di un contatto telefonico diretto con lo specialista e la presenza di un case-manager di riferimento in ospedale. Ma senz'altro lo strumento più desiderato e invocato è la possibilità di sfruttare corsie preferenziali per le visite e/o i ricoveri in caso di emergenza (Fig. 9).

Conclusioni

I risultati di questa indagine illustrano come il MMG tenda ad attuare in prima persona la gestione del paziente oncologico, non solo nelle fasi di prevenzione e diagnosi precoce ma anche nel follow-up.

Al di là degli strumenti atti a migliorare la comunicazione tra il MMG e gli specialisti, resta essenziale che nell'ambito della nuova struttura di valutazione onco-geriatrica vi sia il coinvolgimento del MMG nella definizione e condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici del proprio paziente, perché solo così si può realisticamente attuare la continuità di cura tra ospedale e territorio.

Si ringraziano i chirurghi Giampaolo Ugolini e Francesco Ghignone per la collaborazione nella costruzione del questionario e i MMG della SIMG di Bologna che hanno partecipato alla survey.