

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI CURE PALLIATIVE PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

**PROVA SCRITTA**

PROVA SCRITTA N. 1: La sedazione palliativa: indicazioni, farmaci utilizzati, aspetti etici

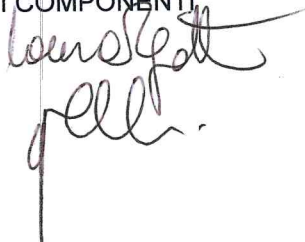
PROVA SCRITTA N. 2: Il dolore oncologico: valutazione del paziente e gestione terapeutica

PROVA SCRITTA N. 3: Il piano assistenziale individuale (PAI): definizione e raccolta dei bisogni assistenziali in cure palliative

IL PRESIDENTE



I COMPONENTI



IL SEGRETARIO



Novara, 14/10/2020



**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI CURE PALLIATIVE PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

**PROVE PRATICHE**

**CASO CLINICO 1**

A Giuseppe, signore di 80 anni, viene posta diagnosi di neoplasia renale sx con metastasi pleuriche a destra e polmonari bilateralmente: a fronte delle sue condizioni generali gli oncologi suggeriscono di non effettuare alcun tipo di chemioterapia. Giuseppe infatti è affetto da insufficienza renale cronica da 10 anni ed è in trattamento dialitico da ormai 7 anni conseguente a diabete mellito di secondo tipo (amputato alluce destro e attualmente con necrosi alluce sinistro). In anamnesi si segnalano inoltre: epatopatia cronica HCV correlata e storia di FA e pregresso IMA.

Due mesi fa il paziente è stato ricoverato in urgenza per insufficienza respiratoria acuta con versamento pleurico destro e stato febbrile: viene dimesso in buono stato emodinamico e asintomatico dopo un mese di degenza presso il reparto di medicina con indicazione ad attivazione del servizio di Cure Palliative territoriale, proseguendo con le sedute dialitiche programmate (tre volte alla settimana).

Durante la prima visita domiciliare, il medico palliativista e l'infermiera vengono a conoscenza di alcuni dettagli relativi alla vita affettiva del paziente: il signore è vedovo ed ha un figlio di 50 anni che vive nello stesso condominio del padre. Il paziente è assistito da una badante alla quale è molto affezionato. Un fratello di Giuseppe è deceduto 7 anni fa durante una seduta dialitica.

Dal punto di vista clinico si segnala: paziente vigile e collaborante, ma con deficit di memoria soprattutto a breve termine, KPS 40, inversione del ritmo sonno-veglia, alimentazione regolare e con discreto appetito, alvo aperto a gas e feci, ma solo dopo esecuzione di clistere (ogni 3 giorni), ampia zona di necrosi in corrispondenza dell'alluce sinistro, dolore non controllato (duplice componente: nocicettiva e neuropatica) continuo con NRS 4 e esacerbazioni fino a NRS pari a 10.

Terapia in atto: acido acetilsalicidico 100 mg 1 cp die per os; Nitroglicerina TTS5 mg/24 ore 1 cerotto dalle ore 8 alle ore 20; Insulina rapida 12 UI ai tre pasti principali; Tiamina+piridossina+cianocobalamina 1 cp per os in occasione della seduta di emodialisi; calcio carbonato+colecalfiferolo 1 bustina die per os; acido folico 5 mg 1 cp die per os.

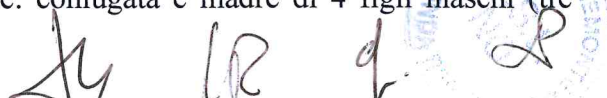
**MANDATO: elaborazione del PAI (Piano assistenziale individualizzato) dopo la prima visita domiciliare di presa in carico effettuata congiuntamente da medico e infermiera del servizio di Cure Palliative. Analizzare tutti gli aspetti (bisogni: fisici, spirituali, socio assistenziali...) evidenziando criticità e proponendo soluzioni e possibili interventi.**

**CASI CLINICO 2**

Giulia, signora di 65 anni, è affetta da una neoplasia della portio diagnosticata da 5 anni, operata e successivamente radio e chemio trattata. Ad un controllo di follow-up, anticipato per decadimento delle condizioni generali, si evidenzia una progressione importante di malattia con riscontro di MTS epatiche e polmonari. Per tale motivo gli specialisti oncologi decidono di sospendere la terapia attiva ed avviare la paziente ad un percorso di esclusiva palliazione, consigliando la presa in carico domicilio da parte del servizio di Cure Palliative territoriali.

Giulia viene informata della diagnosi e della progressione di malattia e le viene detto che, al momento, le terapie oncologiche sarebbero state sospese, con la possibilità di ripresa in caso di miglioramento clinico. Con il marito invece i medici si mostrano più schietti, spiegando che non vi sono più possibilità di trattamento attivo e che la prognosi della paziente sarebbe stata di poche settimane. Il marito decide di non informare né la moglie né i figli di tale responso.

Alla prima visita a casa di Giulia il medico palliativista e l'infermiera vengono a conoscenza di alcuni dettagli relativi alla vita affettiva della paziente: coniugata e madre di 4 figli maschi (tre



adulti sposati e un'adolescente di 16 anni che vive a casa con i genitori, ma che presto sarebbe partito per un periodo di studio all'estero). Giulia era un'insegnante, ora in pensione, mentre il marito Paolo, imprenditore, ha lasciato al momento il lavoro, per dedicarsi alla moglie. La situazione in casa appare molto tesa: Paolo è provato da un'assistenza ormai faticosa sia dal punto di vista fisico che emotivo, i figli non sono consapevoli della gravità e della terminalità di malattia della madre se pur si accorgono del peggioramento e Giulia che chiede quando potrà riprendere le chemioterapie.

All'esame obiettivo: paziente lucida e collaborante, allettata per la maggior parte della giornata (viene mobilizzata con fatica su una poltrona del salotto durante il giorno su sua insistenza), KPS 30, cachettica, subittero, dispnoica per sforzi di modica entità con iniziale decubito sacrale di I grado e un dolore pelvico continuo non ben controllato dalla terapia in corso con NRS 6, insonne durante la notte (il marito descrive momenti di confusione e agitazione notturna).

In terapia con: 500 cc di fisiologica + 500 cc di glucosata 5% ev. (infusione tramite CVC) a giorni alterni; Durogesic 175 mcg/ora da cambiare ogni 72 ore, al bisogno per dolore non controllato Oramorph 10 gtt anche ogni 4 ore; Sintrom con dosaggio da titolare in base ad INR (controllo settimanale).

**MANDATO: elaborazione del PAI (Piano assistenziale individualizzato) dopo la prima visita domiciliare di presa in carico effettuata congiuntamente da medico e infermiere del servizio di Cure Palliative. Analizzare tutti gli aspetti evidenziando criticità (bisogni: fisici, spirituali, socio assistenziali...) e proponendo soluzioni e possibili interventi.**

### CASO CLINICO 3

Giovanni, imprenditore di 70 anni, ex dirigente di azienda, sposato con 2 figli è affetto da 2 anni da SLA. In anamnesi storia di ipertensione arteriosa e cardiomiopatia ipocinetica con posizionamento di ICD (implantable cardioverter-defibrillator) da circa 5 anni.

Seguito fino ad agosto 2019 da un centro di riferimento regionale, per il progressivo aggravarsi delle condizioni generali, Giovanni veniva affidato ai servizi territoriali della sua zona con visite periodiche a domicilio da parte dello specialista neurologo e del servizio di cure palliative. Dopo circa 2 mesi di assistenza domiciliare, le condizioni di Giovanni incominciavano ad aggravarsi con disfagia e dispnea ingravescenti, la NIV veniva utilizzata per quasi 24 ore al giorno e la terapia impostata con oppioidi (fentanyl transdermico e morfina sc al bisogno) non sortiva più l'effetto desiderato. I familiari apparivano provati e chiedevano insistentemente la tracheostomia e il posizionamento di PEG, procedure che fino a quel momento Giovanni aveva rifiutato.

A fronte di tutto ciò l'equipe di cure palliative richiedeva una valutazione multidisciplinare con la presenza del medico e dell'infermiere palliativista, dello psicologo, del cardiologo e del neurologo di riferimento per decidere e condividere il proseguo delle cure.

**MANDATO: il candidato discuta i problemi etici e clinici che possono emergere dal caso descritto, definendo un possibile percorso di cura.**

IL PRESIDENTE



I COMPONENTI



IL SEGRETARIO



Novara, 14/10/2020

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI CURE PALLIATIVE PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

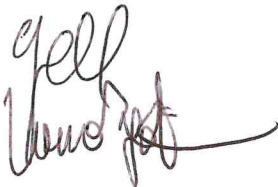
**PROVA ORALE**

PROVA ORALE N. 1: Le cure palliative: la medicina delle "scelte" (aspetti etici e medico-legali)

PROVA ORALE N. 2 La legge 38 del 2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

PROVA ORALE N. 3 Situazioni di "emergenza" che possono verificarsi nel corso di un'assistenza palliativa e gli interventi terapeutici e assistenziali possibili

I COMPONENTI



IL PRESIDENTE



IL SEGRETARIO



Novara, 14/10/2020