

Carriera oncologica di Gianni Grassi

Istituto Urologia ASL Ospedale Padova (dal 1997) prof. Pagano, prof. Bassi
UO Diagnostica per immagini, S.Giovanni-Addolorata Roma (dal 1997) prof.sa Cecconi
UO Radioterapia Fatebenefratelli Roma (dal 2004) dott. Bonanni, dott. Marmioli
UO Medicina nucleare, Centro PET, Castelfranco Veneto (dal 2004)
UO Oncologia ULSS 14 Piove di Sacco (PD) (dal 2004) dott. Fornasiero
UO Oncologia Fatebenefratelli Roma (dal 2005) dott. Corsi, dott.sa Zagonel
Istituto Urologia Policlinico Gemelli Roma (dal 2005) prof. Bassi, Dr.ssa Paolillo
UO Oncologia Policlinico Gemelli Roma (dal 2006) prof. Barone
UO Cure Palliative Antea, Roma (dal 2006) dott. Casale, equipe Antea

1997

Marzo cisto: *carcinoma papillare a cellule transizionali infiltrante la membrana basale T1 G2*
Maggio tur: *carcinoma papillare a cellule transiz. infiltrante assi fibrovasc. e connet.suburotel. T1b G3*
Luglio **scinti** neg. + tur: *focolai multipli carc. in situ, area microinfiltraz. connet. suburut. T1s + T1b*
Terapia: I ciclo *BCG - Immucyst 81 mg* (d'attacco, 6 instill. settimanali)
Novembre cisto. + biopsia: Ta G2. Terapia: II ciclo *BCG*.

1998

PSA
Febbraio **10,05**
Marzo cisto. + biopsia prost: *frangia papillare parete posteriore rivestita da urotelio. iperplastico con discreta flogosi linfoplasmocitaria del connettivo sub.*
Terapia: III ciclo *BCG* (mantenim., 6 instill. mensili)
Novembre **7,47**
Dicembre cisto.: non recidiva. Terapia: IV ciclo *BCG*

1999

Marzo urografia neg.; cisto.: non recidiva

2000

Aprile **15,02**
Maggio cisto. neg. e biopsia prost.: *adenocarc. moderatamente differenziato PAS+ PSAP+ a cellule chiare granulose G2, 7 Gleason, 3 Gaeta.*
Giugno **18,9** tac e **scinti** neg.
Luglio **lad** pelvica bilat. e **prostatectom.** radicale: *adenocarc. scarsamente differenziato a prevalenti cellule granulose, infiltrante la capsula, l'apice e i fasci neurovascolari dx con invasione degli spazi perineurali e vasi linfatici, con metastasi a 8 di 14 linfonodi G3, 8 Gleason, 3 Gaeta.*
31 agosto **1,5** *Androcur dep* 3 fiale in 1 mese + *Enantone 3.75* (1 a trimestre per errore)
30 settembre **0,1**
28 ottobre **0,4**
28 novembre **1,8** visita dermatol.: fimosi
19 dicembre **2,5** *Enantone 3.75*
23 dicembre **2,64** dal 28 dicembre *Casodex 50 mg* (1 al di)

2001

24 gennaio **0,4**
22 febbraio **0,6**
20 marzo **0,34** tac e **scinti** neg. *Enantone 3.75*
30 aprile **0,3**
22 maggio **0,31** circoncisione - cisto. neg.
1 giugno *Enantone 3.75*

16 luglio **0,3**
 30 agosto **0,5**
 5 settembre *Enantone 3.75 (poi sospeso)*
 1 ottobre **0,3**
 6 novembre **0,44**
 3 dicembre **0,5** d'ora in avanti *Casodex 150 mg (1 al di)*

2002

8 gennaio **0,6**
 5 febbraio **0,7**
 7 marzo **1**
 4 aprile **1,2**
 2 maggio **2,1** **tac e scinti.** neg. cisto. neg. Ripreso *Enantone 3.75*
 3 giugno **1** **eco** transrettale e sovrappubica neg.
 28 giugno **1** **pet** neg. (Padova)
 31 luglio **3,6**
 3 agosto *Enantone 3.75*
 26 agosto **1,7** **rmn:** nodulo periuretrale 1 cm. (*sospetta recidiva*)
 2 settembre *Enantone 3.75 (da ora ogni 28 gg)*
 23 settembre **0,3**
 23 ottobre **0,3** **rmn:** *no evolutività nodulo periuretrale*
 23 novembre **0,3**
 20 dicembre **0,3**

2003

22 gennaio **0,3**
 24 febbraio **0,3**
 24 marzo **0,4**
 22 aprile **0,4**
 15 maggio **0,4** cisto.neg. tac neg.
 16 luglio **0,7**
 agosto herpes zoster
 2 settembre **1,2**
 4 ottobre **1,2**
 6 novembre **2,58**
 25 novembre **2,8** **rmn :** *no evolutività nodulo periuretrale*
 20 dicembre **2**

2004

14 gennaio **pet tac** neg. (Vicenza)
 24 gennaio **3,4**
 13 febbraio **3,1** *free 1,19 (38,4 %) scinti.* neg.
 24 marzo **3,8** *eco* transrettale: *disomogeneità 9 mm nella loggia*
 1 aprile
 27 aprile **4,3** endoscopia urologica neg.
 30 aprile *inizio radioterapia (Fatebenefratelli, RM) per sospetta recidiva (prof. Bassi): cGy 4600 loggia e linfonodi, 1600 loggia, 1200 boost su residuo (esiti tossicità acuta: tenesmo, infiammazione emorroidale)*
 29 maggio **8,4**
 22 giugno fine radioterapia
 26 giugno **3,3** sospeso *Enantone*
 3 agosto **3,9** *free 2,39 (61,3 %)*
 1 settembre **5,2** *free 3,26 (62,7 %)*

	1 ottobre	9,6	<i>free</i> 4,85 (50,5 %)
	7 ottobre		pet tac (Castelfranco Veneto): <i>a livello iliaco comune D linfonodo (10 -15 mm), lesioni di natura secondaria prevalentemente litiche in numerose vertebre lombari dorsali e cervicali (una maggiore a livello lombare di circa 2 cm) e in un arco costale a dx in parete laterale</i>
	22 ottobre		I <u>chemioterapia</u> con <i>taxotere</i> (Piove di Sacco)
	28 ottobre		rmn rachide: <i>multiple disseminate lesioni focali, in particolare di C2, dei corpi dorsali da D2 a D7 e del passaggio dorsolombare, in particolare L2 (oltre il peduncolo dx di D4, quello sn di D5 e sn di L2), lesioni caratterizzate da ipointensità in T1 e iperintensità in T2 e riferibili a localizzazioni ripetitive</i>
	3 novembre		rx emicostato e bacino: <i>diffusa riduzione del tono calcico a livello del sacro e rarefaz. della struttura ossea a sn a livello del pedunc. e dell'apofisi traversa di</i>
L5	5 novembre		II chemio
	19 novembre		III chemio
	1 dicembre	6,5	
	3 dicembre		IV chemio
	17 dicembre		V chemio
2005	11 gennaio		VI chemio
	21 gennaio	6,1	
	31 gennaio		VII chemio
	11 febbraio		rmn rachide: <i>significativa parziale regressione delle lesioni ossee; i metameri+ compromessi sono L1 e L2, D6 e D7, D2 e D3 e il peduncolo dx di D4; le alterazioni ossee sono di tipo misto con prevalenza della componente litica</i>
	14 febbraio		VIII chemio (poi <i>tavanic 500</i> per affezione vie respiratorie)
	4 marzo		busto rigido C35 (post visita ortopedico e neurochirurgo)
	5 marzo	6,8	
	7 marzo		IX chemio
	30 marzo		X chemio (post <i>medrol 16</i> per leucopenia)
	1 aprile		sospeso <i>Casodex</i>
	6 aprile		1° <u>Zometa</u> (Oncologia Fatebenefratelli) con <i>Natecal D3</i> (1 al dì)
	15 aprile		XI chemio
	2 maggio	19	
	3 maggio		XII chemio + <i>estracyt</i> (2 al dì)
	6 maggio		2° <u>Zometa</u>
	19 maggio		pet tac (Castelfr. veneto): <i>remissione malattia linfonodale dopo trattamento, ma verosimile progressione ossea</i>
	26 maggio	12,9	rx rachide e torace: <i>multiple metastasi osteoaddensanti</i> eco: <i>reni: modesta calico piletasia bilaterale; fegato: lieve aumento dimensioni, ecostruttura finemente disomogenea</i>
	31 maggio		XIII chemio
	3 giugno		3° <u>Zometa</u> (<u>inizio incontinenza urinaria</u>)
	11 giugno	7,5	urinocoltura neg. (<u>inizio edema arti inferiori</u>)
	13 giugno		XIV chemio (<i>estracyt</i> passa a 3 al dì)
	14 luglio	6,5	(<u>aumento incontinenza ed edema</u>)
	15 luglio		4° <u>Zometa</u>
	18 luglio		XV chemio
	18 agosto	8,7	
	19 agosto		5° <u>Zometa</u>

5 settembre		eco transrett (<i>aspetto ad angolo acuto a livello del raccordo tra collo vescicale e uretra prossimale con scarsa definizione di una struttura sfinteriale</i>)
6 settembre		XVI chemio
	5,9	<i>free 1,3 (22,4 %)</i>
20 settembre		XVII chemio
21 settembre		6° Zometa
10 ottobre		<u>edema con dolore polpaccio sn + 2 episodi fatica cardio-respiratoria nel periodo</u>
17 ottobre	13,9	
18 ottobre		XVIII chemio e 7° Zometa (<i>estracyt</i> passa a 5 al di)
19 ottobre		ecodoppler: <i>trombosi venosa occlusiva non recente della vena poplitea sn con discreto compenso emodinamico attraverso la safena esterna (anticoagulante Clexane 4000 + diuretico + vasoprotettore Venosmine forte)</i>
7 novembre		XIX chemio + ecodoppler: <i>il tratto più distale della vena poplitea di sin. e con estensione alla vena per il muscolo gastrocnemio laterale e per il 3°</i>
<i>medio</i>		<i>– 3° prossimale della vena tibiale posteriore, risultano occupati da trombo</i>
19 novembre	12,6	
21 novembre		XX chemio e 8° Zometa + ecodoppler: <i>persiste occlusione trombotica del tratto prossimale del ramo venoso profondo che decorre nel contesto del muscolo gastrocnemio laterale</i>
22 novembre		ecg (tracciato nei limiti di norma) p.a. 120/80 buon compenso emodinamico
23 novembre		test urodinam.(Urologia Gemelli): <i>parametri cisto manometrici regolari in fase di riempimento e svuotamento.</i> <u>Non documentata incontinenza urinaria</u> (la formula corretta dovrebbe essere: “non risulta una delle forme di incontinenza cui sono mirati i test”). (<i>Estracyt</i> torna 3 al di)
1 dicembre		Pet/tac (Castelfranco Veneto): <i>lieve riduzione in gradiente per quanto attiene all’accumulo del tracciante a carico di alcune vertebre (L2) mentre si riconosce un lieve aumento dell’attività metabolica al corpo dell’8^ vertebra dorsale. Sostanzialmente invariati i restanti reperti. Conclusioni: reperti nel complesso orientativi di malattia stazionaria.</i>
2 dicembre		ecodoppler: <i>circolo venoso superficiale pervio; trombosi vena poplitea</i>
<i>sin.</i>		<i>con vena parzialmente ricanalizzata; reflusso corto alla crosssafena femorale sin. Nulla da rilevare nell’asse venoso ds</i>
10 dicembre	18,7	
12 dicembre		XXI chemio + 9° Zometa + ecodoppler: ok. Previa RMN dorso-lombare, si consiglia valutazione neurochirurgica e/o ortopedica per eventuale vertebroplastica nonché valutazione radioterapica per eventuale trattamento locale.
13 dicembre		Controllo test urodinamici Gemelli: <i>Vesiker 5 mg (1 al di).</i>
19 dicembre		Controllo radioterapico Fatebenefratelli: si consiglia determinazione EGFR. Rmn + Rx torace: <i>si conferma la presenza a livello del rachide dorso-lombare di multiple alterazioni ossee di tipo misto (in prevalenza osteo addensanti e in parte di tipo osteolitico) con morfologia dei corpi vertebrali ancora conservata. L’odierno controllo mostra una progressione delle lesioni a livello di D2, D3 e D9 e una sostanziale stazionarietà delle restanti lesioni ossee. A livello lombare la vertebra più compromessa è L2 ove è ancora riconoscibile una componente tissutale con caratteristiche di iperintensità. E’ presente diffusa iperintensità di segnale di tipo post-attinico in</i>
<i>corrispond</i>		<i>di L5 e delle vertebre sacrali. L’esame è stato completato con esame radio grafico standard che meglio documenta le lesioni osteo addensanti (si</i>

conferma quella dell'arco poster. della VI costa sn) e la diffusa

osteopenia.

21 dicembre 13,9
22 dicembre

XXII chemio + ecodoppler: ok. Si concorda sospensione della terapia infusionele Zometa escluso) con mantenimento di quella orale (estracyt 2 al dì).
Angiologo consiglia sostituire Clexane 4000 (punture) con Prociclide (1 al

di)
2006

9 gennaio 28,8
10 gennaio

10° Zometa. Si concorda graduale aumento di estracyt a 6 al dì; rivalutazione esame istologico per valutare eventuale presenza di aspetti neuroendocrini e scinti ossea per valutare eventualità di una terapia radio-metabolica.

16 gennaio
corrispondenza

scinti: aree di patologica fissazione del tracciante osteotropo in

di: multipli metameri vertebrali; VIII costa ds e II, III e IV costa sn. Tali reperti sono da riferire a localizzazioni secondarie di eteroplasia. Si segnala aumentata captazione in corrispondenza di entrambi i polsi.

28 gennaio
13 febbraio 39,7
15 febbraio
1 marzo

I° dolore notturno e seguenti curati con FANS

11° Zometa. Si concorda sospensione estracyt.
TC rachide lombosacrale (su richiesta del prof. Barone, oncologo Gemelli): metastatizzazione multipla, prevalentemente di tipo osteoaddensante, del rachide lombare i cui metameri mantengono morfologia sostanzialmente conservata. In particolare non si rileva sconfinamento di tessuto neofornato verso il canale sacrale e/o i forami di coniugazione. Assenza di immagini di ernie o protusioni discali. Discopatia degenerativa di L5-S1.

13 marzo 53

14 marzo

12° Zometa (DH Antea, per sciopero Fatebenefratelli)

10 aprile 129

11 aprile

13° Zometa (DH Antea)

14 aprile

dolore serale e notturno forte continuo lombare sn (Toradol)

18 aprile

port inserito presso UO dolore S. Filippo Neri (dott. Lo Presti)

Crisi notturna ipotensione (reazione al Toradol?)

20 aprile

I chemio (carboplatino + vinorelbina) (DH Oncologico Gemelli)

28 aprile

II chemio (vinorelbina + 14° Zometa)

5 maggio

dolore gabbia toracica per + giorni (Toradol + Bentelan) + Ciproxin per bronchite

9 maggio

Crisi ipotensione (reazione al Toradol?)

11 maggio 165

15 maggio

III chemio (carboplatino + vinorelbina) Oncologo Gemelli prescrive Transtec e Effergal. DH Antea fornisce gocce Oramorph.

16 maggio

RM colonna vertebrale: *In particolare a livello cervicale le alterazioni di segnale coinvolgono prevalentemente C4 e C7 con relativo risparmio dei somi delle rimanenti vertebre. Il muro posteriore di C4 appare debordante nel canale centrale. A livello dorsale è presente un interessamento diffuso delle vertebre. Coesiste una alterazione morfologica e di segnali del midollo in corrispondenza di D2 e D4 con aspetto rigonfio e fusiforme come per localizzazione di malattia in sede perimidollare intracanalare. Tessuto debordante dal muro posteriore anche a livello D6 – D7. Conservata l'ampiezza dei somi vertebrali. In sede lombare il quadro di malattia diffusa appare risparmiare relativamente il sacro e il corpo di L5. Tessuto ipointenso che si estrinseca nel canale centrale posteriormente al corpo di L2.*

22 maggio

IV chemio (vinorelbina + 15° Zometa). Oncologo Gemelli consiglia busto e collare,

24 maggio radioterapia su C3/C5 e su L1/L3, TC torace addome.
TC torace addome pelvi con mdc. *Torace: a ds si segnala a livello del lobo medio un'area di atelettasia lamellare riferibile verosimilmente a focolaio di flogosi parenchimale in regressione e a livello del recesso polmonare postero inferiore una piccola immagine nodulare. In sede mediastino-ilare non si rilevano linfonodi ingranditi. Si confermano le note alterazioni ripetitive vertebrali e costali. Addome-pelvi: fegato di regolare morfologia e dimensioni con densità parenchimale omogenea esente da patologia focale. Non dilatazione delle vie biliari intra ed extra epatiche. Colecisti alitiasica. Non aspetti patologici a livello del pancreas, della milza, dei surreni e dei reni. Non dilatate le vie escretrici urinarie. La vescica è normodistesa e le sue pareti hanno spessore uniforme. Si confermano le note lesioni scheletriche.*

27 maggio

29 maggio

31 maggio

1 giugno

223

Oncologo Gemelli consiglia tc cranio

Radioterapisti Fatebenefratelli programmano terapia vertebre cervicali e dorsali. Chiedo di concordarla con l'oncologo del Gemelli.

I radioterapia vertebre cervicali e dorsali

II radioterapia vertebre cervicali e dorsali

TC cranio mdc. *Non si rilevano sotto e sovratentoriale significative alterazioni focali dei valori di densità del parenchima encefalico né aree di alterato enhancement dopo mdc. Il sistema ventricolare è in asse sulla linea mediana e ha normale morfologia e dimensioni. Normali gli spazi liquorali sub aracnoidei.*

Sbandamenti e mancamenti, gambe si paralizzano. Presa una carrozzella.

2 giugno

Paralisi, perdita totale di controllo, blocco urinario:

Radioterapisti propongono ricovero Fatebenefratelli: proseguire terapia.

Oncologo Gemelli propone ricovero Gemelli: proseguire radio terapia.

Palliativista Antea propone ricovero hospice.

3 giugno

Pronto soccorso Gemelli: urgenza *paraparesi, ritenzione urinaria*

Consulenza neurologica: compressione midollare a livello dorsale (Dott.ssa M.L. Vaccario). Visita ortopedica: paraplegia e areflessia arti inferiori. Chirurgo vertebrale, considerato il quadro clinico, le localizzazioni multiple al rachide e la prognosi *quo ad vitam*, non ravvisa la necessità di una decompressione (dr. Francesco Tamburrelli)

ricovero hospice Antea:

sospeso *Transtec*, cambia con *durogesic 25*, poi *50*; *desametasone 8mg*; protettore gastrico, *ciproxin* e miorilassante.

5 giugno

16° *Zometa*

5 giugno

Cambio Gripper del Port

14 giugno

RM rachide: *esame eseguito prima e dopo mdc secondo piani sagittali*

e

assiali con immagini T1 e T2 pesate eseguite con tecnica di sottrazione del segnale del grasso. L'odierno controllo messo a confronto con l'esame RM

del 16.5.06 conferma rigonfiamento e alterazione di segnale del midollo a livello di D2 e D4 secondario a infiltrazione discariocinetica dei tessuti periradicolarli e perimidollari nel tratto compreso tra la limitante discosomatica inferiore di D1 e la limitante inferiore di D4. Sono invariati

i

restanti reperti segnalati relativi alla condizione ripetitiva diffusa del rachide e alla conservazione dell'altezza dei corpi somatici. A livello cervicale il corpo vertebrale più compromesso è C4 che mostra modico

rigonfiamento del muro somatico posteriore. Attualmente non è evidente sconfinamento verso il canale cervicale. A livello lombare la vertebra più compromessa sul versante posteriore è L2.

16 giugno
18 giugno
22 giugno
Commento:

I[^] *crisi psicofisica* dopo due giornate faticose (RMN e carrozzella).
Cambio Gripper del Port
Testimonianza al seminario Antea sulla riabilitazione ai malati *terminali*

“Perché piangi? Soffri?”
“No, sono contento.”
“Cosa è successo?”
“Ho incontrato la mia fragilità”
“E cosa ti ha detto?”
“Ben arrivato, amico mio”.

26 giugno
26 giugno
3 luglio

121

Cambio catetere vescicale
Lettera di convocazione da Urologia del Gemelli: "ricovero il 12 luglio in reparto" per intervento su un'incontinenza che peraltro dai test "non risulta". Ho risposto: "già provveduto, grazie".
Cena esterna a Roma (in carrozzella con tampone)
Vista cartella clinica. Nota dominante: "tranquillo".

4 luglio
14 luglio
Commento:

*Da Italo Calvino: “il mio segno è la Bilancia
nel mio carattere equilibrio e squilibrio correggono a vicenda i loro eccessi”*
Dal romano popolino: “sor Tranquillo ha fatto una brutta fine”.

17 luglio
30 luglio
3 agosto
9 agosto
11 agosto
16 agosto
17 agosto
18 agosto
28 agosto

Cambio catetere vescicale
Cambio catetere vescicale
Pranzo esterno a Rocca di Papa.
Cambio Gripper del port
Cena esterna a Roma.
Glicemia a 120.
Presentazione libro Arpea a Rocca di mezzo (AQ)
17° *Zometa*
Cambio catetere vescicale (in quanto, già intasato di sedimento e sangue rappreso, è uscito dall'anastoma con emorragia)
ciclo *Ciproxin* e *Clexane 4000* anticoagulante (per edema gamba sn)

11 settembre
12 settembre
13 settembre
14 settembre
15 settembre

135

sospeso anticoagulante e aumentato cortisone (da 8 a 12 mg) per edema gamba sn: disfunzione circolazione linfatica
Eritema con pustole al petto, braccio sn e retro: *erpex zoster*.
Cure: crema e pillole di *Zovirax*
18° *Zometa*
Eco addome pelvi: *fegato normale per forma e dimensioni, lievemente aumentate a ecostruttura sufficientemente omogenea, diffusamente iper-riflettente come per epatopatia a impronta steatosica esente da alterazioni focali evolutive. Colecisti poco distesa, alitiasica. Vie biliari intra ed extra epatiche e diramazioni portali di calibro normale. Milza normale per forma, dimensioni ed ecostruttura. Assenza di alterazioni renali valutabili con le metodica e in particolare non sono evidenti immagini riferibili a calcoli né a dilatazioni delle cavità calico-pieliche. Non esplorabile il pancreas per l'intenso meteorismo intestinale. La*

vescica risulta poco distesa, a pareti ispessite, apparentemente alitiasica. Non sono riconoscibili formazioni vegetanti endoluminali nei limiti del potere di risoluzione della metodica. Esito di prostatovescicolectomia radicale. Non versamento libero in addome (dr. A. Amatruda, Villa Aurora).

19 settembre		fasciatura della gamba sn con bende elastiche
21 settembre		sostituzione catetere vescicale (più grande) + antibiotico
settembre		diuretico
5 ottobre		sostituzione gripper del port
6 ottobre		sostituzione catetere vescicale (+ antibiotico)
12 ottobre		19° Zometa e nuovo medicinale antalgico <i>Lirica</i> per fitte <i>erphes zoster</i> (chi l'ha deciso? chi me lo ha chiesto?)
13 ottobre		crisi depressiva (<i>due giorni e una notte di torpore fitto</i>)
18 ottobre		un mese senza scendere dal letto (molte feci e gas)
24 ottobre		<i>in carrozzella con gru sollevatrice e uscita all'esterno</i>
25 ottobre		<i>in carrozzella con tavoletta, cambio del gripper del port</i>
26 ottobre		<i>in carrozzella con tavoletta</i>
27 ottobre		sostituzione del catetere vescicale, prosegue diuretico + <i>Lirica</i>
3 novembre		<i>riprese tavoletta e carrozzella, miglioramento arrossamento osso sacro ma edema persistente in entrambi gli arti inferiori nonostante le cure: è la premessa ineluttabile a un insieme di fenomeni degenerativi che si dice anasarca?</i>
5 novembre		sostituzione del gripper del port (con calibro più grande), più 4 gocce <i>Oramorf</i> al bisogno, per fitte in zona port
8 novembre		analisi: <i>gammaglutamiltransferasi (ygt) 128 fosfatasi acida totale 16 ldh: latticodeidrogenasi 545 (su 100/150)</i>
10 novembre	258	Tolto gripper del port. Aumentato <i>durogesic a 75</i> , poi sostituito con terapie orali
15/27 novembre		<i>Ricerca nuovo equilibrio tra dolore e analgesici antiinfiammatori (dolore neuropatico: indoxan) e/o oppiacei (dolore tollerabile)</i>
27 novembre		cambio catetere vescicale (<i>dr.ssa Carla</i>)
29 novembre		<i>catarro (antibiotico)</i>
3 dicembre		analisi: <i>calcemia non va, pressione bassa, sospendo Zometa</i>
dicembre		<i>vari episodi di pressione bassa, troppo bassa per il diuretico appetito sostenuto, feci abbondanti (fecaloma, svuotamenti, ecc) segnali disfunzione circolaz. sangue (petecchie, specie braccio sn)</i>
15/31 dicembre		Rifiuto consegna cartella clinica (<i>dr.ssa Carla</i>): protesta e consegna Ricompare dr. Leonardo. Annuncio spostamento dies <i>a quo</i> (1.1.07) e dies <i>ad quem</i> (dal 31.12.06 a trasloco ultimo malato s.Maria pietà)
28 dicembre		Offesa a infermiere Emanuele: " <i>lei trae piacere da sofferenza altrui</i> " (avrei dovuto dire: " <i>mi pare lei tragga piacere da mia sofferenza</i> ").
31 dicembre		Partecipazione pranzo (<i>paella</i>) e preparazione cena (<i>pesto</i>) finali.
30 dicembre		<i>Fatigue di vivere (perdita sensibilità braccio e centratura occhio</i>
sn)		
2007 1 gennaio	commento:	<i>Si ritroveranno tutti i pezzi della passeggiata, bimbo distratto? cambio catetere vescicale</i>
12 gennaio		<i>terapia d'urto (flebo) con diuretico (controllo pressione OK) giorni alterni mezze dosi esiti buoni</i>

15 gennaio 334

23 gennaio

dopo sospensione diuretico, prelievo sangue dal port per analisi di controllo e inizio anticoagulanti (clexane) per paura trombosi gamba dx (partita dalla dr.sa Carla Pizzoli, che prescrive anche antibiotico, e confermata dal dr. Giovanni Eusepi e, per telefono, dal dr. Giuseppe Casale). La prima puntura viene eseguita (infermiere Emanuele) con una certa fatica a trovare cute adatta. Fragilità capillari.

24 gennaio

Arrivate le analisi, dati regolari. Discussione prima con il dr. Leonardo Terzoli e poi con dr. Giuseppe Casale che mi visita. Concordiamo una sospensione della terapia anticoagulante e la ripresa invece di quella con il diuretico (oggi mezza dose, da dopodomani dose intera).

25 gennaio

26 gennaio

intervento (registrato) al convegno Antea Formad sulla auto ipnosi cambio grippe

6 febbraio una di notte

Malessere, pressione alta (160/100), prese alcune gocce di tranquillante. Addormentato profondamente.

6 febbraio mattina

Non risponde agli stimoli verbali. Sonno profondo. Niente urine. 10 mg di morfina nel port + 10 mg in infusione con fisiologica.

6 febbraio pomeriggio

Apnee prolungate.

6 febbraio ore 15,20

Morte

Prima o poi chiedere un **consulto** tra:*

*urologo (**Bassi**) radiologa (**Cecconi**) radioterapisti (**Marmioli**, **Bonanni**) oncologi (**Fornasiero**, **Barone**) palliativisti (**Casale**, **Pellegrini**, **Belletti**) medico di famiglia (**Pacileo**)*

**quando sarà pronto il seguito de "la dura vita del beato porco" (Il pensiero scientifico editore) da leggere?*