

IMPATTO DELL'INTENSITÀ E DELLA TEMPESTIVITÀ DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI ONCOLOGICHE SUL DECESSO IN OSPEDALE E SUL NUMERO DI GIORNI DI RICOVERO MEDICO ORDINARIO TERMINALE

Negli ultimi anni diversi provvedimenti normativi e di programmazione sanitaria nazionale e regionale hanno consolidato reti integrate di cure palliative oncologiche, valorizzando anche l'utilizzo dell'hospice a supporto degli interventi di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche (CPDO) a fronte di specifiche esigenze cliniche ed assistenziali. In particolare il Piano Socio-Sanitario della Regione Veneto ha definito un quadro di forte integrazione all'interno del Nucleo di Cure Palliative tra Medicina Generale, Unità Operativa dedicata di Cure Palliative, servizi di cure domiciliari e rete territoriale dei servizi residenziali (Hospice e Centri Servizi).

Il *trait-d'union* di tutte queste attività è la Centrale Operativa Territoriale, la quale riconosce i bisogni del paziente ed aggiorna di conseguenza il piano di assistenza, che si sviluppa con continuità attraverso tutti i differenti setting di cura. L'approccio della Regione si contraddistingue quindi per l'accentuazione posta sull'integrazione, laddove il modello del Ministero sottolinea maggiormente l'attività svolta dalle Equipe multiprofessionali dedicate di Cure Palliative, individuando per queste un cut-off di intensità di assistenza piuttosto impegnativo (Coefficiente di Intensità Assistenziale >0,5 corrispondente ad una presenza a domicilio a giorni alterni).

Lo scopo del presente lavoro è quello di valutare l'impatto dei piani di assistenza di CPDO nella Regione del Veneto rispetto al decesso in ospedale ed alla permanenza in ospedale nel corso degli ultimi 15 giorni di vita.

Metodi

Sono stati linkati i flussi Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2007-13, Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare (SIAD) 2012-13, e Hospice 2013 al fine di analizzare i percorsi assistenziali di fine vita dei 5.379 residenti deceduti negli ultimi 9 mesi del 2013 per tumore solido in età 18-85 anni, individuati tramite il registro delle Schede di Morte. Sono stati esclusi i pazienti entrati direttamente in hospice (424) ed i pazienti presenti a domicilio per meno della metà del periodo di esposizione (354) in quanto possibilmente inleggibili per le CPDO per l'assenza o l'indisponibilità di risorse assistenziali attivabili da parte dei familiari, per la presenza di quadri clinici e sintomatologici difficilmente gestibili a domicilio o anche per vincoli inerenti la coabitazione con gli altri membri del nucleo familiare, che può divenire problematica negli ultimi giorni di vita - specialmente in presenza di minori.

E' stata definita una finestra di esposizione alle CPDO tra 90 a 16 giorni prima del decesso, mentre gli ultimi 15 giorni di vita sono stati scelti come finestra di osservazione per la permanenza in ospedale a fine vita. L'esposizione alle CPDO è stata descritta considerando il numero dei singoli accessi effettuati (anche nel caso in cui siano multipli nel corso della medesima giornata) e caratterizzata per intensità (<2/2-3/4+ accessi per settimana), e tempestività (primo accesso effettuato almeno 30 giorni prima del decesso).

Sono stati esclusi dall'analisi gli assistiti residenti in 6 Aziende ULSS in cui non vi è una buona registrazione delle date di accesso domiciliare del Medico di Medicina Generale, descritta come presenza di giornate di

apparente picco di attività giornaliera (superiore a 3 volte la media giornaliera), che in realtà sono dovuti ad errori in fase di registrazione. Come categoria di riferimento rispetto alla valutazione di impatto delle CPDO sono stati considerati in maniera conservativa gli assistiti con meno di due accessi per settimana e inizio delle Cure Domiciliari nell'ultimo mese di vita, considerando il fatto che i pazienti non inseriti in un piano assistenziale di CPDO potrebbero comunque essere diversi ed in particolare più impegnativi dei rimanenti rispetto a caratteristiche non adeguatamente descritte dai dati amministrativi (ad esempio: presenza di dolore intrattabile o di sintomi stressanti, indisponibilità di un supporto assistenziale da parte dei familiari).

E' stata inserita una variabile dicotomica che descrive la successiva attivazione dell'Hospice a supporto di un piano di assistenza in CPDO già attivato. Sono state considerate come covariate rilevanti: sesso, genere, stato civile, residenza in comune con azienda ospedaliera, sede del tumore primitivo (polmone), indice di comorbidità di Charlson ricavato dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (dal 2007 a 15 giorni prima del decesso, senza considerare il punteggio associato alla diagnosi di tumore).

I fattori di rischio per il decesso in ospedale (Risk Ratio, RR) e per il numero medio di giorni di ricovero medico ordinario terminale sono stati stimati con una regressione di Poisson robusta.

Risultati

Le principali caratteristiche dei 4.601 assistiti in studio (Tabella 1) sono: genere maschile (60,8%), età superiore a 75 anni (43,1%), coniugato (67,7%), sede del tumore primitivo (polmone 23,1%), indice di comorbidità di Charlson >0 (31,7%). Il 48,4% delle persone in studio non risultava inserito in alcun programma di CPDO; questa percentuale varia tra le diverse Aziende ULSS (range 33,6%-57,6%). In media il 27,1%, il 12,9% ed il 11,6% degli assistiti aveva ricevuto <2, 2-3 e 4 accessi/settimana nel periodo di esposizione; il 43,6% aveva avuto una presa in carico a domicilio almeno 30 giorni prima del decesso ed il 12,9% è stato successivamente ricoverato in hospice per un breve periodo a fine vita (negli ultimi 15gg - mediana 7, IQR 3-14). Gli accessi nell'ultimo mese di vita sono stati effettuati dal MMG (15,8%), dal Medico palliativista e/o specialista del Distretto (11,2%), dall'infermiere (71,9%), dal Medico di Continuità Assistenziale (0,2%), da altri operatori sanitari (0,9%).

Come atteso, le persone che hanno una comorbidità rilevante e i pazienti con cancro primitivo del polmone hanno un rischio moderatamente aumentato di morire in ospedale, mentre gli anziani di 75-84 anni hanno un rischio sensibilmente inferiore (RR 0,78 CI 95% 0,69-0,88); il genere e lo stato civile invece non modificano l'outcome. La percentuale di persone decedute in ospedale, aggiustata per tutte le altre covariate, è pari rispettivamente al 40,4%, 29,7% e 25,3% in chi ha ricevuto <2, 2-3 e 4+ accessi/settimana con un'attivazione tempestiva ed al 43,3%, 34,1% e 27,0% in chi ha avuto un'attivazione tardiva delle CPDO (Figura 1). La percentuale aggiustata di decesso in ospedale inoltre scende al 3,2% in chi ha avuto un accesso in Hospice a supporto del piano di assistenza in CPDO, mentre tra coloro che non sono entrati in un programma di CPDO la percentuale aggiustata di decesso in ospedale è pari al 50,6%.

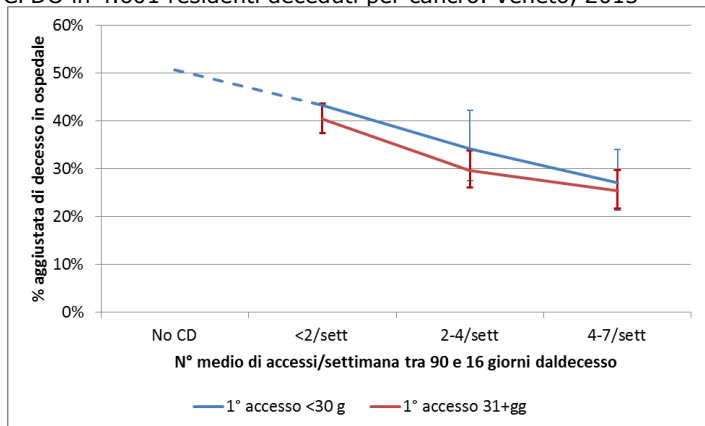
La riduzione della percentuale di decesso in ospedale è significativa (RR=0,73 CI 95% 0,60-0,89) per tutti i pazienti che hanno avuto un'intensità assistenziale pari ad almeno 2 accessi/settimana, ed anche più marcata in

coloro che hanno avuto almeno 4 accessi/settimana (RR=0,60 CI 95% 0,49-0,74), mentre non è osservabile (RR=0,93 CI 95% 0,79-1,10) in chi ha avuto meno di 2 accessi/settimana con un piano assistenziale avviato almeno un mese prima del decesso.

Tabella 1: Deceduti per cancro tra 18 e 85 anni d'età definiti eleggibili per le Cure Palliative Domiciliari Oncologiche (15 ULSS della Regione Veneto, 2013)

		N	%
Totale		4.601	100,0%
Sesso	Maschi	2.797	60,8%
	Femmine	1.804	39,2%
Classe d'età	18-44	99	2,2%
	45-64	1013	22,0%
	65-74	1504	32,7%
	75-84	1985	43,1%
Coniugato	Non coniugato/a	1485	32,3%
	Coniugato/a	3116	67,7%
Residenza in comuni con azienda osp.	No	4.005	87,0%
	Si	596	13,0%
Indice di comorbidità di Charlson (escluso punteggio tumore)	0	3143	68,3%
	1	821	17,8%
	2	330	7,2%
	3+	307	6,7%
Accesso in Hospice	No	4.007	87,1%
	Si	594	12,9%
Sede del tumore primitivo	Altro	3.537	76,9%
	Polmone	1.064	23,1%
Intensità delle CD nei 90-15gg prima del decesso e tempestività in giorni dalla morte della presa in carico	No CD	2226	48,4%
	<2/sett;16-30gg	111	2,4%
	<2/sett;31+gg	1134	24,6%
	2-4/sett;16-30gg	116	2,5%
	2-4/sett;31+gg	479	10,4%
	4-7/sett;16-30gg	141	3,1%
	4-7/sett;31+gg	394	8,6%

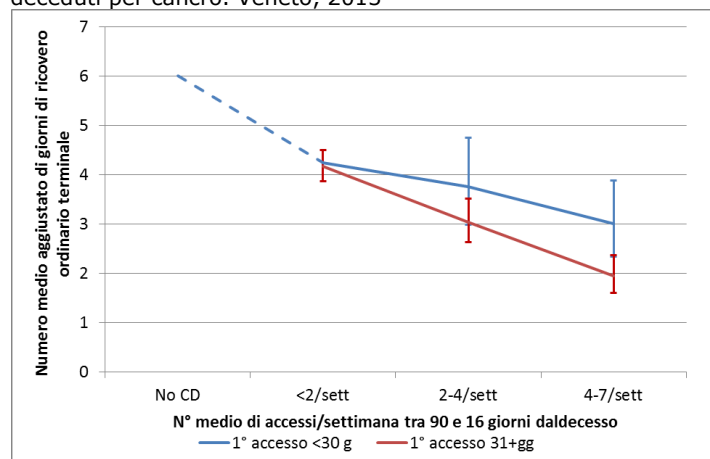
Figura 1: Percentuale aggiustata* di decesso in ospedale, in funzione dell'intensità e della tempestività della presa in carico in CPDO in 4.601 residenti deceduti per cancro. Veneto, 2013



* Percentuale aggiustata per genere, età, stato civile, residenza in comune con azienda ospedaliera, sede del tumore primitivo, comorbidità, successiva attivazione dell'Hospice

Analoghe differenze sono state osservate rispetto al numero di giorni di ricovero medico ordinario nelle due ultime settimane di vita (Figura 2).

Figura 2: Numero medio aggiustato* di giorni di ricovero medico ordinario negli ultimi 15 giorni di vita, in funzione dell'intensità e della tempestività della presa in carico in CPDO in 4.601 residenti deceduti per cancro. Veneto, 2013



* Percentuale aggiustata per genere, età, stato civile, residenza in comune con azienda ospedaliera, sede del tumore primitivo, comorbidità, successiva attivazione dell'Hospice

Conclusioni

L'impatto delle CPDO supportate dall'hospice in una piccola quota di pazienti non gestibili a domicilio negli ultimi giorni di vita è notevole. In particolare, se si considera come categoria di riferimento quella degli assistiti che non sono entrati in un piano di assistenza palliativa domiciliare, si riscontra una riduzione pari al 50% per il decesso in ospedale ed al 32% per i giorni di ricovero medico ordinario terminale. L'impatto sul sistema di servizi risulta quindi rilevante, in particolare nelle Aziende ULSS in cui i Nuclei di Cure Palliative hanno già raggiunto un buon consolidamento ed una buona integrazione con la rete dei servizi territoriali, suggerendo una influenza dei modelli organizzativi sui risultati. L'intensità e la tempestività della presa in carico in CPDO possono ragionevolmente essere raggiunte in tutta la Regione con una forte integrazione tra Medicina Generale, Rete dei servizi territoriali socio-sanitari e di supporto socio-assistenziale e risorse dedicate (Hospice, Unità Operativa di Cure Palliative); questo può definire un'alternativa di servizio più dignitosa e più rispondente ai bisogni complessi e multidimensionali dei pazienti e delle loro famiglie rispetto ad un ricovero di fine vita in un reparto per acuti.

Bibliografia

- 1) Seow H, Barbera L, Howell D, Dy SM. Using more end-of-life homecare services is associated with using fewer acute care services: a population-based cohort study. *Med Care*. 2010 Feb;48(2):118-24.
- 2) Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014 Jun 1;120(11):1743-9.

A cura di:

Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore (Franco Figoli, Maria Cristina Ghiotto, Maurizio Cancian, Cosimo De Chirico, Lamberto Pressato)
 Azienda ULSS 3/IOV (Samantha Serpentine)
 Settore Informativo SSR (Lorenzo Gubian)
 Gruppo di lavoro SER

Per informazioni:

Sistema Epidemiologico Regionale
michele.pellizzari@regione.veneto.it