

L'assistenza ospedaliera nel fine vita oncologico in Veneto

**Manola Lisiero, Francesco Avossa, Michele
Pellizzari, Elena Schievano, Mario Saugo**

**XXXVI CONGRESSO ANNUALE AIE
Bari, 29-31 ottobre 2012**

Sistema Epidemiologico Regionale

Il lavoro si propone di studiare l'assistenza che viene erogata nel fine vita dei pazienti oncologici attraverso l'utilizzo delle **fonti correnti** e in particolare **dell'archivio regionale delle schede di morte, delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)** e delle **prestazioni ambulatoriali**.

È in previsione anche l'utilizzo dell'archivio della farmaceutica territoriale per studiare l'assunzione di chemioterapie orali e di farmaci antidolorifici e di quello delle cure domiciliari per l'analisi dell'assistenza territoriale nel fine vita oncologico.

- Nei pazienti e nella comunità scientifica vi è unanime consenso sul fatto che nel fine vita il paziente oncologico dovrebbe poter rimanere nella sua casa fino al decesso.
- I ricoveri, in particolare quelli medici e quelli in reparti di terapia intensiva effettuati nelle settimane che precedono il decesso sono considerati potenzialmente inappropriati e indicativi di una non corretta gestione del paziente oncologico nelle ultime fasi della vita.
- Le terapie con intento curativo dovrebbero essere limitate nella fase terminale della malattia neoplastica.
- Studio ISDOC (Italian survey of dying of cancer):
 - Il 63% dei pazienti che muoiono per neoplasia riceve un'ospedalizzazione nei tre mesi che precedono il decesso mentre solo un terzo trascorre l'intera fase terminale a casa.
 - Un terzo dei pazienti con neoplasia maligna muore in un luogo diverso da quello desiderato.
- La Regione Veneto ha definito con il Piano Socio-Sanitario 2012-2016 un nuovo modello organizzativo per le cure Palliative, integrato nel Distretto e trasversale rispetto ai tradizionali setting di cure palliative: ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

- Disegno dello studio: coorte retrospettiva.
- Popolazione studiata: deceduti con causa di morte di neoplasia nel periodo compreso tra Luglio 2009 e Giugno 2010 utilizzando l'archivio regionale delle schede di morte:
 - linkage con l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera
 - linkage con l'archivio delle prestazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Analisi descrittiva:
 - dell'ospedalizzazione nei 30 e nei 90 giorni precedenti il decesso per neoplasia
 - delle chemioterapie erogate nei 30 e nei 90 giorni precedenti il decesso per neoplasia.
- Costruzione di indicatori della qualità dell'assistenza nel fine vita oncologico.

Deceduti per neoplasia in Veneto. Luglio 2009 - Giugno 2010

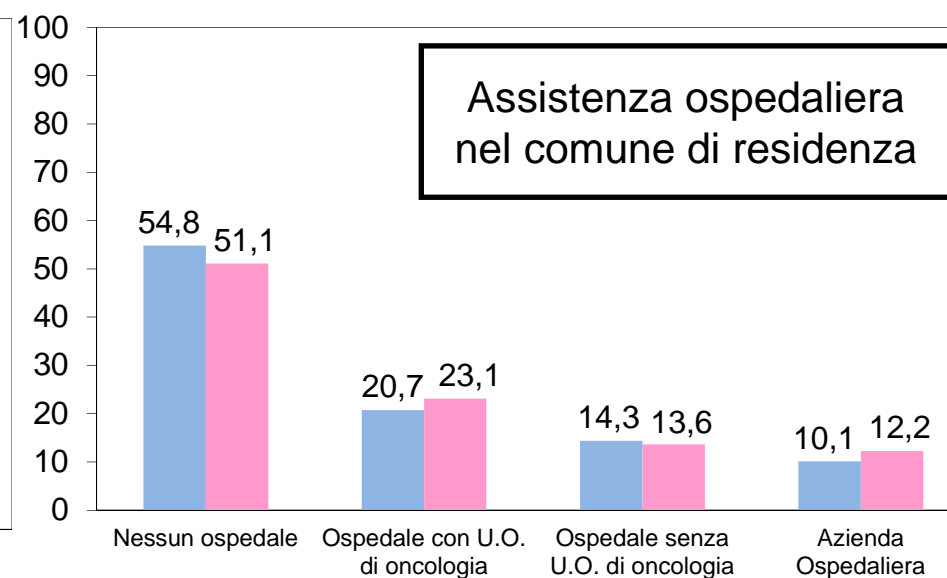
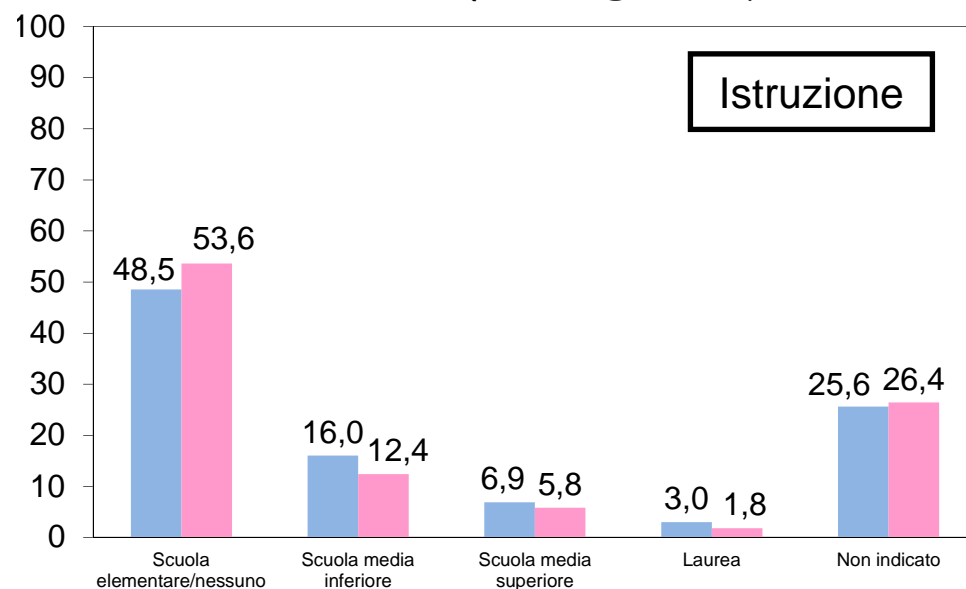
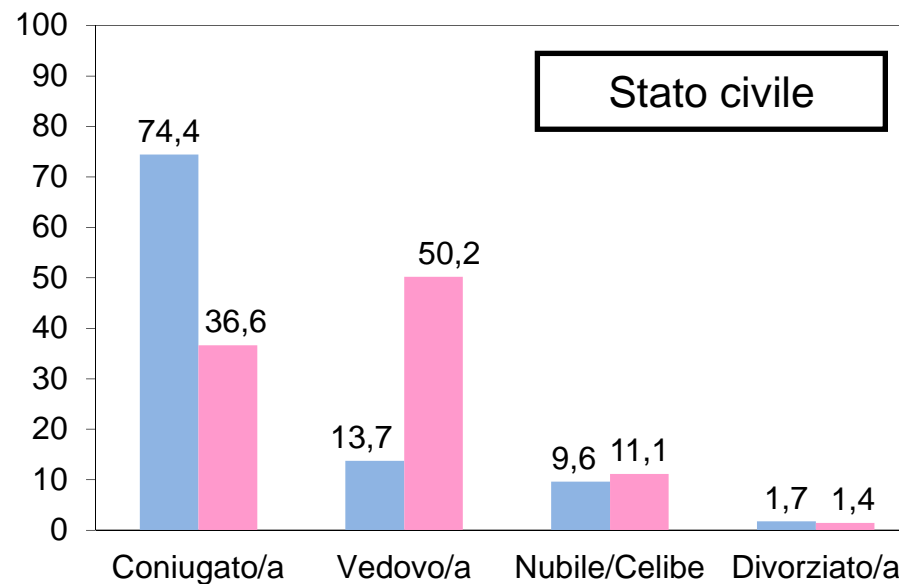
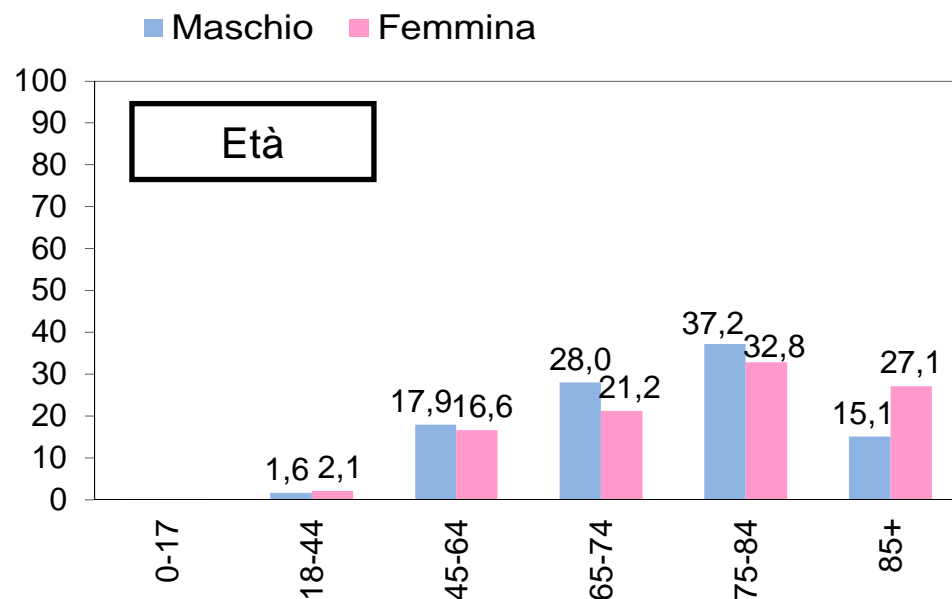


- 13.716 decessi per neoplasia:
 - 7.646 nei maschi (55,7%)
 - 6.070 nelle femmine (44,3%).

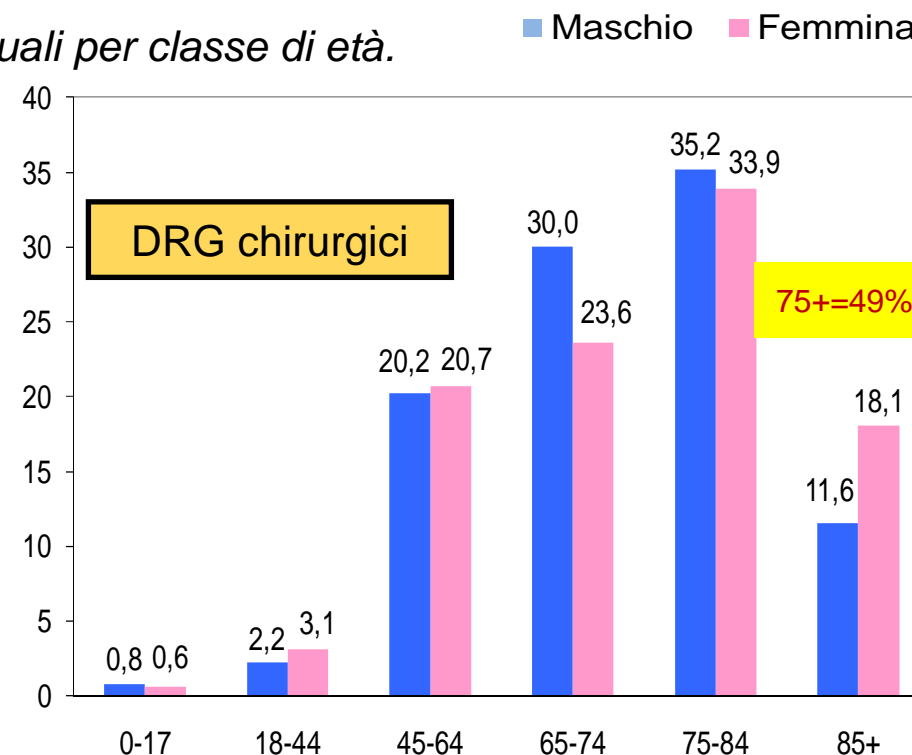
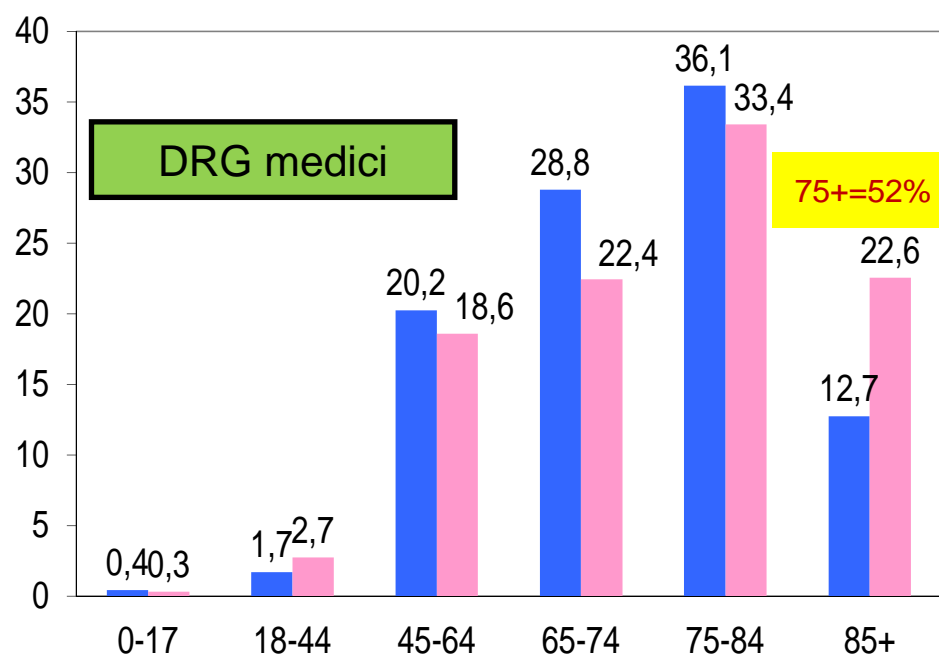
- Età media al decesso: 74,3 anni
 - 73,4: maschi
 - 75,5: femmine.

Tipo di neoplasia	N	%
Trachea, bronchi o polmone	2.629	19,2
Colon, retto, ano	1.490	10,9
Neoplasie ematologiche	1.257	9,2
Mammella	958	7,0
Pancreas	927	6,8
Fegato o dotti biliari	872	6,4
Stomaco	618	4,5
Prostata	548	4,0
Sistema nervoso centrale	461	3,4
Vescica	434	3,2
Rene	323	2,4
Ovaio	280	2,0
Bocca o faringe	267	1,9
Esofago	251	1,8
Utero	206	1,5
Laringe	153	1,1
Melanoma	152	1,1
Altro tipo di neoplasia	1.890	13,8
Totale	13.716	100,0

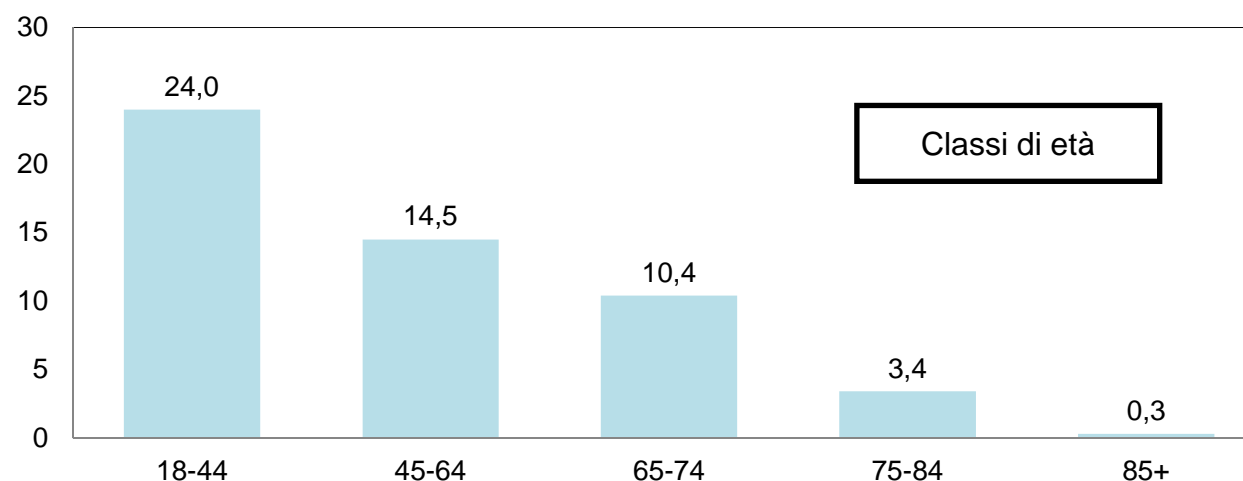
Deceduti per neoplasia in Veneto. Luglio 2009 - Giugno 2010



- 13.716 deceduti per neoplasia tra Luglio 2009 e Giugno 2010:
 - 21.828 dimissioni a 90 giorni dal decesso
 - (19.483 con DRG Medico; 2.342 con DRG Chirurgico)
 - 14.057 dimissioni a 30 giorni dal decesso
 - (12.929 con DRG Medico; 1.126 con DRG Chirurgico)
- } oltre il 90% in regime ordinario
- Riospedalizzazioni: 2.928 pazienti (età ≥ 18 anni) pari al 28,9% del totale hanno avuto 2 o più ricoveri ordinari.
 - *Dimissioni a 30 giorni dal decesso, percentuali per classe di età.*



- 857 pazienti residenti in Veneto con età maggiore o uguale ai 18 anni e deceduti per tumore solido hanno ricevuto una chemioterapia nei 30 giorni precedenti il decesso (6,9% del totale)
 - 34,2% ≥ 2 prestazioni;
 - 76,4% in regime ambulatoriale; 15,3% in regime ordinario; 8,3% in regime diurno.
- La neoplasia dell'ovaio riceve il maggior numero di chemioterapie nei 30 giorni precedenti il decesso.
- La presenza nel comune di residenza di un centro di riferimento per il trattamento della patologia oncologica sembra determinare un maggior ricorso alla chemioterapia ospedaliera e ambulatoriale nell'ultimo mese prima del decesso.



- **Percentuale di soggetti deceduti in ospedale sul totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia.**
- **Percentuale di soggetti con almeno un'ospedalizzazione medica ordinaria nei 30 giorni precedenti il decesso sul totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia.**
- **Consumo medio di giornate di ricovero per DRG medici in regime ordinario dei deceduti con causa di neoplasia, nei 30 giorni precedenti il decesso.**
- **Metodologia:**
 - L'analisi è stata ristretta alla popolazione di 18 anni e oltre per lavorare con gruppi maggiormente confrontabili sia per numerosità che per modalità di gestione del trattamento della neoplasia.
 - È stata valutata, con modelli di regressione, l'associazione tra gli indicatori e alcune caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti e il tipo di assistenza nel comune di residenza.
 - A livello di Azienda ULSS di residenza sono calcolati i valori degli indicatori grezzi e aggiustati per le suddette variabili.

Percentuale di soggetti deceduti in ospedale sul totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia

- 64,5% dei deceduti con causa di neoplasia è morto in dell'ospedale (Maschi=71,9%; Femmine= 65,8%).
- Fattori che si associano a una maggiore frequenza di decesso in ospedale:
 - età più giovane (<50 anni vs 50 e più anni)
 - stato civile coniugato vs non coniugato
 - presenza di un centro di riferimento per la cura delle neoplasie nel comune di residenza.

Percentuale di soggetti con almeno un'ospedalizzazione medica ordinaria nei 30 giorni precedenti il decesso sul totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia

- 69,2% dei deceduti con causa di neoplasia presenta un ricovero in regime ordinario e DRG medico nei 30 giorni precedenti il decesso (Maschi=71,9%; Femmine= 65,8%).
- Fattori che si associano a una maggiore frequenza accesso in ospedale:
 - età più giovane (<50 anni vs 50 e più anni)
 - stato civile coniugato vs non coniugato
 - presenza di comorbidità.

Giornate di degenza (per DRG medici e in regime ordinario) per deceduto con causa di neoplasia, nei 30 giorni precedenti il decesso.

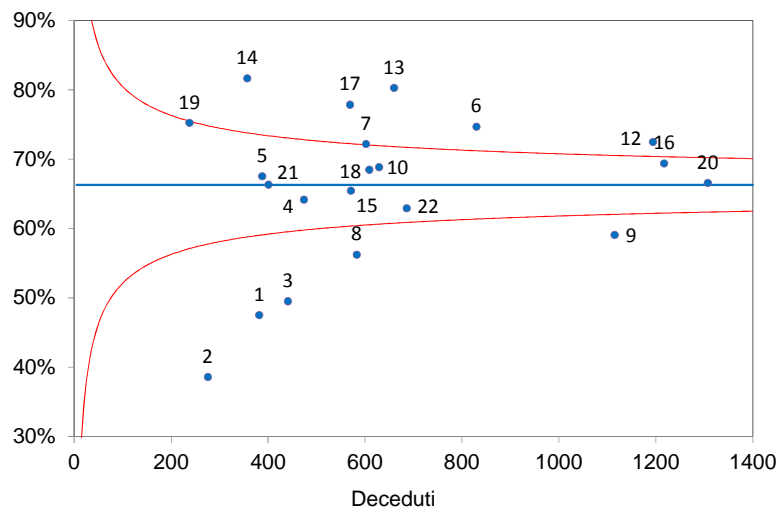
- Un terzo dell'ultimo mese di vita delle persone che muoiono per una causa neoplastica è trascorso in un letto d'ospedale (Giornate di degenza al totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia= 10,0 giorni nei maschi e 9,5 giorni nelle femmine).
- Fattori che si associano a una maggior consumo di giornate di degenza:
 - età più giovane (<50 anni vs 50 e più anni)
 - presenza di comorbidità
 - presenza di un ospedale con U.O. di oncologia nel comune di residenza.

Risultati – 3

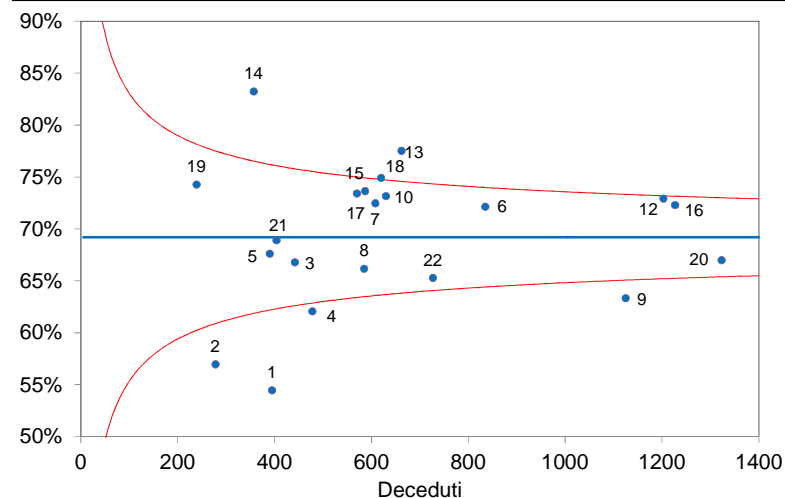
Confronto tra Aziende ULSS



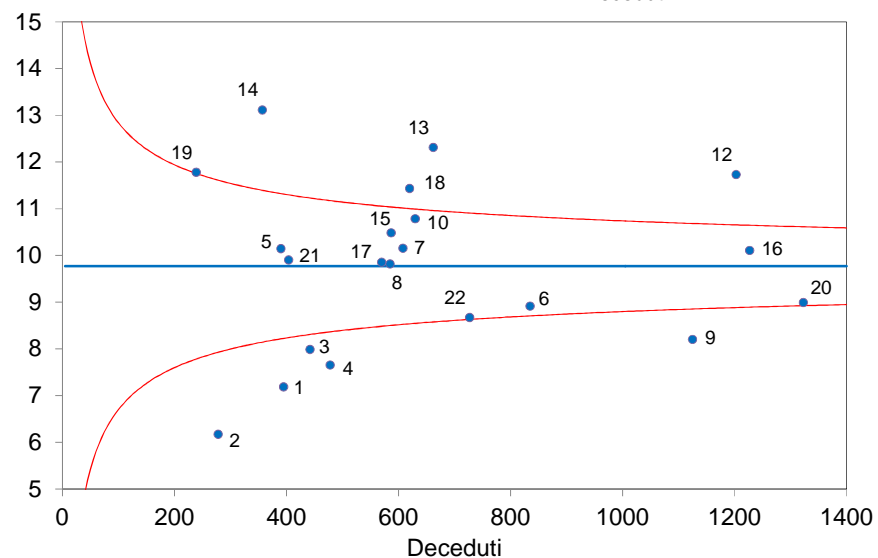
Percentuale* di deceduti in ospedale.



Percentuale* di deceduti per neoplasia con almeno un ricovero (ordinario con DRG medico) nei 30 giorni prima del decesso.

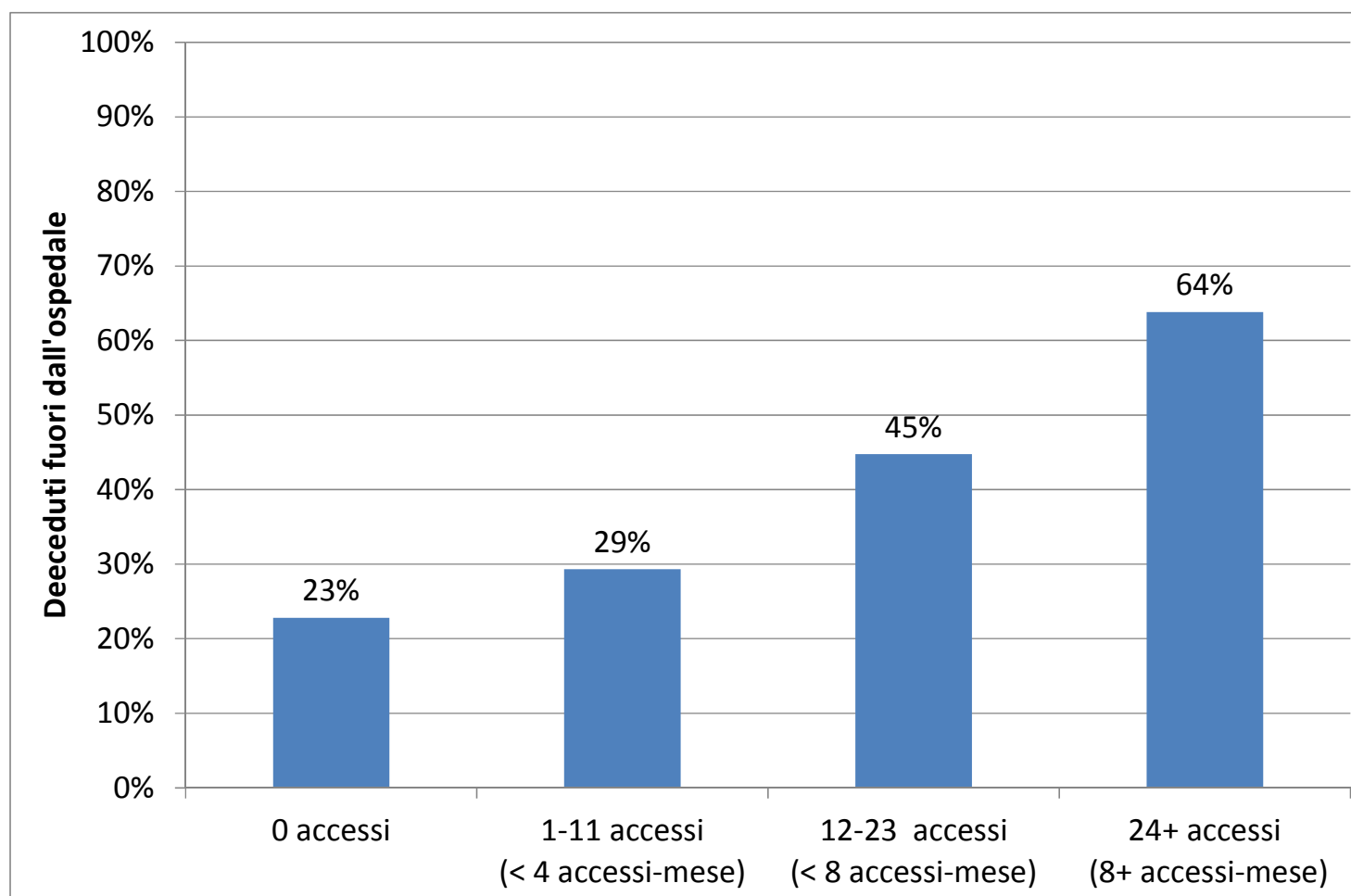


Consumo* medio di giornate di ricovero per DRG medici in regime ordinario dei deceduti con causa di neoplasia, nei 30 giorni precedenti il decesso.



*Valori aggiustati per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, comorbidità, assistenza ospedaliera nel comune di residenza.

Percentuale di deceduti ≥ 18 anni al di fuori dell'ospedale per numero di accessi di cure domiciliari negli ultimi 90 giorni di vita in un sottogruppo di 10 ULSS Venete. Periodo Luglio 2009-Giugno 2010.

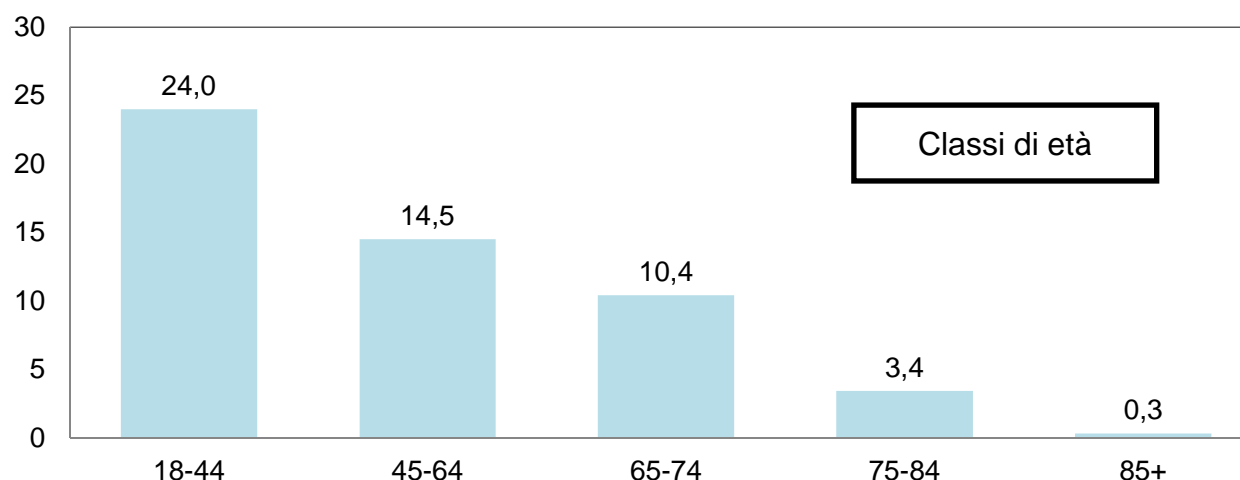


- La maggior parte dei malati oncologici in Veneto ricorre al ricovero ospedaliero nelle fasi terminali della malattia.
- L'impegno assistenziale, misurato in termini di giornate di degenza consumate per deceduto, riguarda circa un terzo dell'ultimo mese di vita.
- Solo poco più del 30% dei malati oncologici muore al di fuori dell'ospedale.
- I fattori che risultano influenzare maggiormente il ricorso all'ospedale nella fase terminale della patologia neoplastica sono rappresentati dalla classe di età più giovane, dallo stato civile coniugato e dalla presenza di condizioni cliniche maggiormente compromesse.

- Notevoli differenze in base all'ULSS di residenza.
- Le differenze nell'ospedalizzazione del malato oncologico nella fase terminale potrebbero essere attribuite alla presenza di un'organizzazione sanitaria dedicata e in particolare allo sviluppo di un sistema di cure palliative domiciliari capaci di garantire un adeguato accesso all'assistenza territoriale in termini di multiprofessionalità, di intensità e di continuità. Tale ipotesi non è stata validata a causa dell'assenza di dati a livello individuale.
- Necessario il miglioramento della banca dati dell'assistenza territoriale che consenta di monitorare l'assistenza extraospedaliera in modo da poter misurare la sua capacità di influenzare il ricorso potenzialmente inappropriato all'ospedale per acuti.

GRAZIE PER
L'ATTENZIONE

- 1.582 chemioterapie erogate nei 30 giorni precedenti il decesso; 76,1% in regime ambulatoriale.
- 857 pazienti residenti in Veneto con età maggiore o uguale ai 18 anni e deceduti con tumore solido hanno ricevuto una chemioterapia nei 30 giorni precedenti il decesso con causa di neoplasia
 - 34,2% ≥ 2 prestazioni;
- Selezione delle chemioterapie entro 30 giorni dal decesso per neoplasia in:
 - 76,4% in regime ambulatoriale; 15,3% in regime ordinario; 8,3% in regime diurno.
 - regime ospedaliero: linkage tra i deceduti per neoplasia con l'archivio delle ospedalizzazioni (DRG 410, 492;
- La neoplasia dell'ovaio riceve il maggior numero di chemioterapie nei 30 giorni precedenti il decesso. (Codice di procedura 99.25)
- La presenza nel comune di residenza di un centro di riferimento per il trattamento della patologia oncologica sembra determinare un maggior ricorso alla chemioterapia ospedaliera e ambulatoriale nell'ultimo mese. (Codice nominatore sanitario 99.25, 99.25.1)



Percentuale di soggetti deceduti in ospedale sul totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia

- 35,5% dei deceduti con causa di neoplasia è morto fuori dell'ospedale (Maschi=31,6%; Femmine= 35,4%).
- Fattori che si associano a una maggiore frequenza di decesso in ospedale:
 - età più giovane (18-49 anni vs 80 anni e più: RR=1,30, I.C.=1,22-1,38; 50-64 anni vs 80 anni e più: RR=1,20, I.C.=1,15-1,25; 65-79 anni vs 80 anni e più: RR=1,11, I.C.=1,07-1,15)
 - stato civile coniugato (non coniugato vs coniugato: RR=0,94, I.C.=0,91-0,97)
 - assistenza nel comune di residenza (ospedale con un'unità operativa di oncologia vs nessun ospedale RR=1,06, I.C.=1,02-1,10; ospedale senza un'unità operativa di oncologia vs nessun ospedale : RR=1,09, I.C.=1,05-1,13; Azienda ospedaliera vs nessun ospedale: RR=1,22, I.C.=1,18-1,27).

Percentuale di soggetti con almeno un'ospedalizzazione medica ordinaria nei 30 giorni precedenti il decesso sul totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia

- Un terzo dell'ultimo mese di vita delle persone che muoiono per una causa neoplastica è trascorso in un letto d'ospedale (Giornate di degenza al totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia= 10,0 giorni nei maschi e 9,5 giorni nelle femmine).
- Fattori che si associano a una maggior consumo di giornate di degenza:
 - età più giovane (18-49 anni vs 80 anni e più: RR=1,23, I.C.=1,11-1,35; 50-64 anni vs 80 anni e più: RR=1,16, I.C.=1,09-1,23; 65-79 anni vs 80 anni e più: RR=1,11, I.C.=1,06-1,17)
 - presenza di comorbidità (indice di Charlson ≥ 1 vs indice di Charlson=0: RR=1,14, I.C.=1,08-1,20)
 - assistenza nel comune di residenza (ospedale con un'unità operativa di oncologia vs nessun ospedale RR=1,11, I.C.=1,05-1,17).

Giornate di degenza (per DRG medici e in regime ordinario) per deceduto con causa di neoplasia dei deceduti con causa di neoplasia, nei 30 giorni precedenti il decesso.

- Un terzo dell'ultimo mese di vita delle persone che muoiono per una causa neoplastica è trascorso in un letto d'ospedale (Giornate di degenza al totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia= 10,0 giorni nei maschi e 9,5 giorni nelle femmine).
- Fattori che si associano a una maggior consumo di giornate di degenza:
 - età più giovane (18-49 anni vs 80 anni e più: RR=1,23, I.C.=1,11-1,35; 50-64 anni vs 80 anni e più: RR=1,16, I.C.=1,09-1,23; 65-79 anni vs 80 anni e più: RR=1,11, I.C.=1,06-1,17)
 - presenza di comorbidità (indice di Charlson ≥ 1 vs indice di Charlson=0: RR=1,14, I.C.=1,08-1,20)
 - assistenza nel comune di residenza (ospedale con un'unità operativa di oncologia vs nessun ospedale RR=1,11, I.C.=1,05-1,17).

- 35,5% dei deceduti con causa di neoplasia è morto fuori dell'ospedale (Maschi=31,6%; Femmine= 35,4%).

Associazione tra decesso in ospedale e caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali: rischi relativi (RR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%. Residenti in Veneto di età 18 anni e oltre deceduti con causa di neoplasia. Periodo Luglio 2009- Giugno 2010.

CARATTERISTICHE	RR	CI
Sesso		
Maschi	1,00	
Femmine	0,99	(0.96 - 1.02)
Classi di età		
18-50 anni	1,30	(1,22 - 1,38)
50-64 anni	1,20	(1.15 - 1.25)
65-79 anni	1,11	(1.07 - 1.15)
80 anni e più	1,00	
Istruzione		
Fino alla licenza media	1,00	
Oltre la licenza media	0,96	(0.92 - 1.00)
Stato civile		
Coniugato	1,00	
Non coniugato	0,94	(0,91 - 0,97)
Presenza di comorbidità		
Nessuna	1,00	
Una o più	1,01	(0,98 - 1,05)
Livello di assistenza		
Nessun ospedale nel comune di residenza	1,00	
Ospedale senza oncologia nel comune di residenza	1,09	(1,05 - 1,13)
Ospedale con oncologia nel comune di residenza	1,06	(1,02 - 1,10)
Azienda ospedaliera nel comune di residenza	1,22	(1,18 - 1,27)



- 69,2% dei deceduti con causa di neoplasia è morto in dall'ospedale (Maschi=71,9%; Femmine= 65,8%).

Associazione tra ospedalizzazione (ricoveri ordinari e DRG medici) nei 30 giorni precedenti il decesso e caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali: rischi relativi (RR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%. Residenti in Veneto di età 18 anni e oltre deceduti con causa di neoplasia. Periodo Luglio 2009- Giugno 2010.

CARATTERISTICHE	RR	CI
Sesso		
Maschi	1,00	
Femmine	0,96	(0,93 - 0,99)
Classi di età		
18-50 anni	1,15	(1,08 - 1,22)
50-64 anni	1,12	(1,08 - 1,17)
65-79 anni	1,06	(1,03 - 1,10)
80 anni e più	1,00	
Istruzione		
Fino alla licenza media	1,00	
Oltre la licenza media	0,98	(0,94 - 1,02)
Stato civile		
Coniugato	1,00	
Non coniugato	0,95	(0,92 - 0,98)
Presenza di comorbidità		
Nessuna	1,00	
Una o più	1,08	(1,04 - 1,11)
Livello di assistenza		
Nessun ospedale nel comune di residenza	1,00	
Ospedale senza oncologia nel comune di residenza	1,02	(0,98 - 1,06)
Ospedale con oncologia nel comune di residenza	1,03	(0,99 - 1,06)
Azienda ospedaliera nel comune di residenza	1,00	(0,96 - 1,05)

■ Un terzo dell'ultimo mese di vita delle persone che muoiono per una causa neoplastica è trascorso in un letto d'ospedale (Giornate di degenza al totale dei soggetti deceduti con causa di morte di neoplasia= 10,0 giorni nei maschi e 9,5 giorni nelle femmine).

Associazione tra giornate di degenza per deceduto (ricoveri ordinari e DRG medici) nei 30 giorni precedenti il decesso e caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali: rischi relativi (RR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%. Residenti in Veneto di età 18 anni e oltre deceduti con causa di neoplasia. Periodo Luglio 2009- Giugno 2010.

CARATTERISTICHE	RR	CI
Sesso		
Maschi	1,00	
Femmine	1,01	(0,97 - 1,06)
Classi di età		
18-50 anni	1,23	(1,11 - 1,35)
50-64 anni	1,16	(1,09 - 1,23)
65-79 anni	1,11	(1,06 - 1,17)
80 anni e più	1,00	
Istruzione		
Fino alla licenza media	1,00	
Oltre la licenza media	0,96	(0,90 - 1,02)
Stato civile		
Coniugato	1,00	
Non coniugato	0,98	(0,93 - 1,03)
Presenza di comorbidità		
Nessuna	1,00	
Una o più	1,14	(1,08 - 1,20)
Livello di assistenza		
Nessun ospedale nel comune di residenza	1,00	
Ospedale senza oncologia nel comune di residenza	1,03	(0,97 - 1,09)
Ospedale con oncologia nel comune di residenza	1,11	(1,05 - 1,17)
Azienda ospedaliera nel comune di residenza	0,98	(0,92 - 1,05)

- Nei pazienti e nella comunità scientifica vi è unanime consenso sul fatto che nel fine vita il paziente oncologico dovrebbe poter rimanere nella sua casa fino al decesso.
- I ricoveri, in particolare quelli medici e quelli in reparti di terapia intensiva effettuati nelle settimane che precedono il decesso sono considerati potenzialmente inappropriati e indicativi di una non corretta gestione del paziente oncologico nelle ultime fasi della vita.
- Le terapie con intento curativo dovrebbero essere limitate nella fase terminale della malattia neoplastica.
- Studio ISDOC (Italian survey of dying of cancer):
 - Il 63% dei pazienti che muoiono per neoplasia riceve un'ospedalizzazione nei tre mesi che precedono il decesso mentre solo un terzo trascorre l'intera fase terminale a casa.
 - Il 94% dei pazienti in Italia con neoplasia aveva espresso come luogo di preferenza del decesso la casa.
 - Un terzo dei pazienti con neoplasia maligna muore in un luogo diverso da quello desiderato.
- La Regione Veneto ha definito con il Piano Socio-Sanitario 2012-2016 un nuovo modello organizzativo per le cure Palliative, integrato nel Distretto e trasversale rispetto ai tradizionali setting di cure palliative: ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Cunningham D. Randomised trial of irinotecan plus supportive care versus supportive care alone after fluorouracil failure for patients with metastatic colorectal cancer. *Lancet*. 1998 Oct 31;352(9138):1413-8.

Zimmer JG, Groth-Juncker A, McCusker J. A randomized controlled study of a home health care team. *Am J Public Health*. 1985 Feb;75(2):134-41.

Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, Piper M. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ*. 1990 Sep 1;301(6749):415-7.

Schnipper LE. American Society of Clinical Oncology Identifies Five Key Opportunities to Improve Care and Reduce Costs: The Top Five List for Oncology. *JCO* 2012; 30 (14): 1715-1724.

IOM. 2000. Enhancing Data Systems to Improve the Quality of Cancer Care, Hewitt M, Simone JV, eds. Washington, D.C.: National Academy Press.

Beccaro M, ISDOC Study Group. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health*. 2006 May;60(5):412-6.