

24 FEBBRAIO 2017

SALA CONGRESSI

Azienda Ospedaliero-Universitaria di PARMA

**L'INTEGRAZIONE DELL'ONCOLOGIA
CON LE CURE PALLIATIVE
NEL PAZIENTE ONCOLOGICO
IN FASE AVANZATA**

RETI DELLE CURE PALLIATIVE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA IN ITALIA

Gianlorenzo Scaccabarozzi

Direttore Dipartimento Fragilità, ASST Lecco

Presidente Comitato Scientifico Fondazione Floriani

Presidente Sezione Cure Palliative e Terapia del Dolore

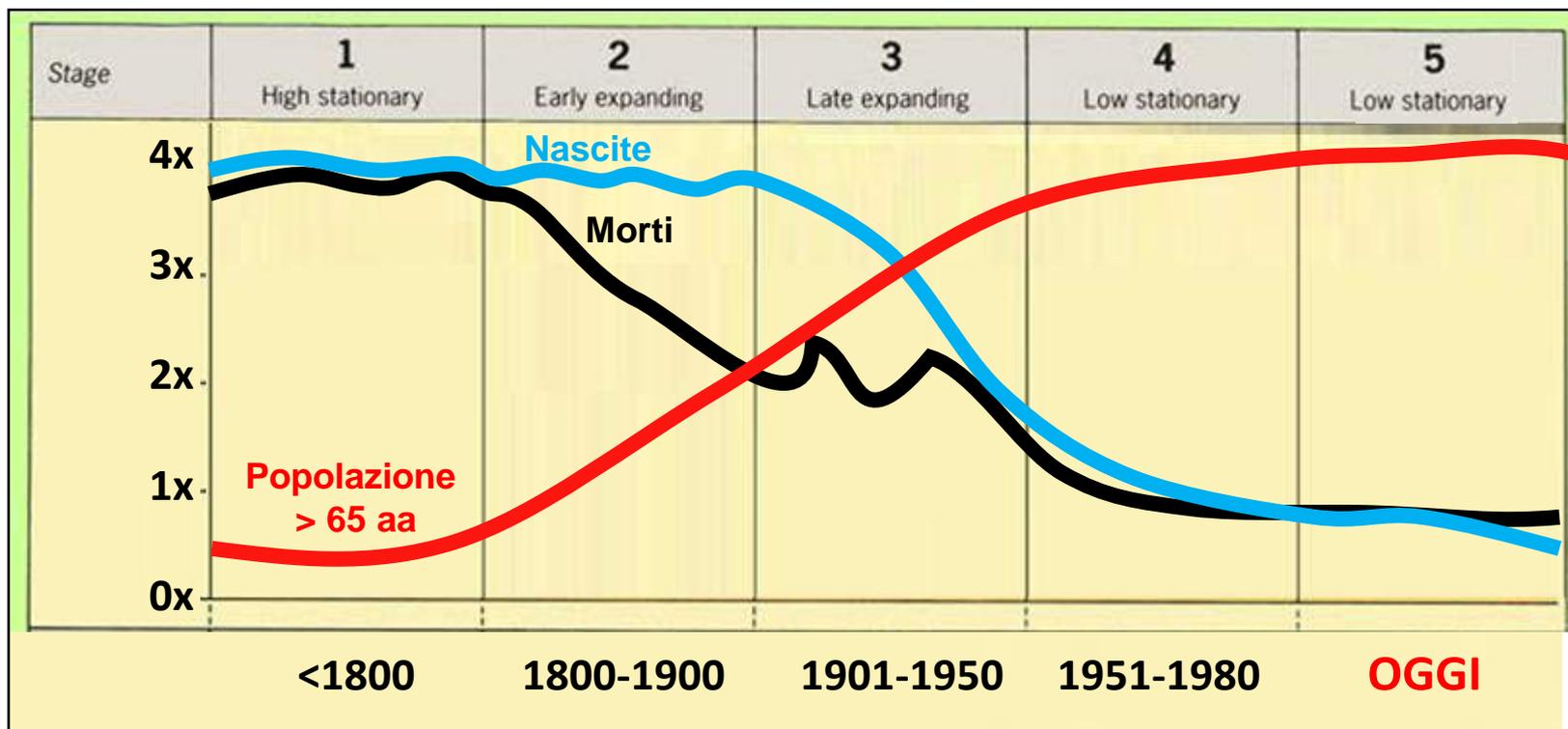
Comitato Tecnico Sanitario - Ministero della Salute

SONO STATI RICHIESTI I PATROCINI DI:

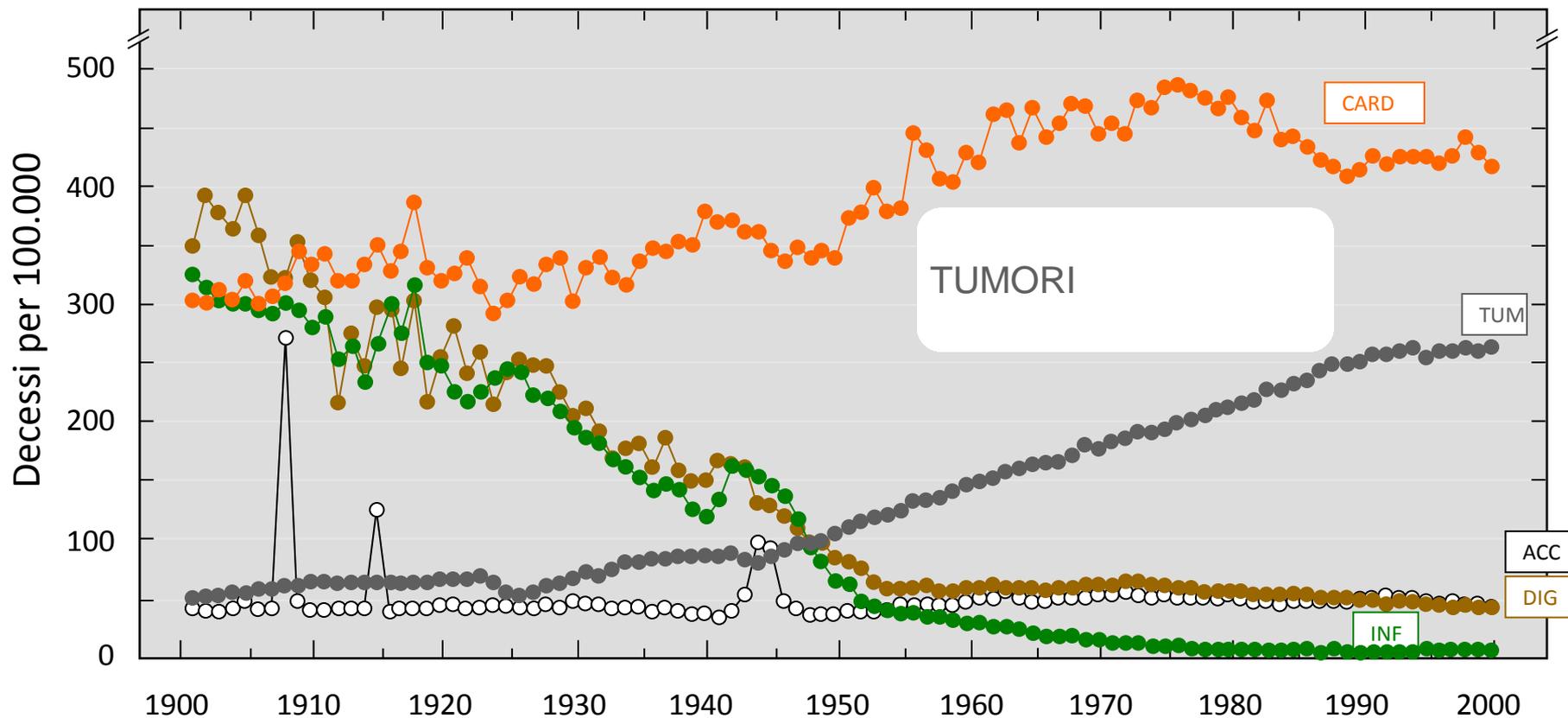


La transizione demografica

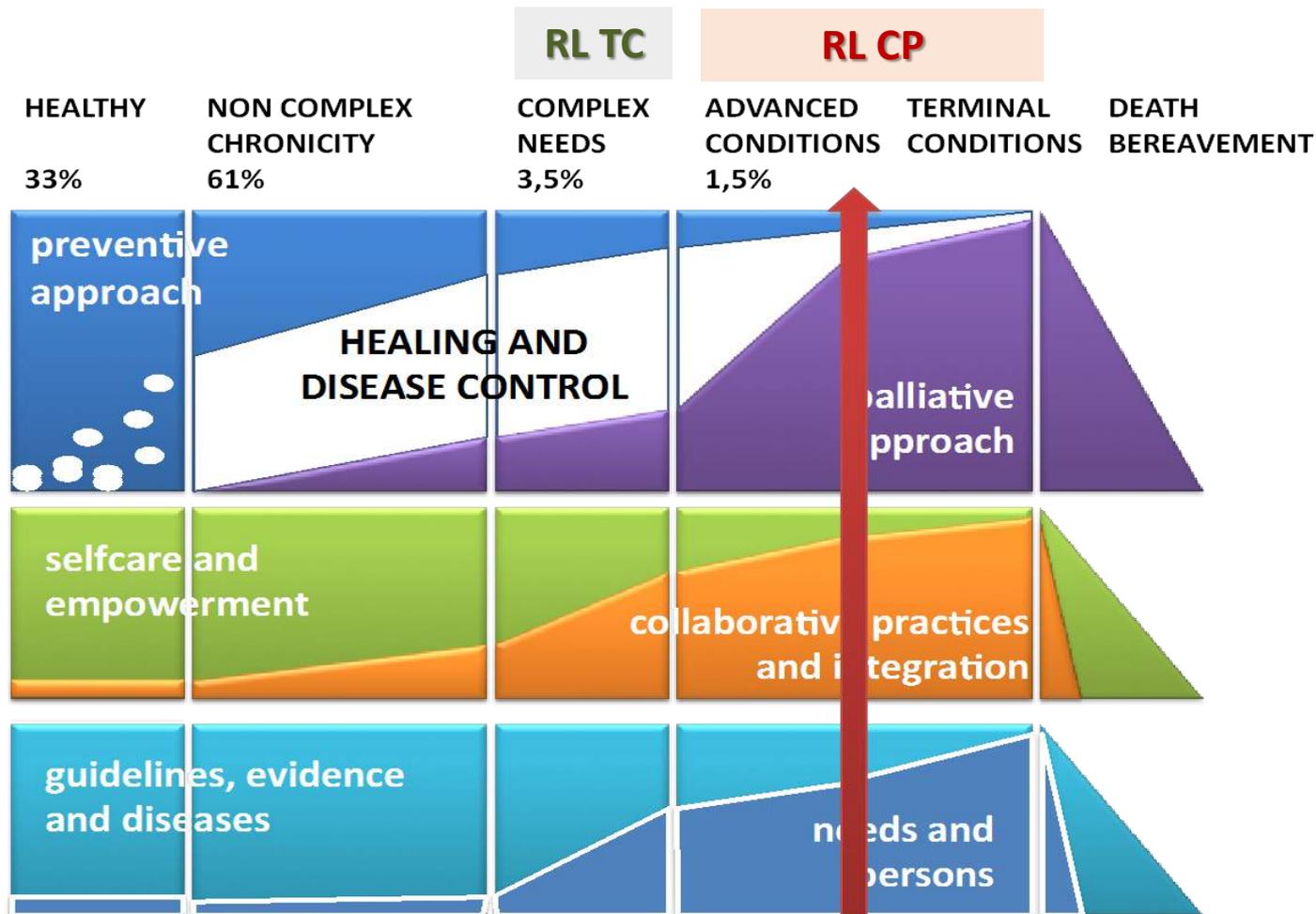
Una rivoluzione dell'ultimo secolo



Le radici della transizione demografica: La transizione epidemiologica



IDENTIFICAZIONE: PER QUANTI?



Gòmez-Batiste X. et al. «Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study.» *Palliative Medicine* 2014; 28(4): 302–311

Quanto “costa” la transizione?

- Ogni anno l'1% di residenti assorbe circa il 20% dell'intera spesa sanitaria;
- La quasi totalità di questo 1% è costituita da persone nell'ultimo anno di vita.

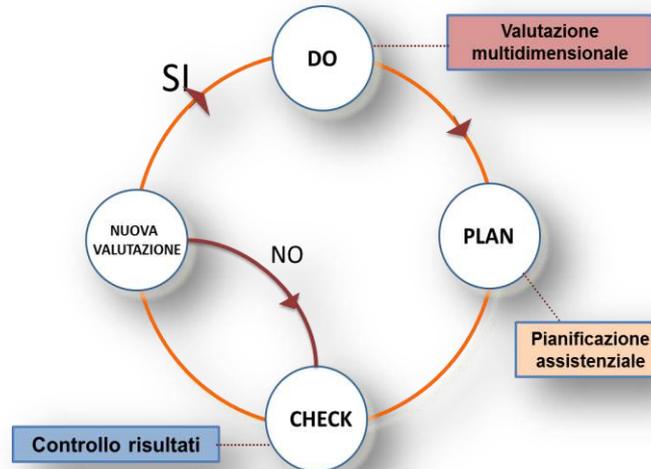
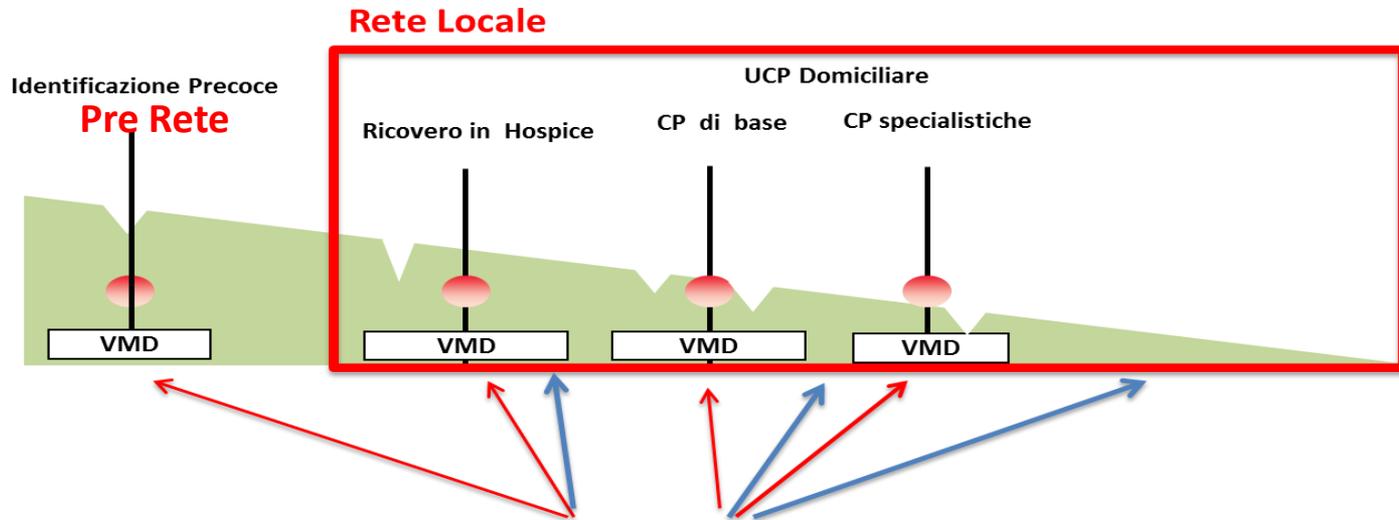


Spesa sanitaria per la cronicità

Sostenibilità del welfare

- 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è dedicata agli over 65
- 60% della spesa farmaceutica territoriale è dedicata agli over 65
- Spesa pro-capite di un assistito età > 75 anni è 11 volte superiore a un assistito della fascia 25-34 anni
- Rapporto tra spesa sanitaria pro-capite di un paziente non cronico e di un paziente con 4 patologie croniche è pari a 1/21,5; per un paziente con 3 patologie 1/12; per 2 patologie è 1/7; per 1 patologia 1/4
- Dal 2005 al 2013 la spesa totale delle Regioni per le malattie croniche è aumentata del 36%

RETE e governance 'dinamica' dei percorsi di cura



CSR 19 febbraio 2015
Accreditamento reti

Rete Locale (RLCP) di Cure Palliative.

coordinamento della Rete

a. Rete Locale di cure palliative e Struttura di coordinamento

RLCP

RLCP / DCP

La struttura di coordinamento locale i seguenti compiti:

- Identificare precocemente il bisogno di Cure Palliative;
- favorisce una presa in carico proattiva del malato in dimissione dalle Unità di offerta del Sistema sanitario per acuti, sub acuti e del territorio,
- svolge la funzione pivotale di sintesi clinica assistenziale e organizzativa tra ospedale e territorio;
- garantisce l'erogazione congiunta di attività e prestazioni sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali
- promuove e adotta PDTA specifici;
- promuove e adotta le procedure necessarie al funzionamento della Rete;
- integra l'attività del volontariato.

compiti

MODALITA' DI PRESA IN CARICO NELLA RETE

- 1) Segnalazione e accesso alla rete
- 2) La valutazione multidimensionale della segnalazione
- 3) Colloquio

EQUILIBRIO

Libertà di scelta;

Accompagnamento della persona malata in un percorso di cura tempestivo e integrato

EQUILIBRIO

Governo dei percorsi e della Rete;

Partecipazione degli attori alla costruzione della Rete

Assistenza Domiciliare – Unità di Cure Palliative Domiciliari

Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) garantiscono:

1. interventi di **base** e interventi **specialistici** definiti sulla base della differente intensità assistenziale necessaria per rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati e delle loro famiglie;

2. **pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore**, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver in funzione del PAI. Anche avvalendosi di sinergie formalmente definite con altre strutture della RLCP

**UCP-DOM:
2 livelli**

**-Base
-Specialistica**

pronta disponibilità H 24

La **presa in carico**

Tempistica per la **presa in carico**:

- entro 24 ore dalla segnalazione o dalla dimissione ospedaliera, nei giorni lavorativi infrasettimanali, i familiari (e se possibile la persona malata) vengono contattati per la programmazione del colloquio di presa in carico;
- entro 48 ore dal colloquio nei giorni lavorativi infrasettimanali, è programmata la prima visita, salvo differenti esigenze espresse dalla famiglia;
- entro 72 ore dalla prima visita viene redatto il PAI.

TEMPISTICA

MMG

LE EVIDENZE DIMOSTRATE

The European Journal of Public Health Advance Access published September 28, 2016

European Journal of Public Health, 1–6

© The Author 2016. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com doi:10.1093/eurpub/ckw152

Hospital, local palliative care network and public health: how do they involve terminally ill patients?

Gianlorenzo Scaccabarozzi,¹ Fabrizio Limonta,² Emanuele Amodio²

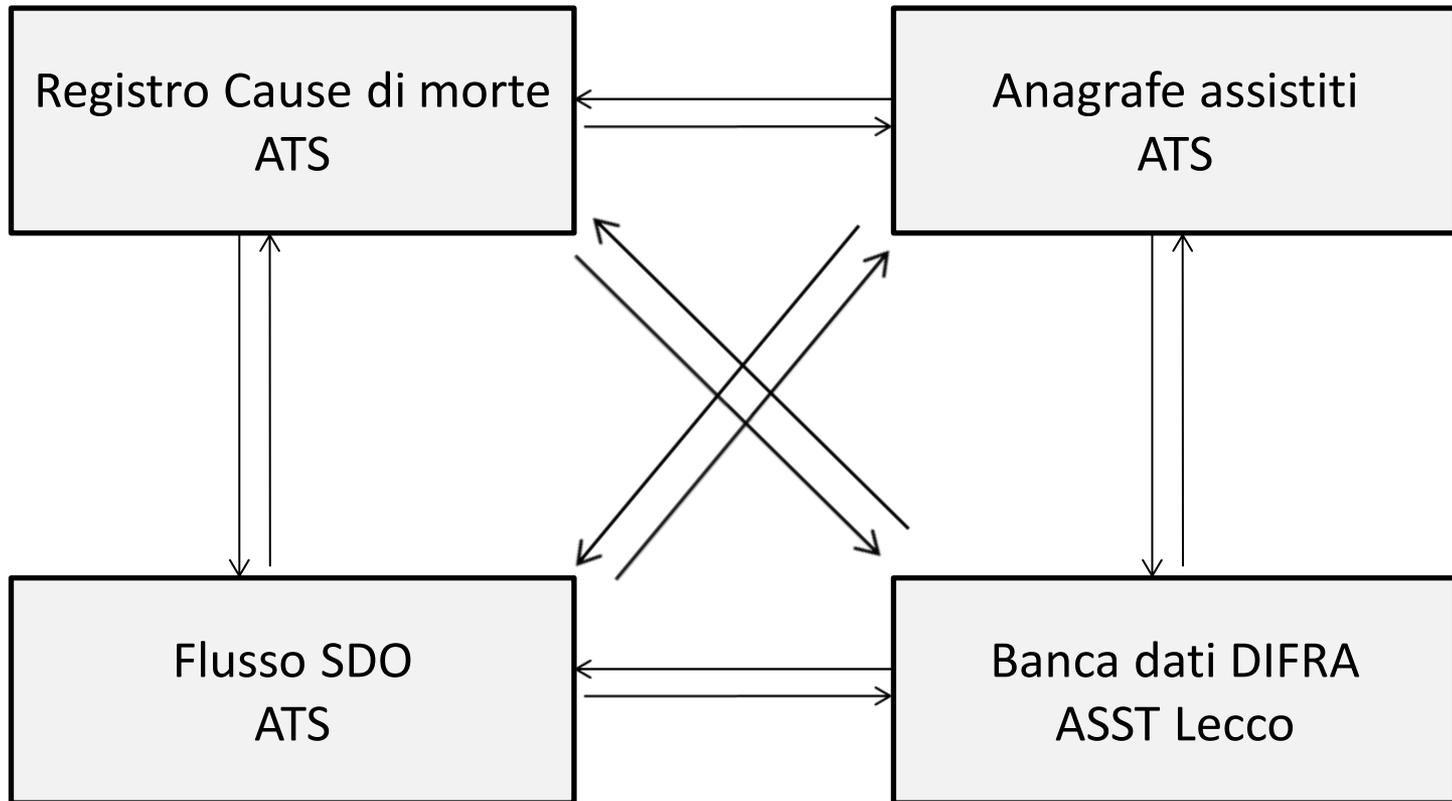
1 Dipartimento Interaziendale della Fragilità (DIFRA) of the Health Local Unit of Lecco, Lecco, Italy

2 Servizio di Epidemiologia e Programmazione, Dipartimento Programmazione, Acquisto e Controllo of the Health Local Unit of Lecco, Lecco, Italy

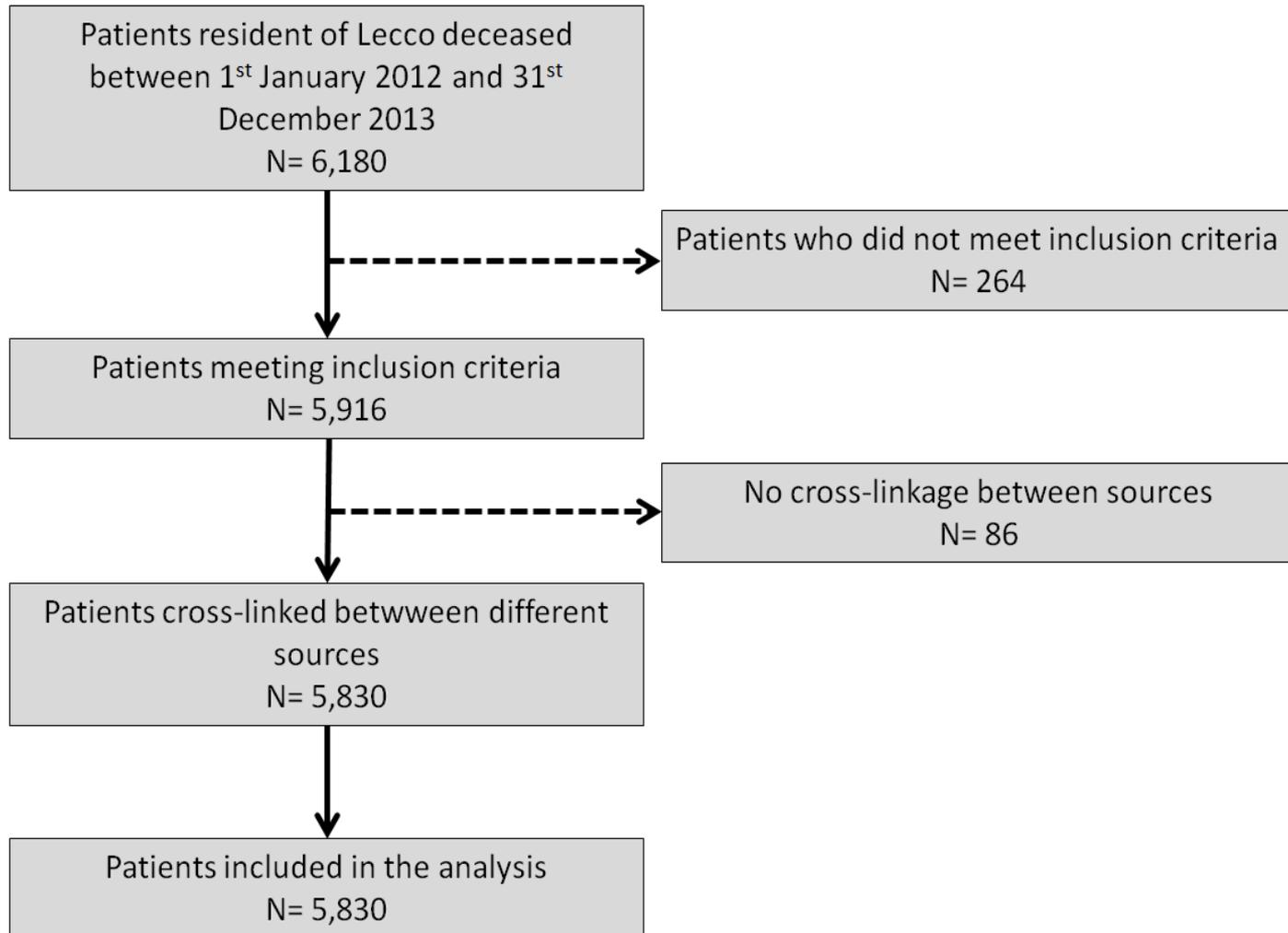
- **DISEGNO:** Studio retrospettivo sui pazienti residenti in Provincia di Lecco, deceduti negli anni 2012 e 2013 (N=5830)
- **FONTE DATI:** cross-linkage tra SDO, Registro Cure Palliative, Anagrafe
- **OBIETTIVO:** confrontare i deceduti che sono e NON sono stati presi in carico dal servizio di CP, in termini di ospedalizzazioni, costi e luogo di decesso

**Articolo OPEN ACCESS, liberamente scaricabile*

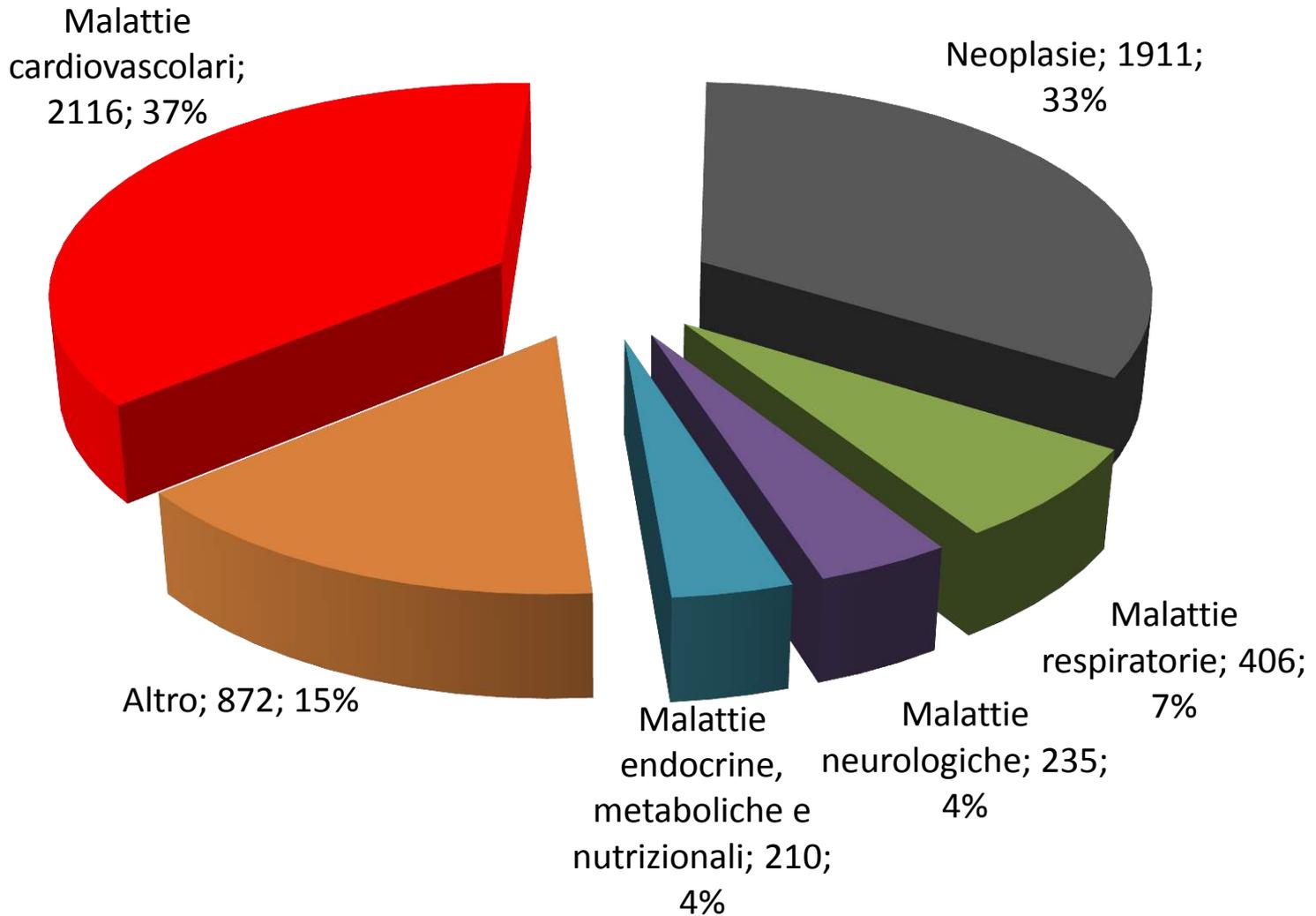
Cross-linkage



Flow-chart



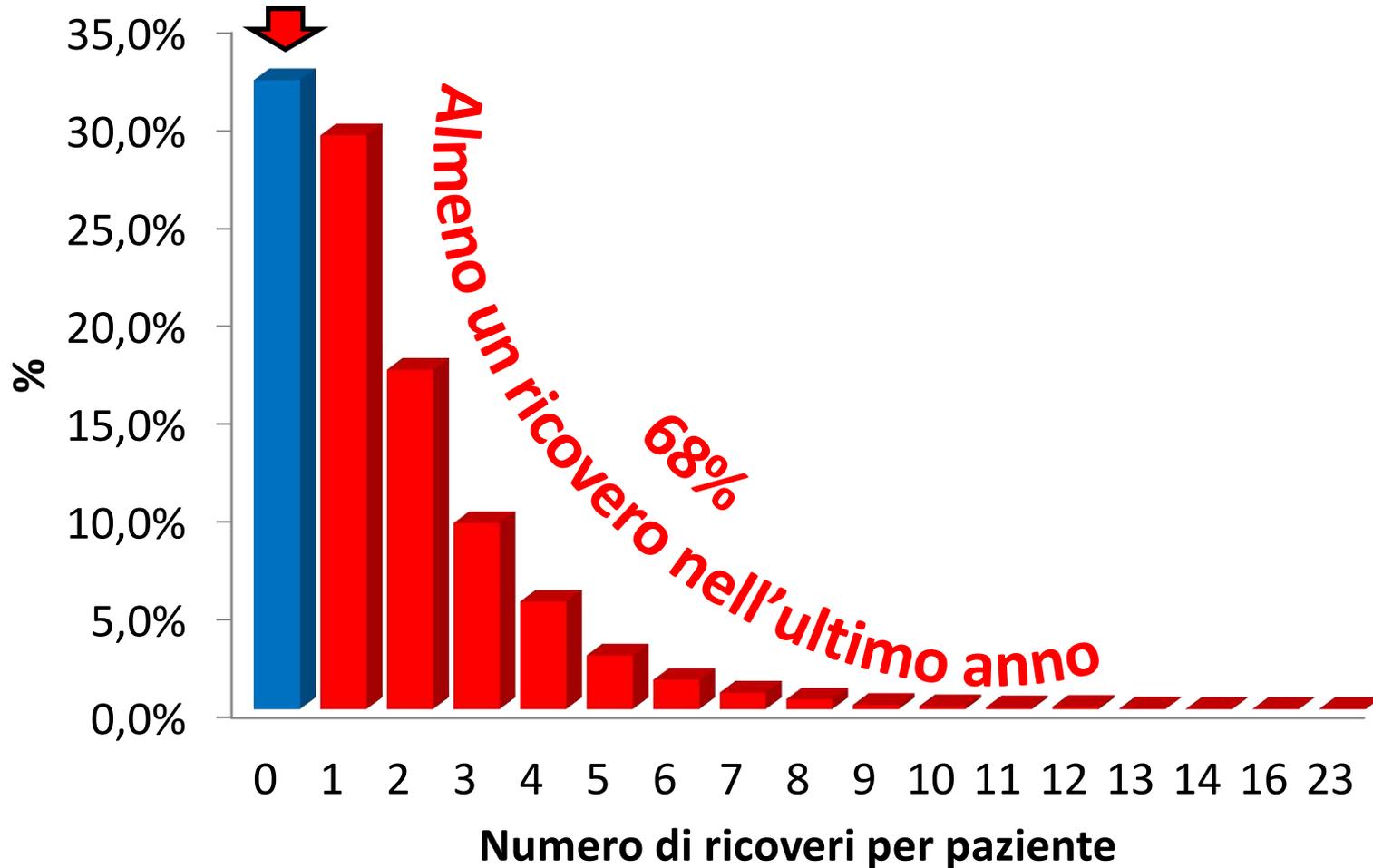
Perché?



La prima causa di morte è rappresentata da cause cardiovascolari.

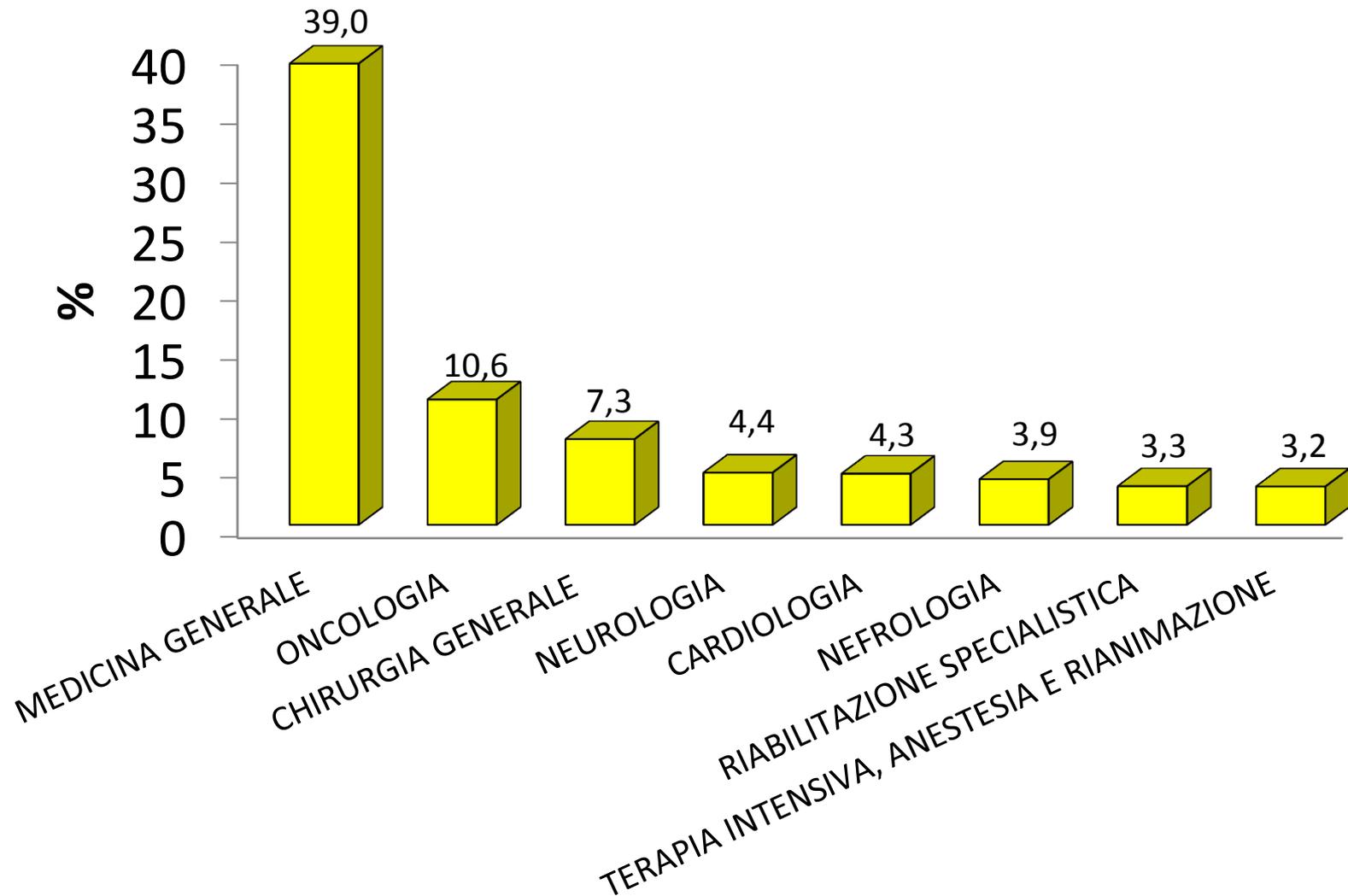
Come?

32% dei pazienti: nessun ricovero



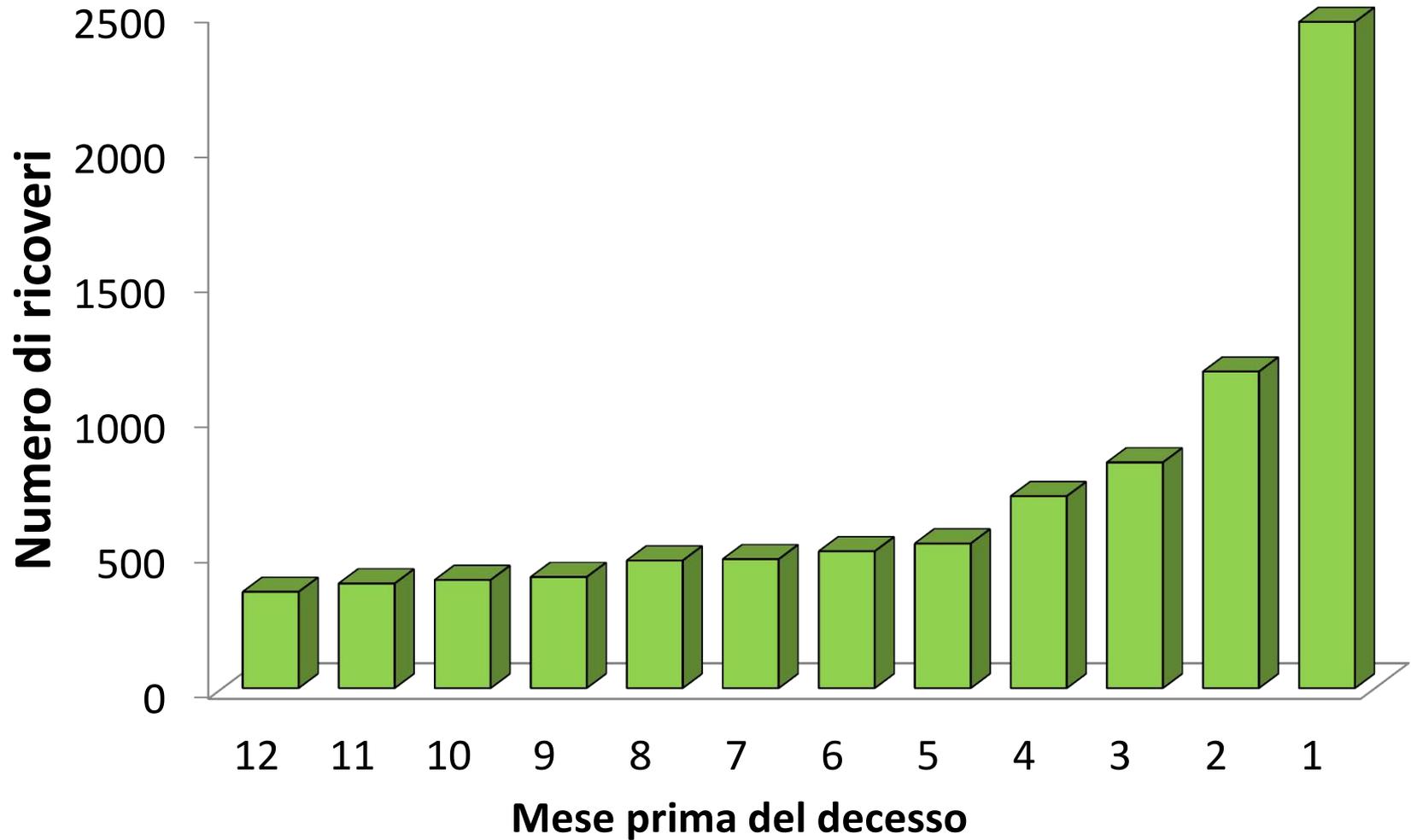
Due pazienti su tre affrontano almeno un ricovero nell'ultimo anno di vita
(16 giorni di degenza media).

In quali reparti?



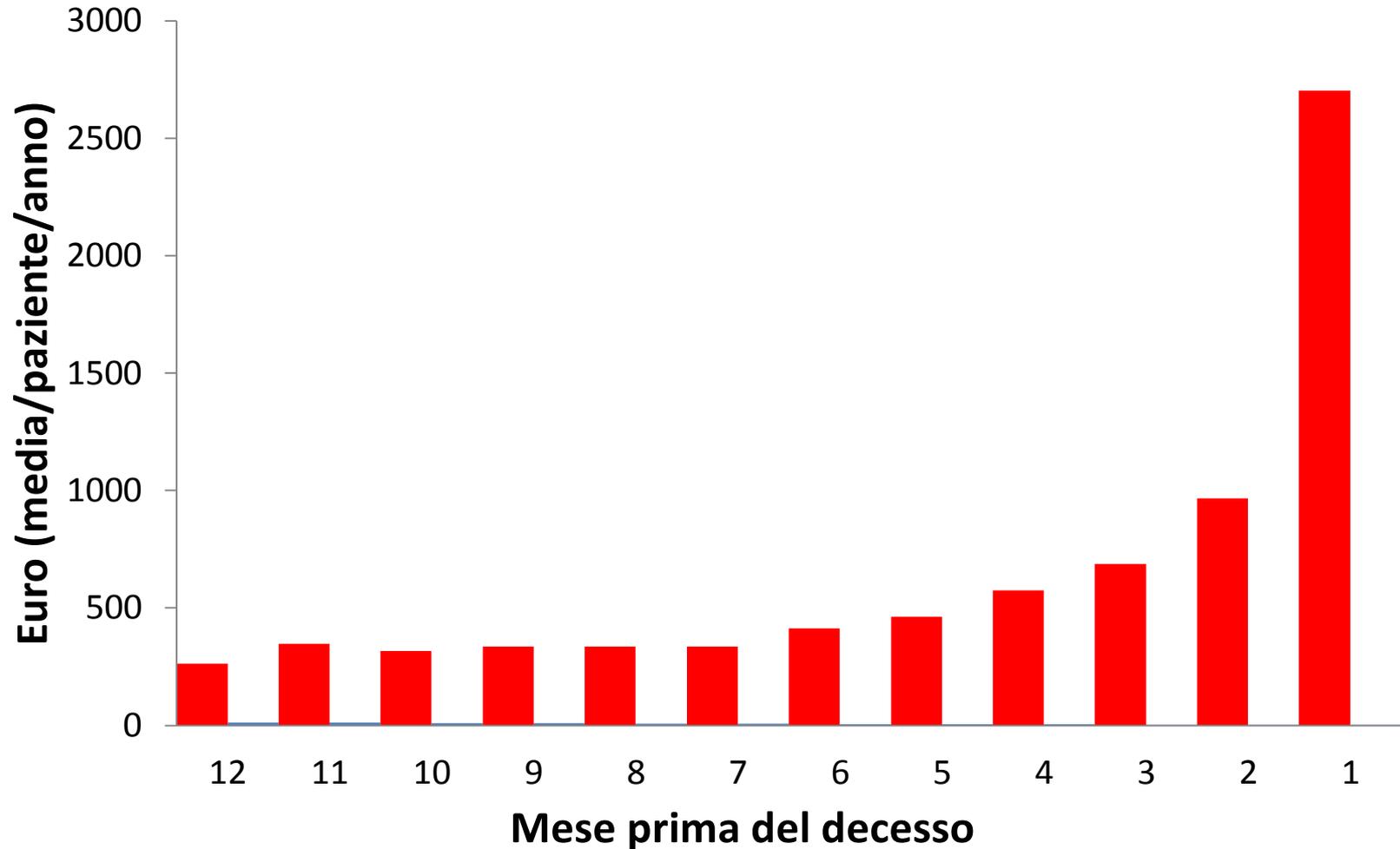
Quasi il 40% dei ricoveri di pazienti nell'ultimo anno di vita avviene nei reparti di medicina generale.

In quale momento?



Oltre un quarto dei ricoveri avviene nell'ultimo mese di vita.

Con quali costi?



Ogni paziente nell'ultimo anno di vita assorbe risorse di ospedalizzazione pari a 7.608 euro (2.703 nell'ultimo mese).

Rispetto alla popolazione generale

| | Pazienti ultimo anno di vita ($\approx 1\%$) | Popolazione generale (99%) |
|--|--|----------------------------|
| - Tasso di ospedalizzazione (n/1,000 per anno) | 1.554 | 134 |
| - Valorizzazione ospedalizzazioni (euro/anno) | 22.179.557 (14%) | 134.282.981 (86%) |
| - Degenza ospedaliera media (giorni/anno) | 16 gg | 0,8 gg |
| - Reparti (%) | | |
| MEDICINA GENERALE | 39,0 | 11,7 |
| ONCOLOGIA | 10,6 | 1,5 |
| CHIRURGIA GENERALE | 7,3 | 11,5 |
| NEUROLOGIA | 4,4 | 3,1 |
| CARDIOLOGIA | 4,3 | 5,6 |
| NEFROLOGIA | 3,9 | 1,2 |
| RIABILITAZIONE SPECIALISTICA | 3,3 | 5,9 |
| TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 3,2 | 1 |

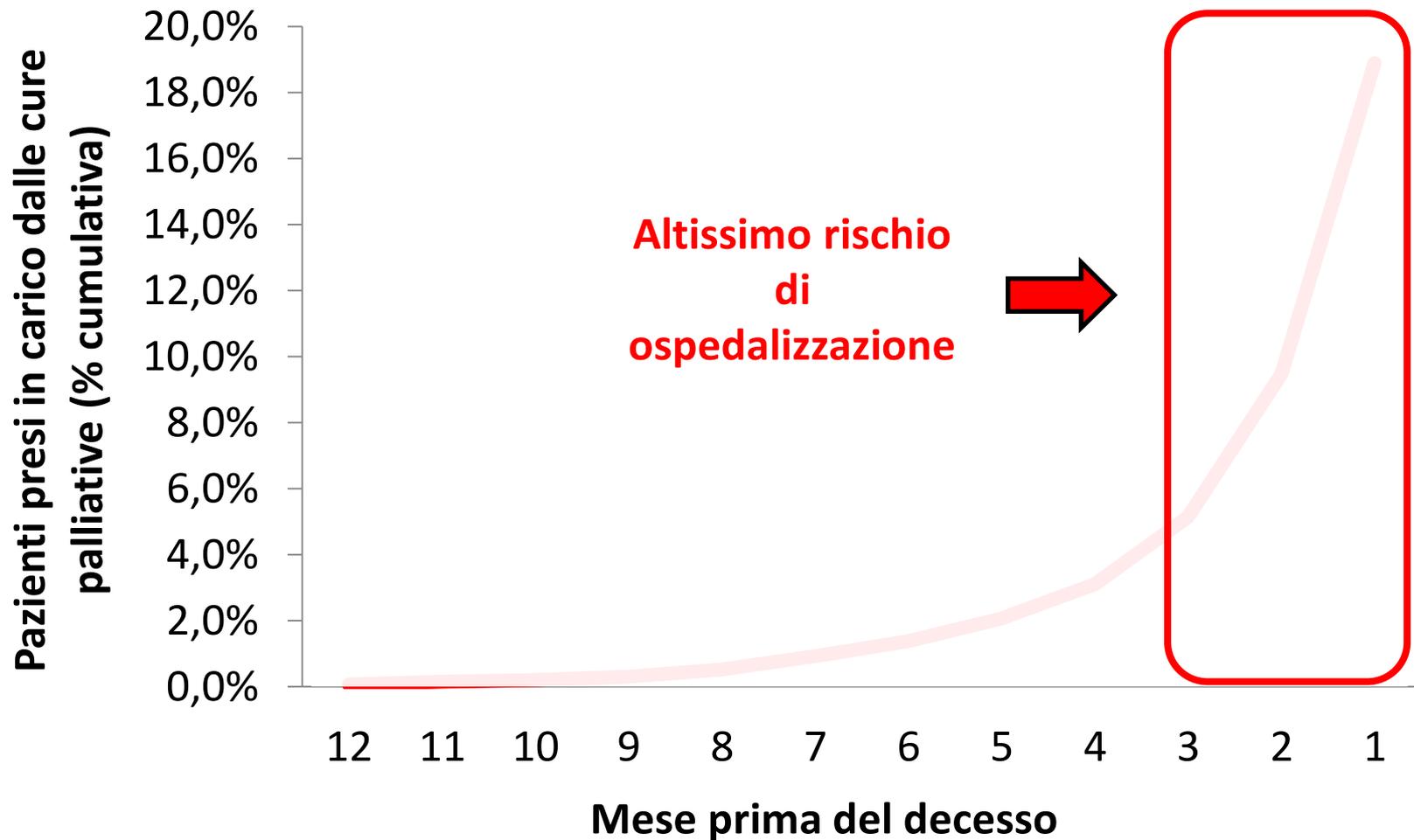
Le cure palliative chi intercettano?



| | Cure palliative | Cure tradizionali | P-value |
|-----------------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| Sesso, n (%) | | | |
| Maschi | 629 (56.5) | 2,119 (44.9) | <0.001 |
| Femmine | 485 (43.5) | 2,597 (55.1) | |
| Età in anni (Mediana, IQR) | 76 (68-84) | 84 (76-90) | <0.001 |
| Causa di morte (%) | | | |
| Neoplasia | 1,075 (96.5) | 916 (19.4) | <0.001 |
| Altro | 39 (3.5) | 3,800 (80.6) | |

Le cure palliative hanno una probabilità significativamente maggiore di intercettare pazienti maschi, in età meno avanzata e con neoplasia.

Quando intervengono le cure palliative?



Le cure palliative intervengono solitamente negli ultimi mesi di vita.

Quale impatto hanno le cure palliative?

Ospedalizzazione

$$\text{Ln}\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

| | Avere almeno una ospedalizzazione nell'ultimo mese di vita | |
|--|--|-----------|
| | Adj OR | 95% CI |
| Sesso (<i>Maschi vs. Femmine</i>) | 1.35 ^c | 1.21-1.51 |
| Età in anni | 0.97 ^c | 0.96-0.98 |
| Causa di morte (<i>Cancro vs. altro</i>) | 1.97 ^c | 1.69-2.29 |
| Cure palliative (<i>Si vs. No</i>) | - 480%; p<0,001 | |
| ^a p<0.05 ^b p<0.01 ^c p<0.001 | | |

Le CP risultano essere la variabile principale che produce un effetto significativo sulla riduzione dei ricoveri nell'ultimo mese

Fonte: E. Amodio, PAC Lecco

Quale impatto hanno le cure palliative?

Morte in ospedale

$$\text{Ln}\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

| | Morte in ospedale | |
|--|-----------------------------|-----------|
| | Adj OR | 95% CI |
| Sesso (<i>Maschi vs. Femmine</i>) | 1.43 ^c | 1.27-1.63 |
| Età in anni | 0.96 ^c | 0.96-0.97 |
| Causa di morte (<i>Cancro vs. altro</i>) | 1.18 ^a | 1.01-1.38 |
| Cure palliative (<i>Si vs. No</i>) | - 3.300%; p<0,001 | |
| ^a p<0.05 ^b p<0.01 ^c p<0.001 | | |

Le CP risultano essere la variabile principale che produce un effetto significativo sul non morire in ospedale

Fonte: E. Amodio, PAC Lecco

La riduzione significativa dei costi e delle ospedalizzazioni per i pazienti CP si osserva nell'ultimo mese di vita.

| | | Gruppo CP Domiciliari (N = 1114) | Gruppo confronto (N = 4716) | P value |
|---|---|---|--|-------------------|
| Ospedalizzazioni nell'ultimo mese di vita | | | | |
| | Ospedalizzazioni per persona, mediana | 0,34 | 0,58 | < 0.001 |
| | Costo per persona, media | 1471,8 | 3406,1 | < 0.001 |
| | Durata media ospedalizzazione, giorni | 4,2 | 7,4 | < 0.001 |
| Ospedalizzazioni dal 2 a 12 mesi prima del decesso | | | | |
| | Ospedalizzazioni per persona, mediana | 1,63 | 0,85 | < 0.001 |
| | Costo per persona, media | 6410,5 | 4138,2 | < 0.001 |
| | Durata media ospedalizzazione, giorni | 11,9 | 8,6 | < 0.001 |

I dati 2015 confermano le evidenze

Stima impatto presa in carico pazienti STCP, ADICP e ADI (gennaio-novembre 2015)

| | Val. ricoveri procapite Nessun profilo (a) | Val. ricoveri procapite profilo di presa in carico (b) | Val. profilo paziente (c) | Delta val. (a-b-c) |
|--------------|--|--|---------------------------------|-----------------------|
| ADI | 4.127,4 | 3.614,4 | 250,0 | 263,0 |
| ADICP | 4.127,4 | 1.909,3 | 900 | 1.318,1 |
| STCP | 4.127,4 | 1.340,8 | 1.500 | 1.286,6 |

Stima complessiva di impatto presa in carico di pazienti residenti in ASL di Lecco e inseriti in percorsi STCP, ADICP ed ADI

| | Delta valorizzazione procapite | Numero di pazienti presi in carico | Delta valorizzazione complessiva |
|---------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ADI | 263,0 | 102 | 26.821,8 |
| ADICP | 1.318,1 | 69 | 90.945,6 |
| STCP | 1.286,6 | 426 | 548.082,4 |
| Totale | 1.115,3 | 597 | 665.849,8 |

In totale, nel 2015, si è assistito dunque ad una minore valorizzazione di 665.849,8 € nell'ASST di LECCO.



Lo STUDIO ARIANNA ha confermato

Studio osservazionale prospettico su un modello di cura integrato tra MMG e UCP domiciliari caratterizzato da:

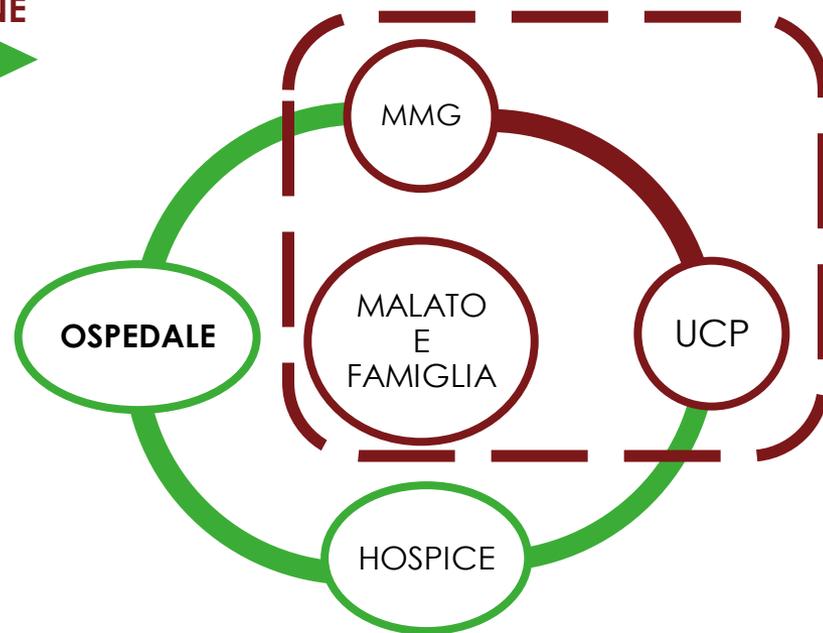
- Identificazione Precoce
- Valutazione Multidimensionale
- Pianificazione delle cure

Progetto ARIANNA

I PRINCIPI

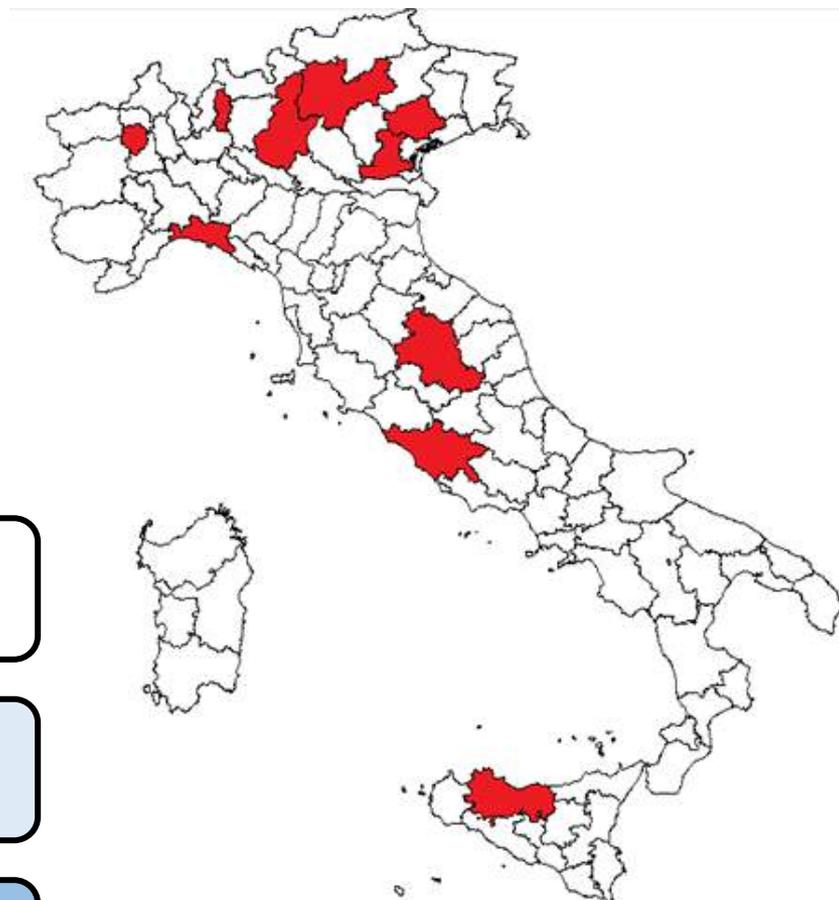
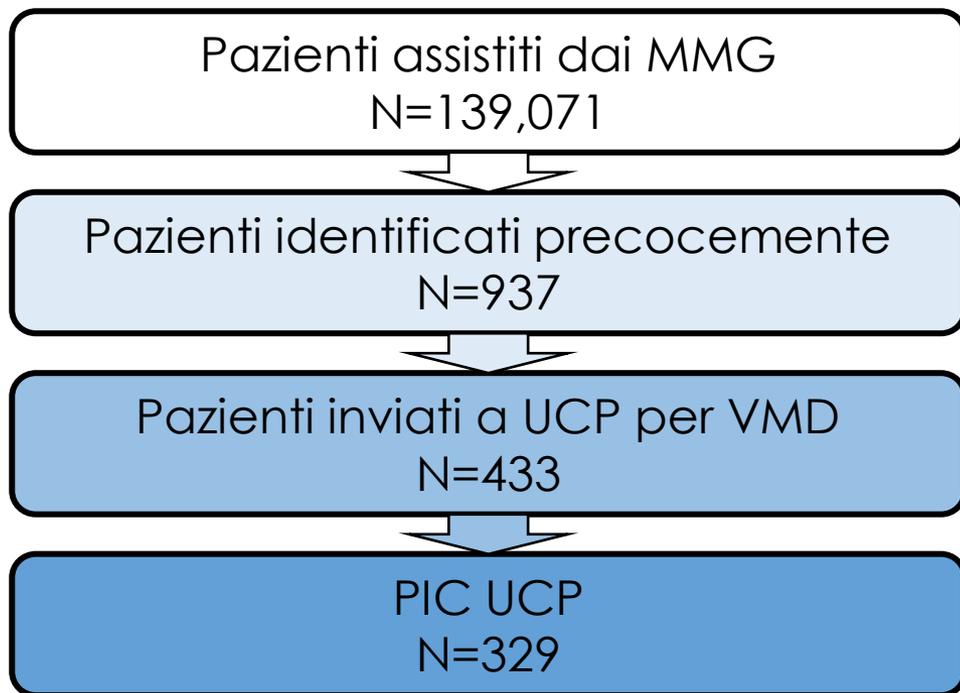


LE AREE



✓ **10 UNITÀ DI CURE
PALLIATIVE
DOMICILIARI**

✓ **94 MMG**



TASSO DI IDENTIFICAZIONE

- I medici di medicina generale hanno identificato il **0,67%** del bacino totale dei loro assistiti (il **3.67%** negli over 75 anni).

VALORE PREDITTIVO POSITIVO

- **55.2%** (517) dei malati identificati, tempo mediano di sopravvivenza nei deceduti di 85 giorni.

MALATI ONCOLOGICI / NON ONCOLOGICI

- **60%** malati non oncologici

LUOGO DI DECESSO

- **70%** dei malati identificati decedono al proprio domicilio



ARIANNA - ACCESSI

Quanti sono stati gli accessi dei professionisti dell'equipe durante il periodo di cura e assistenza?

PER LE PIC DI BASE (88 PIC):

| Accessi | Accessi per 30 GdC | Med Pall per 30 GdC | Inf Pall per 30 GdC | MP + IP a settimana |
|----------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mediana | 10,25 | 1,22 | 6,04 | 1,84 |

PER LE PIC SPECIALISTICHE (195 PIC):

| Accessi | Accessi per 30 GdC | Med Pall per 30 GdC | Inf Pall per 30 GdC | MP + IP a settimana |
|----------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mediana | 23,33 | 7,5 | 13,13 | 4,67 |



ARIANNA - COSTI

Valorizzando i costi degli accessi dei professionisti dell'equipe durante il periodo di cura e assistenza si ottiene:

PER LE PIC DI BASE (88 PIC):

| | GdC | CIA | Costo GEA | Costo 30 GdC |
|---------|------------|------------|------------------|---------------------|
| Mediana | 94,5 gg | 0,29 | 67,5 € | 526,43 € |
| Media | 123,6 gg | 0,32 | 68,7 € | 671,78 € |

PER LE PIC SPECIALISTICHE (195 PIC):

| | GdC | CIA | Costo GEA | Costo 30 GdC |
|---------|------------|------------|------------------|---------------------|
| Mediana | 28 gg | 0,56 | 93,61 € | 1471,70 € |
| Media | 55,7 gg | 0,6 | 97,33 € | 1754,92 € |



ARIANNA - COSTI

Considerando le PIC SPEC, quali fattori incidono significativamente sulle differenza nei costi?

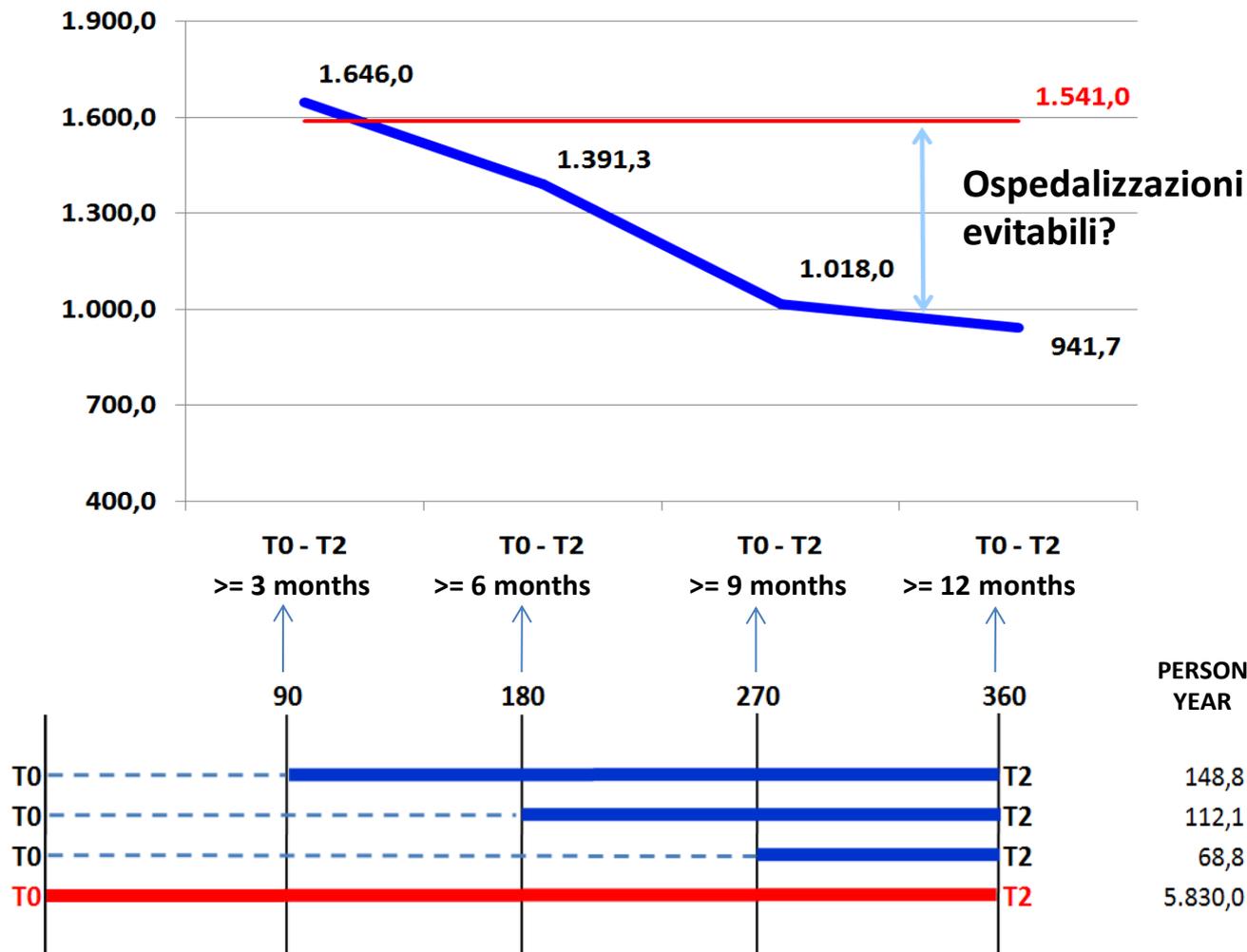
| Parametri significativi | Stima |
|-----------------------------|-------|
| Mesi di Sopravvivenza da T0 | -0.05 |
| kps <=40 | 0.18 |
| PHP_Communication_Scale >3 | 0.22 |

Dall'analisi emerge che, al netto delle altre variabili:

- per ogni **mese aggiuntivo di sopravvivenza da T0**, il costo per 30 GdC **diminuisce del 5%**;
- i pazienti con **KPS <= 40** hanno un costo **superiore del 18%** per 30 GDC;
- i pazienti con **PHP communication scale >3** (ovvero presentano deficit importanti dal punto di vista comunicativo) hanno un costo **superiore del 22%** rispetto a pazienti con PHP_comm_scale <=3;

Tutte le altre variabili comunemente studiate (pz. Oncologico, dolore, ADL, altre PHP), non sembrano quindi incidere sulla frequenza degli accessi e i relativi costi.

Tasso di ospedalizzazione X 1.000 percorso T₀-T₂



DOSSIER EMILIA-ROMAGNA

Analisi assistenza nel fine vita in oncologia



OBIETTIVO:

descrivere le cure fornite nelle ultime settimane di vita ai pazienti con diagnosi di neoplasia maligna in Emilia-Romagna, confrontando gli indicatori selezionati tra le diverse USL e i diversi distretti.

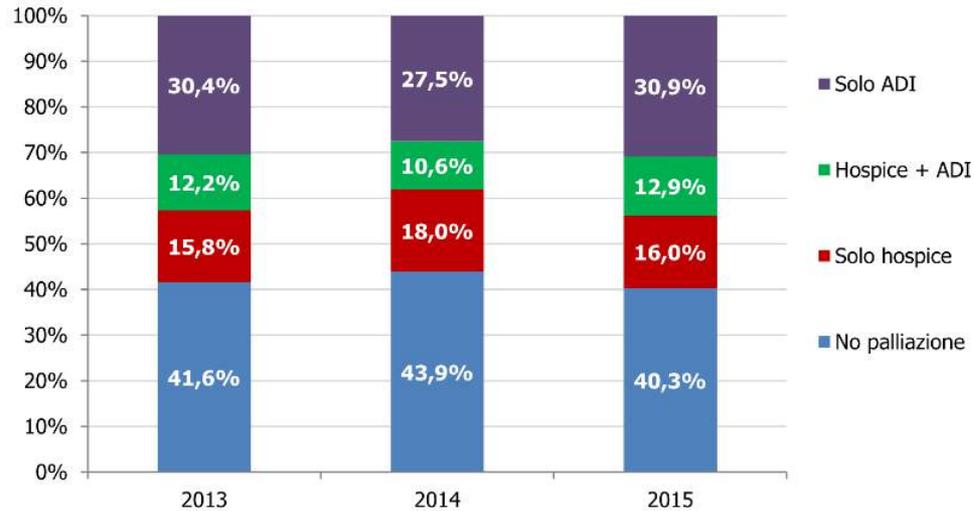
CAMPIONE: 46.096 pazienti

- residenti in Emilia-Romagna
- deceduti negli anni 2012, 2013 e 2014
- diagnosi di tumori in fase metastatica o con prognosi infausta
- con un almeno un ricovero ospedaliero nei 180 giorni precedenti al decesso.

METODO: record-linkage tra flussi informativi regionali (es. SDO, PS, Registro mortalità, ...)

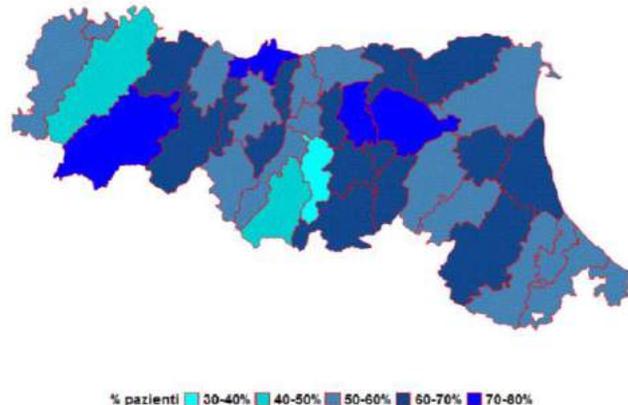
Approfondimento sulle CP

Figura 23. Trend di utilizzo delle cure palliative negli ultimi 30 giorni di vita, periodo 2013-2015



4 pazienti oncologici su 10 del campione considerato NON accedono ad alcun servizio di CP negli ultimi 30 giorni di vita

Figura 25. Utilizzo di cure palliative negli ultimi 30 giorni di vita per Distretto sanitario di residenza, anno 2015



Si registra una % di accesso alle CP con una notevole varietà tra i diversi distretti

Approfondimento sulle CP

Tabella 10. Utilizzo di cure palliative negli ultimi 30 giorni di vita e luogo del decesso, anno 2015

| 11.246 pazienti | Tipologia di cure palliative utilizzate negli ultimi 30 giorni di vita | | | |
|------------------------|---|---|--|---|
| | Solo ADI 3.475 (30,9%) | Solo hospice 1.794 (15,9%) | ADI + hospice 1.447 (12,9%) | No palliazione 4.530 (40,3%) |
| Deceduti in ospedale | 1.744 (50,2%) | 29 (1,6%) | 25 (1,7%) | 3.638 (80,3%) |
| Deceduti a domicilio | 1.731 (49,8%) | 17 (1,0%) | 60 (4,1%) | 892 (19,7%) |
| Deceduti in hospice | | 1.748 (97,4%) | 1.362 (94,2%) | |

L'utilizzo di ADI e/o HOSPICE negli ultimi 30 gg di vita corrisponde a minori percentuali di pazienti deceduti in ospedale.

Approfondimento sulle CP

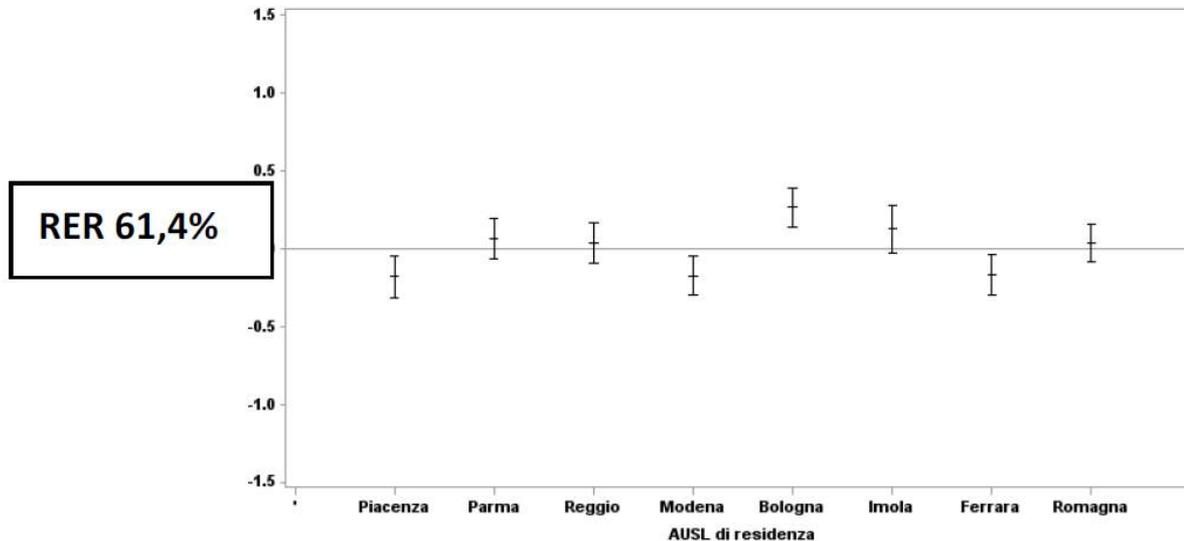
Chi accede ai servizi di CP?

L'uso di **cure palliative** è significativamente **correlato** all'**età maggiore di 65 anni** (OR:1,1; $p=0.007$), al **genere femminile** (OR:1,2; $p<0.0001$), ai **tumori solidi** (OR:2,2; $p<0.0001$), alla residenza **in zone montane o collinari** (OR:1,1; $p=0.0003$).

Questi fattori spiegano tuttavia meno del 60% dell'utilizzo delle cure palliative in Emilia-Romagna, poiché un ruolo importante in questo ambito viene svolto dalle strategie adottate dalle singole Aziende sanitarie di residenza.

Standardizzando infatti per i vari confondenti si nota una forte variabilità tra Aziende sanitarie:

ADI e/o Hospice negli ultimi 180 giorni di vita

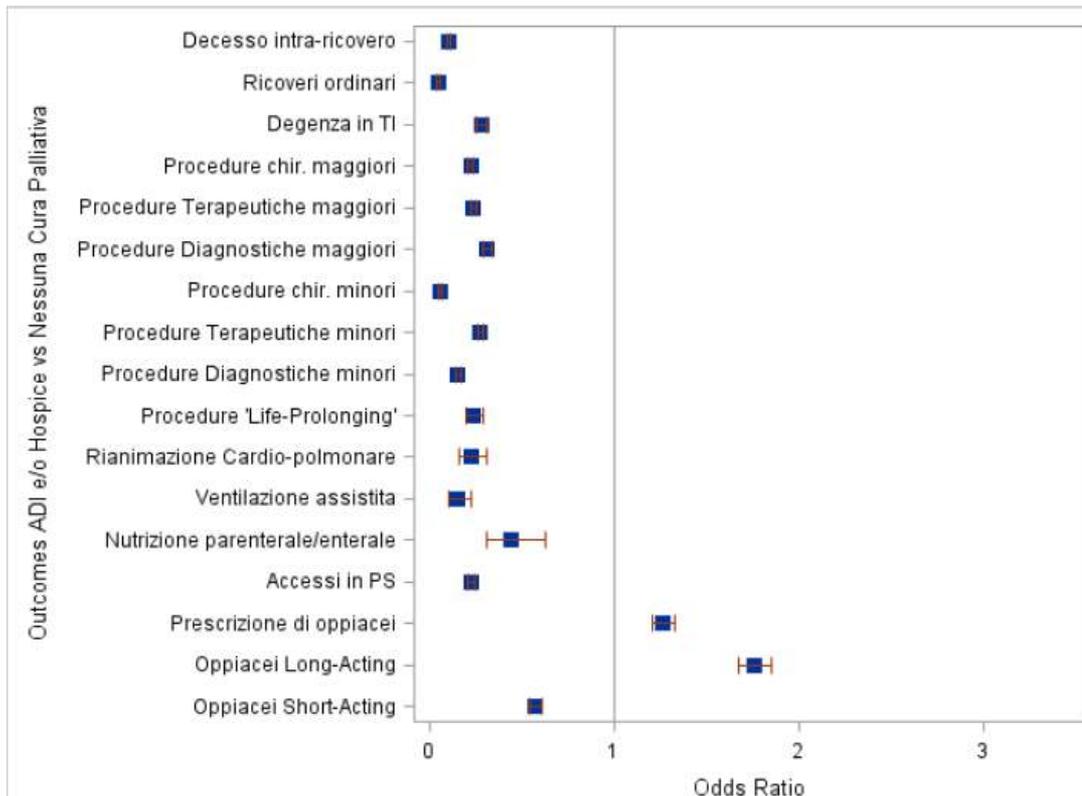


Approfondimento sulle CP

Confrontati due gruppi che hanno / NON hanno ricevuto cure palliative negli ultimi 180 giorni di vita, appaiati per diverse caratteristiche (età, sesso, sede tumore, ...), sono stati confrontati in totale 25486 pazienti.

Quali differenze si osservano negli outcome considerati?

ADI e/o Hospice vs No Palliazione: 25486 pazienti appaiati



Nei pazienti che hanno ricevuto CP si osserva una riduzione statisticamente significativa di:

- Decesso intra-ricovero
- Ricoveri ordinari
- Degenza in TI
- Accessi in PS
- Procedure diagnostiche/terapeutiche

Concludendo

Le evidenze e i dati presentati confermano che l'applicazione di **modelli integrati di cura** e assistenza per i pazienti in condizioni di cronicità complessa e avanzata con bisogni di cure palliative, anche nei non oncologici, permetterebbe non solo di garantire **cure di qualità**, centrate sui bisogni del paziente e dei suoi familiari ma anche una **diminuzione dei ricoveri** ospedalieri e degli **accessi al PS inappropriati** con una conseguente **riduzione dei costi** dell'assistenza sanitaria.

In uno scenario di rapida **transizione demografica**, questi cambiamenti organizzativi, in una più ampia **visione di Sanità Pubblica**, risultano tanto urgenti quanto necessari.

Grazie!