



progetto tiascolto

**Rilevazione
delle richieste sanitarie e sociosanitarie,
appropriatezza delle risposte e qualità della vita
in una popolazione di ultra 65enni fragili
dimessi dall'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo
con diagnosi oncologica
in fase avanzata di malattia**

LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – Sezione di Bergamo

Associazione Cure Palliative di Bergamo

Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo

Bergamo
Novembre 2010

Premessa

La provincia di Bergamo registra una mortalità per tumore significativamente più elevata rispetto ai dati relativi alla popolazione lombarda e nazionale, in particolare per tumore del polmone, del pancreas e del fegato (Registro della mortalità Oncologica della Provincia di Bergamo ASL).

Non esistono allo stato attuale studi specifici sui pazienti in età geriatrica e, in particolare, non vi è alcuna esperienza di valutazione dell'impatto sulla società e sulle famiglie che accompagnano il decorso della malattia negli anziani, dopo la dimissione dall'ospedale. Poiché si prevede che questo aspetto delle patologie tumorali assumerà dimensioni sempre più ampie, a seguito del costante incremento della durata della vita media, si propone uno studio che metta in evidenza la storia dei pazienti, dal momento della dimissione dalle U.O. che aderiranno al progetto dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo e nei tre mesi successivi alla stessa, per verificare se le risposte attualmente offerte dal territorio sono adeguate o necessitano di una rivalutazione.

Scopo

Rilevare gli eventi sociali e sanitari che condizionano la qualità della vita dei pazienti oncologici over 65 dopo la dimissione dall'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, al fine di individuare percorsi di assistenza e di cura virtuosi per migliorare la qualità della vita nella fase avanzata di malattia.

Metodo

Lo studio si propone di arruolare tutti i pazienti in dimissione segnalati dalle U.O. dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo valutati secondo il progetto G.ON.G.¹ (già attivo presso l'A.O), di età superiore ai 65 anni, e di rilevare a tre mesi dalla dimissione gli eventi che caratterizzano il periodo post-ricovero e gli strumenti utilizzati per affrontarli, tenendo conto di alcune determinanti sociali fondamentali (età, sesso, condizioni di convivenza, reddito percepito, scolarità e residenza) e delle determinanti sanitarie individuate con le scale di valutazione somministrate. Il campione sarà costituito da circa 250 pazienti.

Il Progetto è stato presentato al Comitato Etico dell'A.O Ospedali Riuniti di Bergamo.

Ai medici delle U.O. che aderiranno al progetto, sarà chiesto di inviare i pazienti over 65 anni con diagnosi oncologica al G.ON.G, per la somministrazione delle scale di valutazione già in uso, la compilazione di una scheda anagrafica, la compilazione del modulo per il consenso informato al progetto firmato dal paziente e l'autorizzazione al trattamento dei dati per scopi scientifici.

¹ Gruppo Oncologico Geriatrico

Al paziente o ai suoi familiari verrà consegnata una "scheda diario", per annotare gli eventi avversi e le soluzioni adottate

Follow up

Il follow up a tre mesi sarà affidato ad un gruppo di volontari (Associazione Cure Palliative) già operante presso gli ambulatori dei day hospital della U.O. di Oncologia Medica, opportunamente addestrati per effettuare l'intervista telefonica e la visita a domicilio.

Previa telefonata, il volontario/a si recherà a casa del paziente per prendere visione del diario giornaliero, completare le informazioni annotate, somministrare la scala di valutazione "Performance Status", ritirare il diario e trasmetterlo alla LILT per l'inserimento dei dati nel data base.

Analisi dei dati

Verrà effettuata l'analisi statistica sui dati raccolti, per offrire un'indicazione su quali sono gli eventi avversi più frequenti, quali sono le soluzioni attualmente utilizzate e, successivamente, valutarne l'efficacia. A seguito dell'elaborazione potrà essere presentata un'analisi dettagliata su quali potrebbero essere i servizi che, opportunamente potenziati e pubblicizzati, potrebbero offrire risposte più adeguate e di reale supporto per i pazienti e per le loro famiglie.

Gruppo di lavoro

Referente scientifico:	Prof. Marco Trabucchi (GRG Brescia)
Referente per il progetto:	Lucia De Ponti (LILT)
A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo:	dr. Claudio Sileo (Direttore Sanitario), dr.ssa Marina Mangia, dr. Luca Antonio Brucato, dr.ssa Silvia Curri (U.O. Medicina 2, ambulatorio GONG), dr. Ermenegildo Arnoldi (Oncologia DH), Maria Teresa Carlessi (Centrale Dimissioni Protette)
ASL della Provincia di Bergamo:	dr. Benigno Carrara
Associazione Cure Palliative:	Gianfranca Nicoli, dr. Arnaldo Minetti
Consulenti:	dr. Raffaele Latella (Geriatra), dr.ssa Irene Baronchelli (Psicologa)
DiPO:	dr. Roberto Labianca
Elaborazione dati:	Mariagrazia Capello (LILT-ASL)

Tempi di realizzazione

Luglio 2008:	definizione del progetto e presentazione, alla Direzione Generale dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, al Comitato di Bioetica, alle Associazioni coinvolte; predisposizione del data base.
Novembre 2008:	selezione dei volontari e avvio del corso di formazione
Dicembre 2008:	inizio del reclutamento dei pazienti
Marzo 2009:	inizio follow up a tre mesi e inserimento dei dati
Dicembre 2009:	termine del reclutamento
Marzo 2010:	termine del follow up
Novembre 2010:	presentazione dei risultati

Un particolare ringraziamento ai Volontari e alle Volontarie dell'Associazione Cure Palliative, per la dolcezza, l'attenzione e la professionalità utilizzate negli incontri con i pazienti e le loro famiglie

Indice

1. Arruolamento pazienti	pag.	7
2. Anagrafica pazienti	pag.	15
3. Situazione clinica	pag.	19
4. Dati relativi al follow up a tre mesi dal reclutamento	pag.	27
5. Dati relativi agli eventi	pag.	31
6. "Tiascolto" e ADI	pag.	42
7. Conclusioni	pag.	44

ELABORAZIONE FINALE

1. Arruolamento pazienti

In questo capitolo vengono presentati i dati relativi alla provenienza territoriale dei pazienti arruolati definiti eleggibili come da descrizione del progetto e il reparto di provenienza.

L'arruolamento è avvenuto in due fasi:

La ricerca inizialmente aveva individuato un target di pazienti oncologici in fase avanzata fragili e ultrasettantenni. Verificate la lentezza e difficoltà di reclutamento nelle diverse unità operative si è deciso di abbassare l'età a 65 anni e comunque per tutto il primo step fino ad aprile 2009 gli arruolamenti sono stati pochi e a rilento: evidentemente il livello di comprensione dell'importanza di questo problema (e, di conseguenza, della ricerca proposta) era scarso fra gli stessi dirigenti ed operatori dei reparti coinvolti. La cosa non ci stupisce e non vogliamo demonizzare nessuno: questa necessità di informazione e formazione articolata è fondamentale per raggiungere un vero e proprio cambiamento culturale e di atteggiamento sulla continuità terapeutica, sul rapporto ospedale-territorio e sulla coniugazione di sanitario e socio-assistenziale. Il problema riguarda tutte le realtà sanitarie e socio-assistenziali, partendo dalle figure apicali fino all'ultimo operatore e non è più rimandabile (e non è limitato all'AO OORR o a singole unità operative, ma riguarda tutte le AO e le strutture di degenza, l'ASL, i distretti, i MAP, in poche parole l'intera filiera) Nel caso in questione, comunque, grazie a una decisa valutazione dei ricercatori e a una conseguente presa di posizione della Direzione Sanitaria OORR verso i reparti, è stato possibile sbloccare la situazione e procedere concretamente nel secondo step.

primo step: gennaio 2009 – aprile 2009 – Pazienti reclutati 50

secondo step: ottobre 2009 – gennaio 2010 – Pazienti reclutati 115

Totale pazienti reclutati: **165**

1.1 Provenienza territoriale

Tavola 1 - Provenienza territoriale dei pazienti reclutati Distretto e Comune

Distretto di appartenenza	Comune	Totale
01_Bergamo	BERGAMO	48
	GORLE	2
	PONTERANICA	2
	SORISOLE	5
	TORRE BOLDONE	2
01_Bergamo Totale		59
02_Dalmine	CURNO	1
	DALMINE	3
	LALLIO	2
	LEVATE	1
	OSIO SOPRA	3
	OSIO SOTTO	2
	STEZANO	2
	TREVIOLO	1
	URGNANO	1
	VERDELLINO	3
	VERDELLO	2
	ZANICA	2
02_Dalmine Totale		23
03_Seriate	BRUSAPORTO	2
	GRASSOBBIO	1
	PEDRENGO	2
	SCANZOROSCIATE	1
	SERiate	7
03_Seriate Totale		13
04_Grumello	BOLGARE	3
	GRUMELLO DEL MONTE	1
	PALOSCO	1
04_Grumello Totale		5
05_Trescore-Valle Cavallina	GAVERINA TERME	1
	GORLAGO	2
	RANZANICO	1
	TRESCORE BALNEARIO	2
05_Trescore-Valle Cavallina Totale		6
06_Sarnico	CREDARO	1
	PREDORE	1
	SARNICO	1
	VILLONGO	1
06_Sarnico Totale		4
08_Albino-Val Seriana	ALBINO	3
	ALZANO LOMBARDO	1
	CENE	2

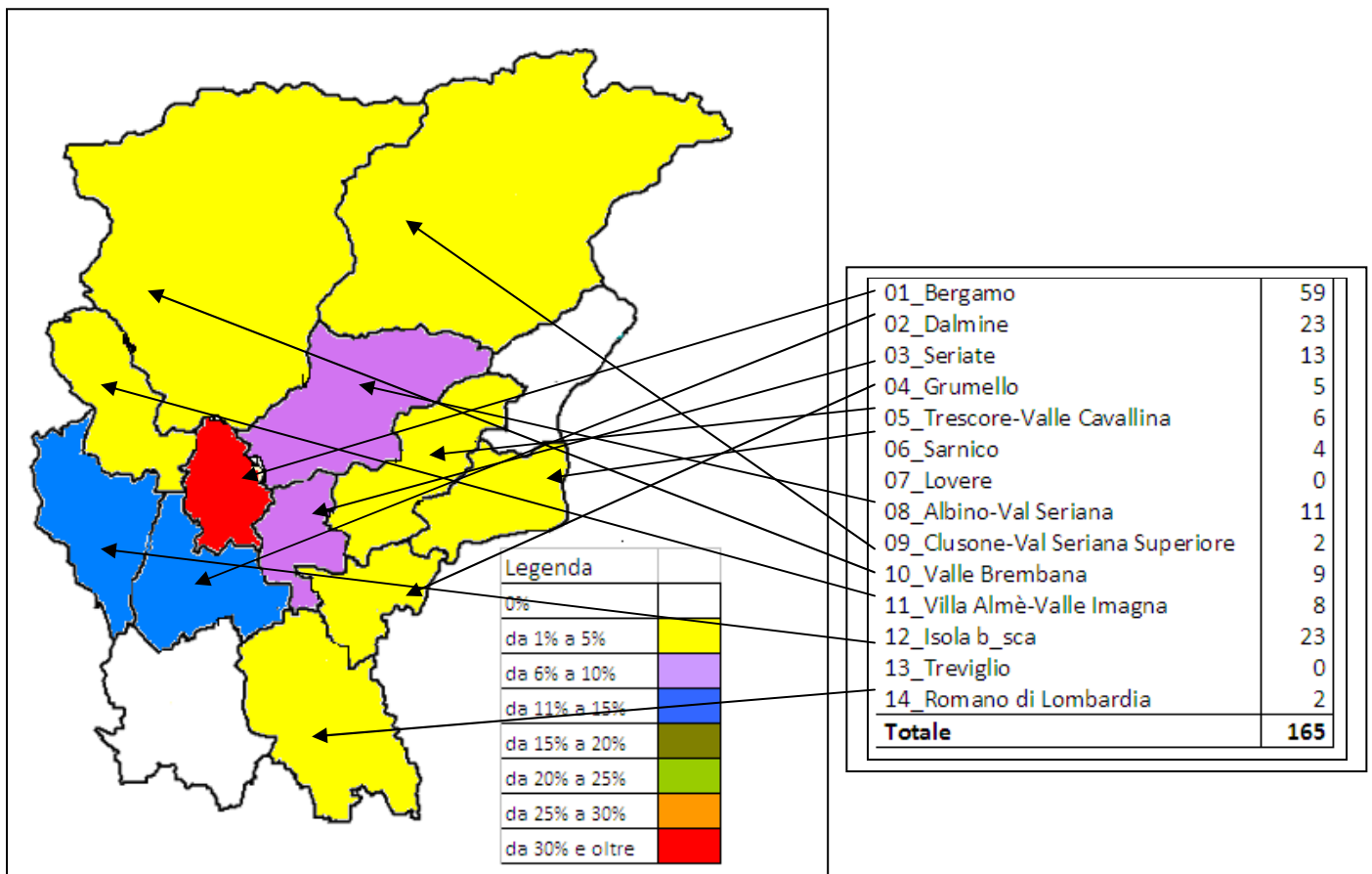
Distretto di appartenenza	Comune	Totale
	GANDINO	1
	GAZZANIGA	1
	LEFFE	1
	NEMBRO	1
	VILLA DI SERIO	1
08_Albino-Val Seriana Totale		11
09_Clusone-Val Seriana Superiore	CASTIONE DELLA PRESOLANA	1
	CLUSONE	1
09_Clusone-Val Seriana Superiore Totale		2
10_Valle Brembana	PIAZZA BREMBANA	1
	SAN GIOVANNI BIANCO	1
	SAN PELLEGRINO TERME	1
	SEDRINA	1
	SERINA	2
	TALEGGIO	1
	UBIALE CLANEZZO	1
	ZOGNO	1
10_Valle Brembana Totale		9
11_Villa Almè-Valle Imagna	ALME'	2
	ALMENNO SAN BARTOLOMEO	1
	BARZANA	1
	BEDULITA	1
	BERBENNO	1
	SANT'OMOBONO IMAGNA	1
	VILLA D'ALME'	1
11_Villa Almè-Valle Imagna Totale		8
12_Isola b_sca	BONATE SOPRA	1
	BREMBATE	1
	BREMBATE DI SOPRA	5
	CALUSCO D'ADDA	2
	CAPRIATE SAN GERVASIO	1
	CAPRINO	1
	CISANO BERGAMASCO	1
	MAPELLO	2
	PONTE SAN PIETRO	3
	PONTESANPIETRO	1
	PRESEZZO	2
	TERNO D'ISOLA	1
	VILLA D'ADDA	2
12_Isola b_sca Totale		23
14_Romano di Lombardia	COLOGNO AL SERIO	1
	MARTINENGO	1
14_Romano di Lombardia Totale		2
Totale		165

Tavola 2 - Provenienza territoriale dei pazienti reclutati (sintesi per Ambiti Territoriali)

Distretto di appartenenza	Casi	%
01_Bergamo	59	36%
02_Dalmine	23	14%
03_Seriate	13	8%
04_Grumello	5	3%
05_Trescore-Valle Cavallina	6	4%
06_Sarnico	4	2%
07_Lovere	0	0%
08_Albino-Val Seriana	11	7%
09_Clusone-Val Seriana Superiore	2	1%
10_Valle Brembana	9	5%
11_Villa Almè-Valle Imagna	8	5%
12_Isola b_sca	23	14%
13_Treviglio	0	0%
14_Romano di Lombardia	2	1%
Totale	165	100%

Le tabelle evidenziano una percentuale maggiore di pazienti (36%) residenti nell'Ambito territoriale afferente al distretto di Bergamo. Ciò è giustificato dal fatto che l'Azienda Ospedaliera ha sede nel Comune di Bergamo: l'utenza che vi offerisce è infatti principalmente quella del Comune di Bergamo e dei Comuni limitrofi. C'è infatti anche una discreta percentuale di pazienti residenti nel distretto di Dalmine e dell'Isola Bergamasca e una relativa presenza di pazienti afferenti agli Ambiti territoriali di Seriate e Albino. Nelle due mappe che seguono viene evidenziata la distribuzione per singoli Comuni (Mappa 1) e per Ambito Territoriale/Distretto (Mappa 2).

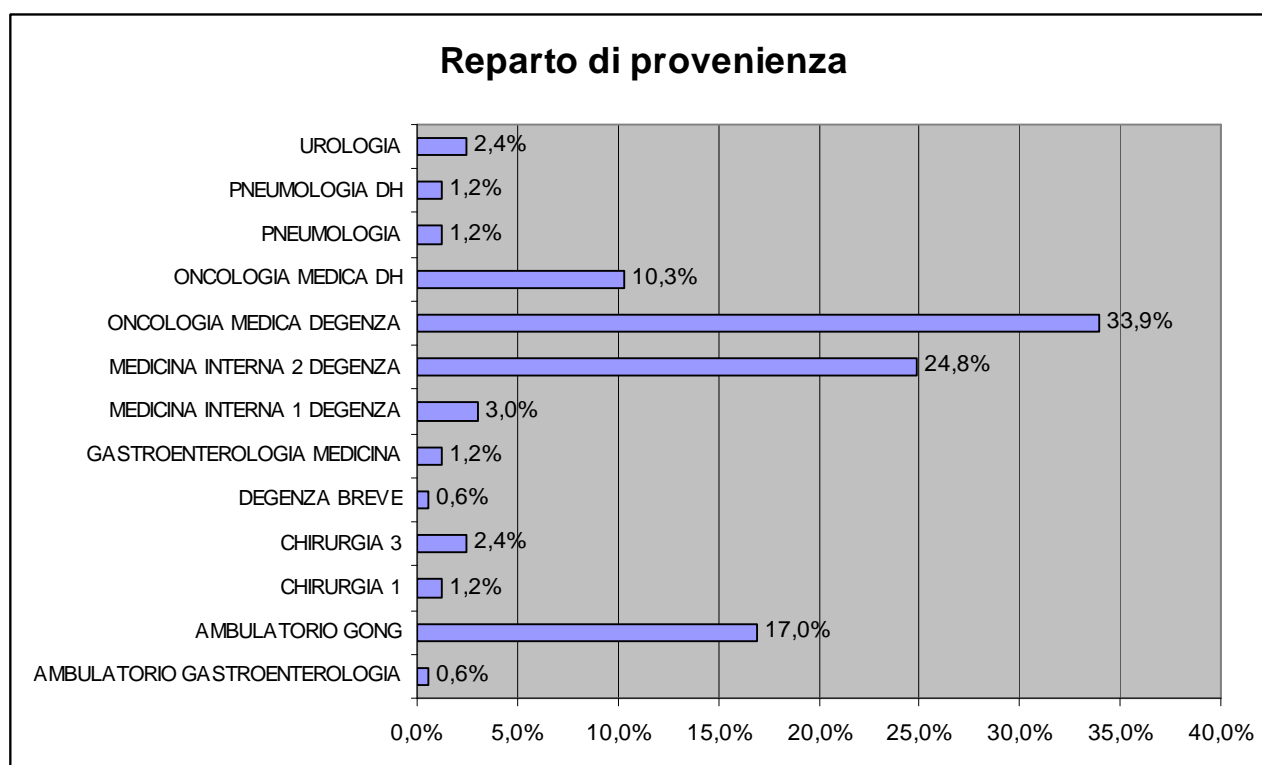
Mappa 2 - Provenienza territoriale dei pazienti reclutati (sintesi per Ambiti Territoriali)



1.2 Reparto di provenienza

Tavola 3 – Reparto di provenienza dei casi ritenuti eleggibili

Reparto di reclutamento	Casi	%	
AMBULATORIO GASTROENTEROLOGIA	1	0,6%	
AMBULATORIO GONG	28	17,0%	
CHIRURGIA 1	2	1,2%	
CHIRURGIA 3	4	2,4%	
DEGENZA BREVE	1	0,6%	
GASTROENTEROLOGIA MEDICINA	2	1,2%	
MEDICINA INTERNA 1 DEGENZA	5	3,0%	27,9%
MEDICINA INTERNA 2 DEGENZA	41	24,8%	
ONCOLOGIA MEDICA DEGENZA	56	33,9%	44,2%
ONCOLOGIA MEDICA DH	17	10,3%	
PNEUMOLOGIA	2	1,2%	
PNEUMOLOGIA DH	2	1,2%	
UROLOGIA	4	2,4%	
Totale	165		



L'assenza di segnalazioni da numerosi reparti con pazienti eleggibili per il progetto o la bassa percentuale di partecipazione degli stessi testimonia purtroppo con chiarezza quanto è diffusa la sottovalutazione del problema e quanta strada c'è da fare, a patto – almeno – di cominciare subito a denunciare la gravità e la non rinviabilità.

La maggior parte delle persone individuate per il progetto proviene dall'Unità Operativa di Oncologia (33,9% dal reparto e 10,3% dal day hospital). Gli altri reparti che rappresentano un bacino d'utenza interessante sono rappresentati dalle medicine (in particolare la Medicina Interna 2 Degenza) e dall'Ambulatorio Gong. Poco significativo è il numero di dimissioni provenienti dalle altre U.O.

2. Anagrafica pazienti

Per ogni item riferito alle caratteristiche anagrafiche delle persone che hanno aderito al progetto (presenza del consenso informato di tutti i pazienti) viene riportata sia la tavola dei dati sia la relativa visualizzazione grafica.

Tavola 4 - Suddivisione per genere

genere	Valore assoluto	%
maschio	90	54,5%
femmina	75	45,5%
Totale	165	

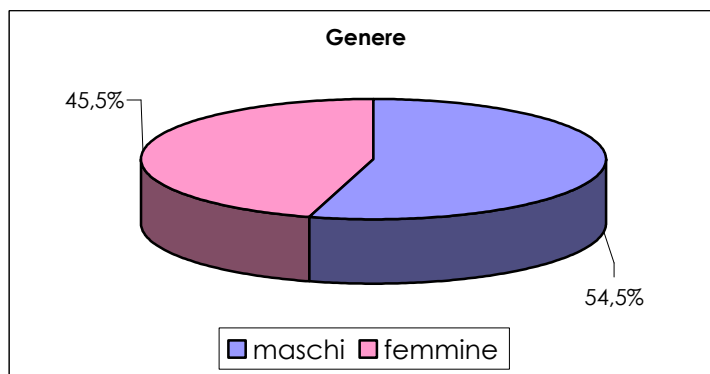


Tavola 5 - Suddivisione maschi per fascia d'età

Fascia d'età	maschi	%
65-74	50	55,6%
75-85	37	41,1%
> 85 anni	3	3,3%
Totale	90	

Tavola 6 - Suddivisione femmine per fascia d'età

Fascia d'età	femmine	%
Non anziano	1	1,3%
65-74	31	41,3%
75-85	35	46,7%
> 85 anni	8	10,7%
Totale	75	

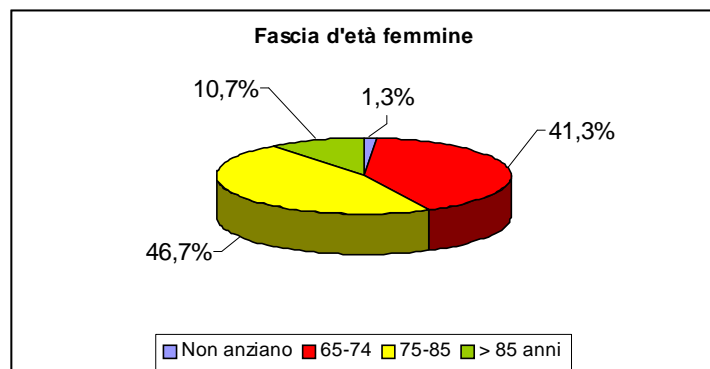


Tavola 7 - Stato scolarità

SCOLARITA	Totale	
Elementari	116	70,3%
Medie	19	11,5%
Superiori	25	15,2%
Laurea	3	1,8%
Non rilevato	2	1,2%
Totale	165	

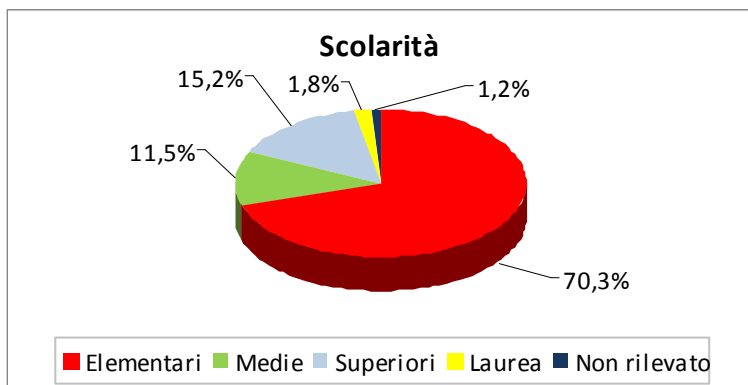


Tavola 8 - Stato civile

STATO CIVILE	Totale	%
Coniugato	103	62,4%
Celibe/nubile	16	9,7%
Vedovo/a	44	26,7%
Separato/a	2	1,2%
Totale	165	

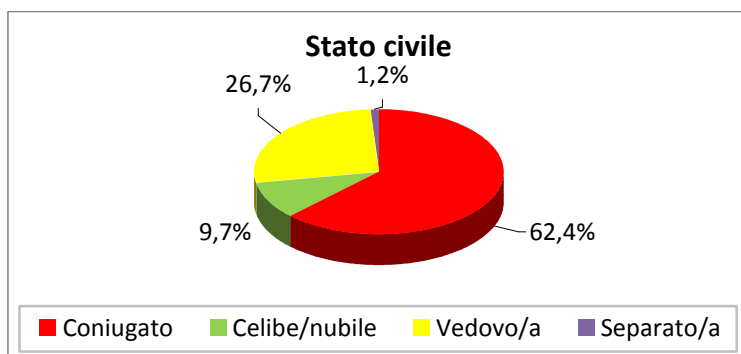


Tavola 9 - Stato famiglia

	Totale	%
Solo/a	33	20,0%
Coniuge	98	59,4%
Convivente	1	0,6%
Figlio/a	25	15,2%
Badante	1	0,6%
Nipote	1	0,6%
Sorella	1	0,6%
Fratello	2	1,2%
Famiglia	3	1,8%
Totale	165	

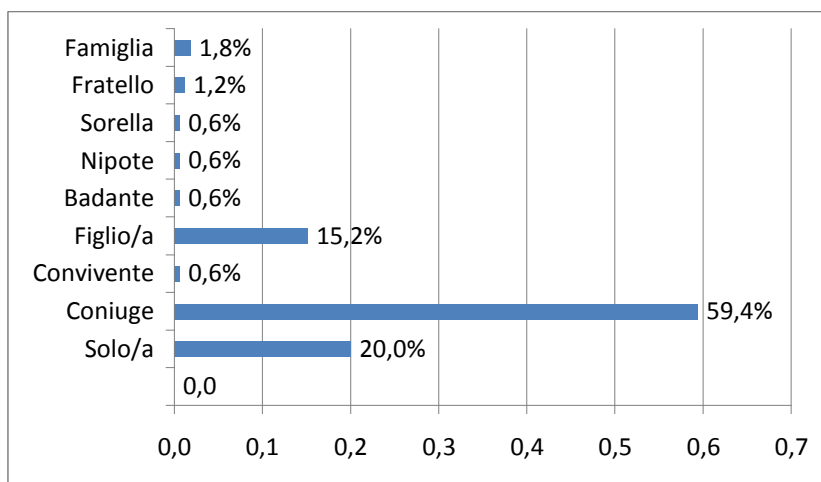


Tavola 10 Rete familiare

Rete familiare	totale	%
Unica rete familiare	66	40,0%
Due tipologie di reti familiari	92	55,8%
Tre tipologie di reti familiari	4	2,4%
nessuna rete familiare	3	1,8%
	165	

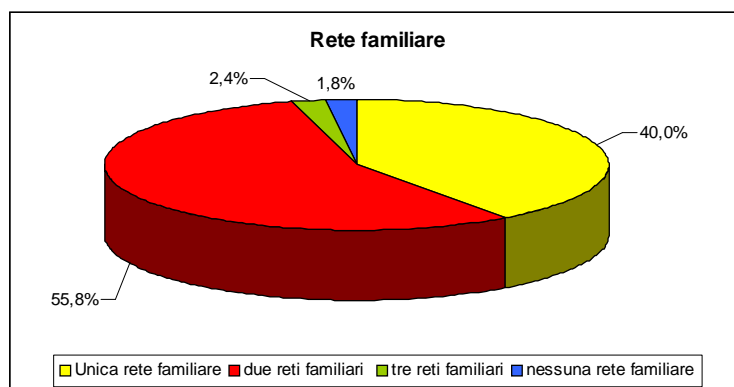


Tavola 11 Distribuzione rete familiare

Rete familiare	Totale	%
Moglie/marito	99	37,4%
Figli	139	52,5%
Nipoti	19	7,2%
Fratelli/sorelle	5	1,9%
Nessuna rete familiare	3	1,1%
Totale	265	

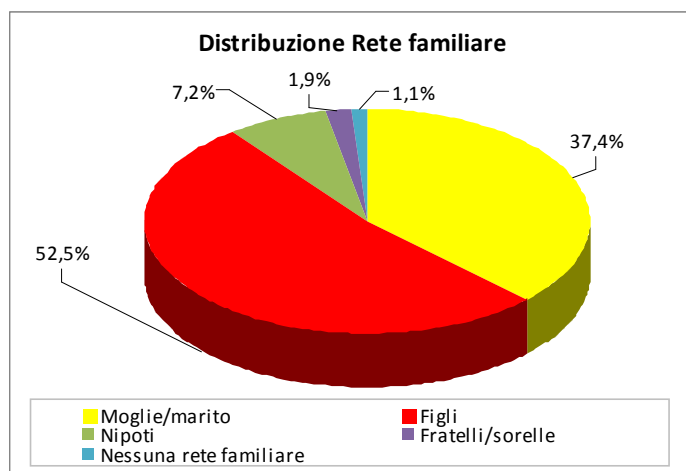
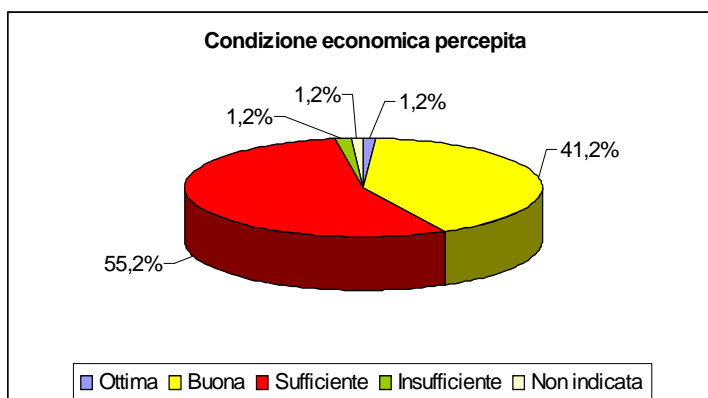


Tavola 12 - Condizione economica percepita

Condizione economica percepita	Totale	%
Ottima	2	1,2%
Buona	68	41,2%
Sufficiente	91	55,2%
Insufficiente	2	1,2%
Non indicata	2	1,2%
Totale complessivo	165	



Considerazioni relative all'anagrafica

La popolazione presa in esame è rappresentata prevalentemente da maschi (54,5%); prendendo in considerazione insieme maschi e femmine la fascia d'età maggiormente interessata è quella tra i 65-74 anni; questo dato è confermato nel genere maschio, mentre nelle femmine la percentuale maggiore riguarda la fascia d'età superiore (75-85). Il livello di scolarità è rappresentato da una elevata percentuale di persone il cui livello formativo è rappresentato dalle scuole elementari (70,3%).

Il 20% delle persone arruolate vive da solo, il rimanente 79,6% vive all'interno del nucleo familiare; solo un caso è affidato a una badante; la rete familiare è ben rappresentata: solo in tre casi è stata evidenziata l'assenza di una rete familiare. Il 55,8% delle persone è circondata da una buona rete familiare rappresentata sia dalla propria famiglia (coniuge) sia dalla famiglia dei figli o dei nipoti.

La condizione economica percepita è valutata sufficiente dal 55,2% dei pazienti e buona dal 41,2%.

L'esiguità del campione, pur se significativo, non permette di considerare i dati – M/F, scolarità, famiglia e (soprattutto) condizione economica – come esaustivi: rimandiamo ai dati generali elaborati dall'ASL e dalle statistiche istituzionali ben sapendo che la situazione di fragilità, di solitudine, di indisponibilità economica è assai grave e in continuo aumento.

Cogliamo qui l'occasione per sottolineare anche che è stata individuata per questa ricerca la sola patologia oncologica, ma questi problemi riguardano anche tutte le altre malattie in guaribili (neurologiche, cardiovascolari, infettive ...) e anche su questo fronte più ampio è fondamentale la continuità terapeutica.

3. Situazione clinica

In questo capitolo vengono riportate elaborazioni relative alla malattia delle persone (patologia e loro stadiazione) e il risultato di alcune scale di valutazione che prendono in considerazione il livello di autonomia, lo stato cognitivo, le condizioni fisiche, la presenza di comorbidità.

Tavola 13 – Patologie

(si considera il tumore principale)

PATOLOGIA ORGANO	Totale	%
K POLMONARE	46	27,9%
K COLON/RETTO	24	14,5%
K PANCREAS	18	10,9%
K MAMMELLA	15	9,1%
K GASTRICO	12	7,3%
K PROSTATA	10	6,1%
K RENE	8	4,8%
K EPATICO	8	4,8%
K VESCICA	7	4,2%
K NEUROENDOCRINO	4	2,4%
K TESTA/COLLO	4	2,4%
K COLECISTI	3	1,8%
K EMATOLOGICO	2	1,2%
K ESOFAGO	1	0,6%
K MEDIASTINO	1	0,6%
K RINOFARINGE	1	0,6%
K GINECOLOGICO	1	0,6%
Totale	165	

Tavola 14 – Patologie (visualizzazione grafica)

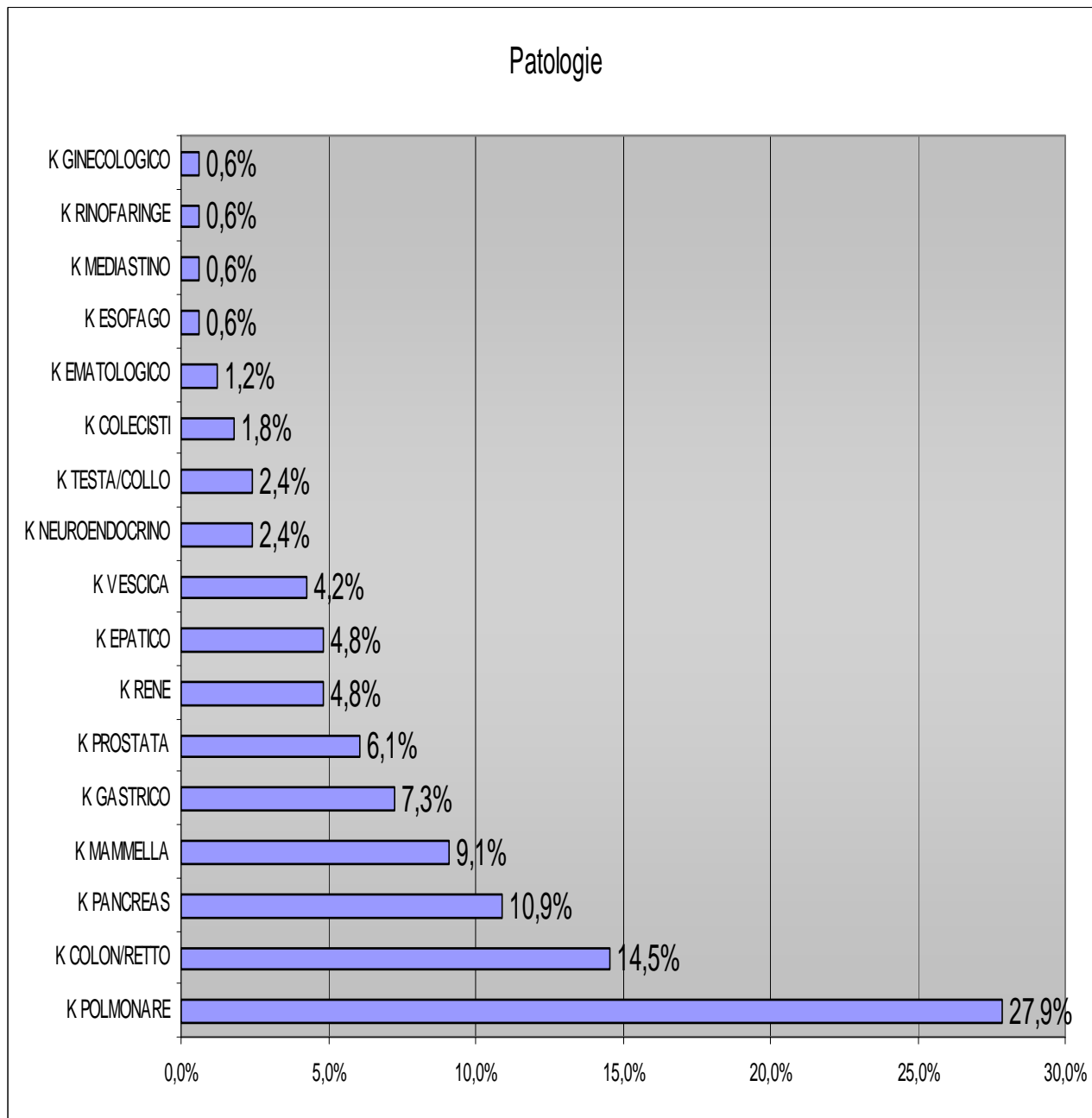


Tavola 15 – Stadiazione

STADIO	numero	%
II	1	0,6%
III	9	5,5%
IV	82	49,7%
AVANZATO	73	44,2%
Totale	165	100,0%

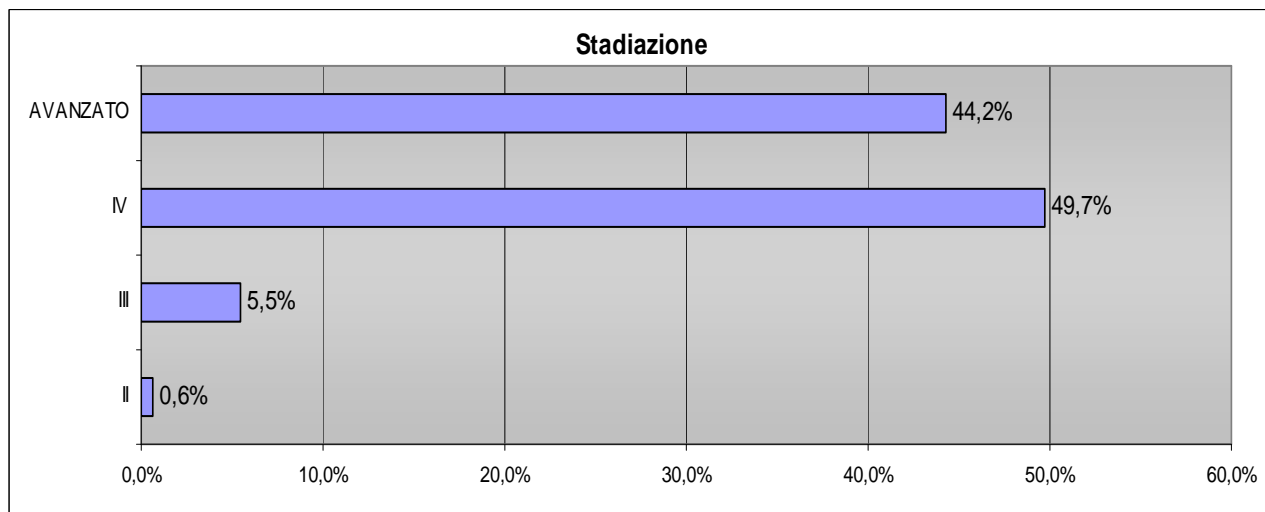


Tavola 16 – Charlson

VALORE CHARLSON	numero	%
Cs 3	3	1,8%
Cs 4	1	0,6%
Cs 5	3	1,8%
Cs 6	31	18,8%
Cs 7	53	32,1%
Cs 8	39	23,6%
Cs 9	23	13,9%
Cs 10	10	6,1%
Cs 11	1	0,6%
Cs 12	1	0,6%
Totale	165	

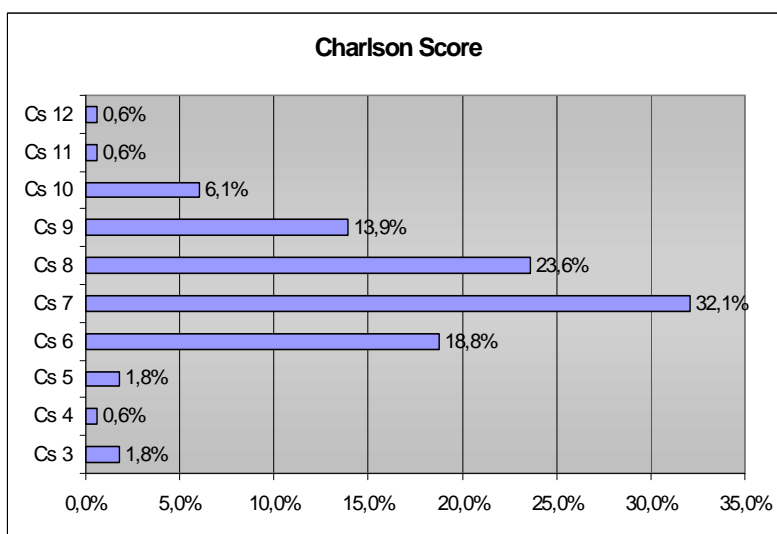


Tavola 17 – Mini Mental States Examination

MMS	numero	%
20	1	0,6%
21	1	0,6%
22	3	1,8%
23	2	1,2%
24	1	0,6%
25	2	1,2%
26	6	3,6%
27	3	1,8%
28	28	17,0%
29	4	2,4%
30	114	69,1%
Totale	165	

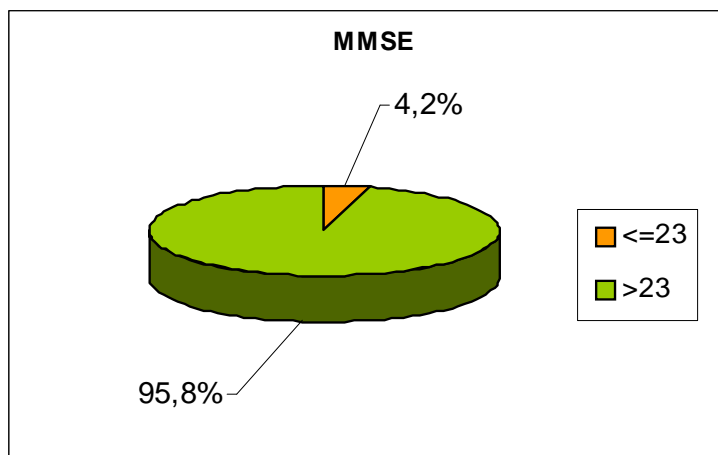


Tavola 18 – Valore Performance Status al momento dell'arruolamento

VALORE PS all'arruolamento	numero pazienti	%
0_Paziente in grado di svolgere le normali attività senza limitazioni	19	11,5%
1_Limitato in attività fisiche impegnative ma abile a camminare e ad effettuare lavori leggeri	60	36,4%
2_Autosufficiente nella vita ma disabile nel condurre ogni tipo di attività lavorativa	47	28,5%
3_Autosufficienza limitata. Costretto a letto o su una sedia per più del 50% delle ore diurne	37	22,4%
4_Completamente disabile e non autosufficiente. Costretto a letto o su una sedia	2	1,2%
Totale	165	

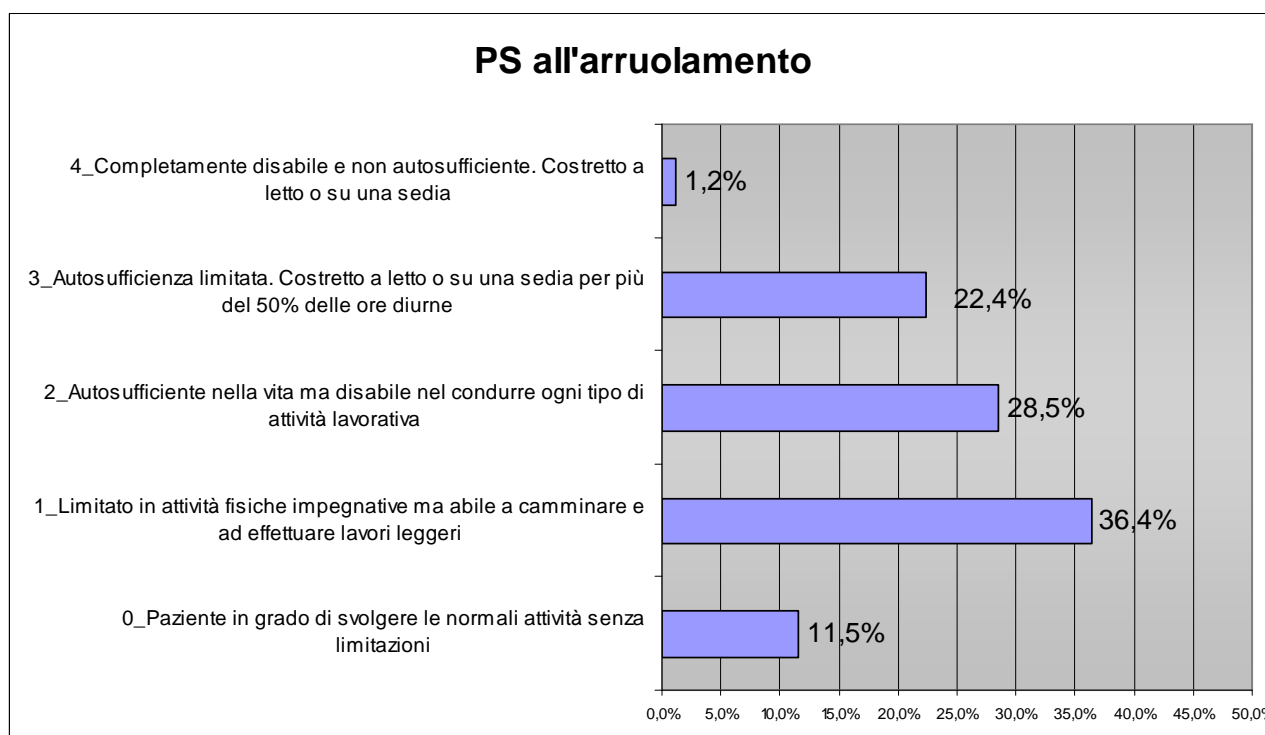


Tavola 19 – IADL

IADL funzioni conservate	numero pazienti	%
0 funzioni	5	3,0%
1 funzione	10	6,1%
2 funzioni	11	6,7%
3 funzioni	50	30,3%
>3 funzioni	2	1,2%
4 funzioni	16	9,7%
5 funzioni	18	10,9%
6 funzioni	13	7,9%
7 funzioni	12	7,3%
8 funzioni	28	17,0%
Totale	165	

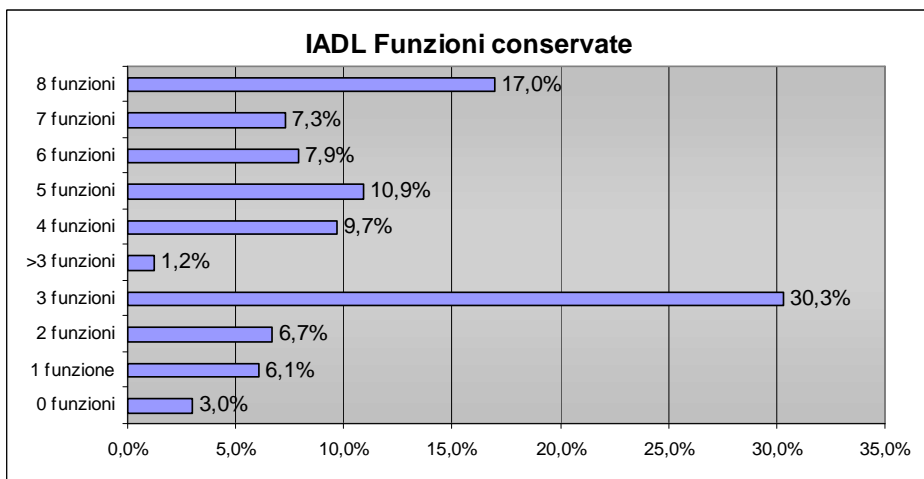


Tavola 20 – IADL per genere maschio e femmina

IADL funzioni conservate	valori assoluti		Totale	valori percentuali di colonna	
	maschio	femmina		maschio	femmina
0 funzioni	3	2	5	3,3%	2,7%
1 funzione	5	5	10	5,6%	6,7%
2 funzioni	5	6	11	5,6%	8,0%
3 funzioni	31	19	50	34,4%	25,3%
>3 funzioni	2		2	2,2%	0,0%
4 funzioni	9	7	16	10,0%	9,3%
5 funzioni	13	5	18	14,4%	6,7%
6 funzioni	6	7	13	6,7%	9,3%
7 funzioni	4	8	12	4,4%	10,7%
8 funzioni	12	16	28	13,3%	21,3%
Totale	90	75	165	100,0%	100,0%

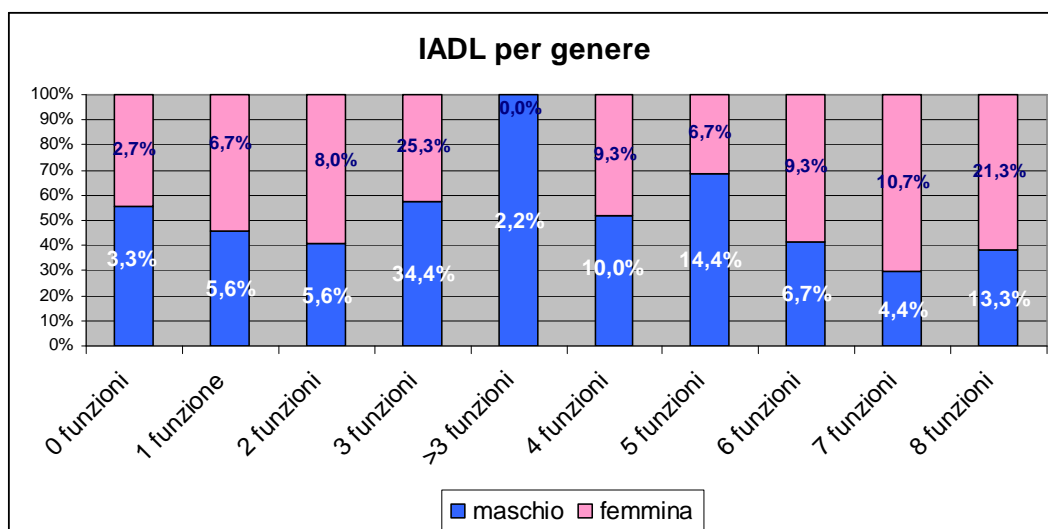


Tavola 21 –IADL per genere, con chi vive e funzioni conservate

GENERE	CON CHI VIVE	FUNZIONI CONSERVATE										Totale
		0	1	2	3	>3	4	5	6	7	8	
Maschio	Solo/a		2	1	4			1	1	1	2	12
	Coniuge	3	2	3	22		9	12	5	2	8	66
	Convivente				1							1
	Figlio/a		1		2	2					2	7
	Badante			1								1
	Sorella				1							1
	Fratello				1							1
	Famiglia									1		1
Maschio Totale		3	5	5	31	2	9	13	6	4	12	90
Femmina	Solo/a	1	1	1	4		3	2	4	3	2	21
	Coniuge	1	1	5	8		1	2	2	2	10	32
	Figlio/a		2		7		2	1	1	2	3	18
	Nipote		1									1
	Fratello										1	1
	Famiglia						1			1		2
Femmina Totale		2	5	6	19		7	5	7	8	16	75
Totale		5	10	11	50	2	16	18	13	12	28	165

Tavola 22 –Indice di Massa Corporea

VALORE BMI	numero pazienti	%
16	3	2%
17	5	3%
18	5	3%
19	7	4%
20	8	5%
21	14	8%
22	15	9%
23	22	13%
24	29	18%
25	14	8%
26	7	4%
27	8	5%
28	7	4%
29	3	2%
30	8	5%
31	4	2%
35	1	1%
36	4	2%
non indicato	1	1%
Totale	165	

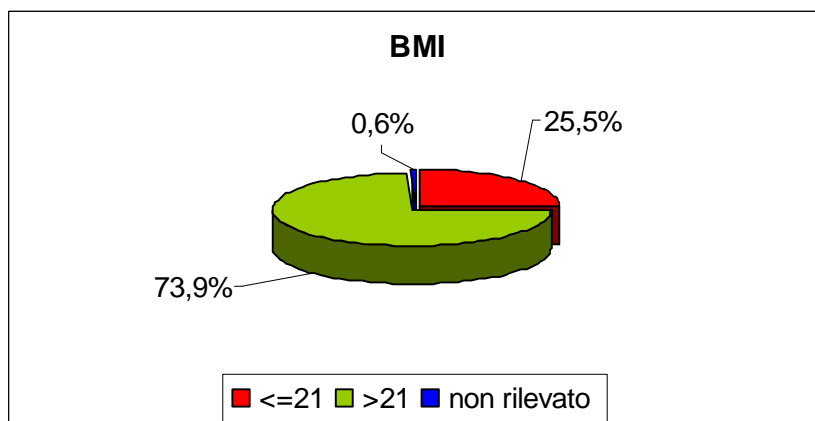


Tavola 23 –Comorbilità

Numero comorbilità	numero pazienti	%
0 comorbilità	28	17,0%
1 comorbilità	46	27,9%
2 comorbilità	48	29,1%
3 comorbilità	31	18,8%
4 comorbilità	11	6,7%
6 comorbilità	1	0,6%
Totale	165	

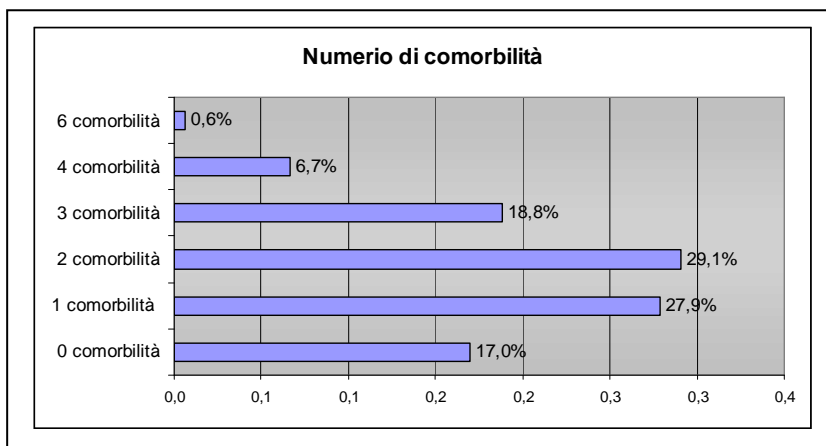
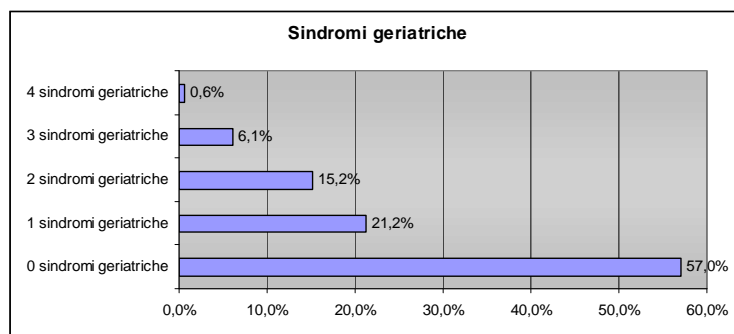


Tavola 24 –Sindromi geriatriche

NUMERO SINDROMI GERIATRICHE	Totale	%
0 sindromi geriatriche	94	57,0%
1 sindromi geriatriche	35	21,2%
2 sindromi geriatriche	25	15,2%
3 sindromi geriatriche	10	6,1%
4 sindromi geriatriche	1	0,6%
Totale complessivo	165	



Considerazioni relative alle condizioni cliniche

Rispetto alle patologie la tabella evidenzia un elevata percentuale di tumori polmonari (27,9%), del colon/retto (14,5%) del pancreas (10,9%) della mammella (9,1%) e dello stomaco (7,3%). L'immagine del grafico evidenzia immediatamente il livello elevato di tumore polmonare, in linea con i dati riportati nell'atlante di mortalità dei tumori edito dall'ASL di Bergamo.

I dati relativi alla stadiazione sottolineano che il 93,9% del campione è considerato in fase avanzata o al IV stadio. Questo fa presupporre una durata di vita breve dal momento dell'arruolamento.

Rispetto alle scale di valutazione il 44,8% dei pazienti ha un Charlson superiore a 7 (in un range che va da 0 a 36 come rappresentato nell'immagine che segue in cui sono riportati i punteggi relativi alla comorbilità).

Pazienti "fragili": Indice di Charlson (punteggio)

Comorbidità	Punteggio	Comorbidità	Punteggio
infarto miocardico	1	Diabete (con danno di organi)	2
Cardiopatia	1	Ictus	2
Malattie cardiovascolari	1	Malattie renali moderate o gravi	2
Malattie cerebrovascolari	1	Tumore primitivo, qualunque sede	2
Demenza	1	Leucemie	2
Malattie polmonari croniche	1	Linfoma	2
Malattie del tessuto connettivo	1	Malattie del fegato moderate o gravi	2
Ulcera	1	Tumore metastatico	6
Malattie del fegato (non gravi)	1	AIDS	6
Diabete (senza complicanze)	1	Punteggio totale	0 - 36

Il 95,8% dei pazienti ha un MMSE (Mini Mental State Examination) superiore a 23 presentando quindi uno stato cognitivo non preoccupante.

Rispetto ai risultati relativi al valore della Scala IADL (Instrumental Activities of Daily Living) con la quale si valuta la capacità del soggetto nelle attività di vita quotidiane, il dato accorpato tra maschi e femmine mette in evidenza che l'84,2% mantiene almeno 3 funzioni IADL. Questo dato viene però presentato anche separato per genere (maschi e femmine) poiché nei maschi si considera normale il mantenimento di 5 funzioni anziché 8. Nei maschi i valori della IADL evidenziano comunque che il 24,4% degli uomini hanno mantenuto più di 5 funzioni; ci sono infatti 12 maschi per i quali è segnalato il mantenimento di tutte e 8 le funzioni previste nella IADL. Come per tutte le scale sarebbe interessante identificare i singoli item per poter avere un quadro più preciso relativo alla funzione che non viene svolta anche perché se il mancato esercizio di una attività non è legato ad una perdita di funzione ma al fatto che quella attività non è mai stata svolta dal soggetto anche quando esso è sano ed autonomo necessario barrare la voce "non applicabile". Inoltre per ogni singola funzione sarebbe interessante verificare il livello di abilità per singola funzione.

Rispetto alla co-presenza di più patologie, il 26,2% delle persone ha più di due comorbidità; per il 43% sono segnalate sindromi geriatriche; è definito fragile il 32,7% del campione e il 23% è definito borderline: sono i pazienti in cui l'IMC, la Charlson Score, la presenza di comorbidità hanno punteggi elevati rispetto al punteggio medio del campione. Il valore del Performance Status all'arruolamento evidenzia una significativa percentuale di pazienti (64,8%) con una limitazione fisica che permette tuttavia di mantenere un minimo livello di autonomia (PS 1 e 2)

4. Dati relativi al follow up a tre mesi dal reclutamento

Il follow up è stato eseguito su 137 pazienti.

I restanti 28 pazienti sono considerati drop out (5 casi per rifiuto della famiglia; 7 casi per indisponibilità del paziente; 16 casi perché non contattabili)

Tavola 25 –Valore POS a tre mesi

PERFORMANCE FOLLOW UP a tre mesi	Totale	%
0_Paziente in grado di svolgere le normali attività senza limitazioni	10	7,3%
1_Limitato in attività fisiche impegnative ma abile a camminare e ad effettuare lavori leggeri	27	19,7%
2_Autosufficiente nella vita ma disabile nel condurre ogni tipo di attività lavorativa	17	12,4%
3_Autosufficienza limitata. Costretto a letto o su una sedia per più del 50% delle ore diurne	11	8,0%
4_Completamente disabile e non autosufficiente. Costretto a letto o su una sedia	8	5,8%
5_Deceduto	60	43,8%
NON RILEVATO (Pz ricoverato)	4	2,9%
Totale	137	

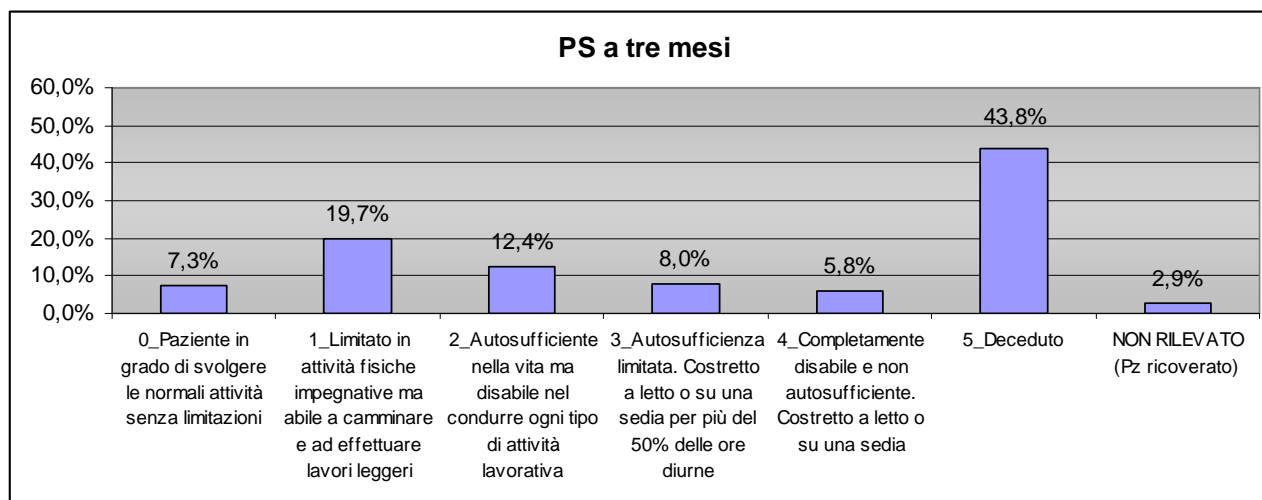


Tavola 26 –Comparazione dei valori di PS nei due momenti di somministrazione

	Valori assoluti		% di colonna	
	PS ARRUIOLAMENTO	PS AL FOLLOW A TRE MESI	PS ARRUIOLAMENTO	PS AL FOLLOW A TRE MESI
0_Paziente in grado di svolgere le normali attività senza limitazioni	13	10	9,5%	7,3%
1_Limitato in attività fisiche impegnative ma abile a camminare e ad effettuare lavori leggeri	51	27	37,2%	19,7%
2_Autosufficiente nella vita ma disabile nel condurre ogni tipo di attività lavorativa	41	17	29,9%	12,4%
3_Autosufficienza limitata. Costretto a letto o su una sedia per più del 50% delle ore diurne	30	11	21,9%	8,0%
4_Completamente disabile e non autosufficiente. Costretto a letto o su una sedia	2	8	1,5%	5,8%
5_Deceduto		60		43,8%
NON RILEVATO (Pz ricoverato)		4		2,9%
	137	137	100%	100%

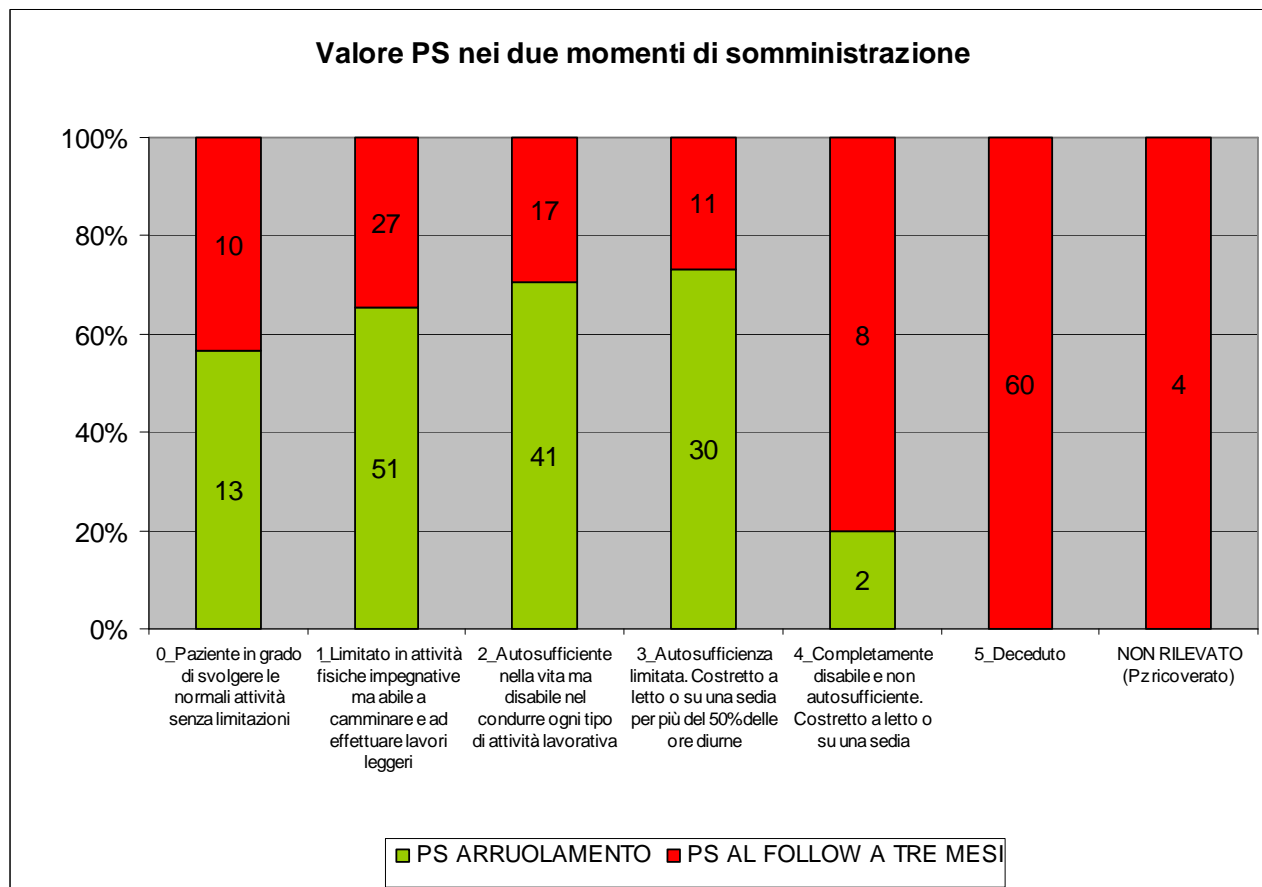


Tavola 27 – Dato specifico sui decessi

Pazienti che risultano deceduti al follow up a tre mesi

Numero pazienti deceduti	60
% decessi sul totale pazienti reclutati	36,4%

Tavola 28 – Luogo decesso

Luogo del decesso dei pazienti che risultano deceduti al follow up a tre mesi

luogo	Totale	%
domicilio	29	48,3%
hospice	12	20,0%
Istituto	3	5,0%
ospedale	3	5,0%
non rilevato	13	21,7%
	60	

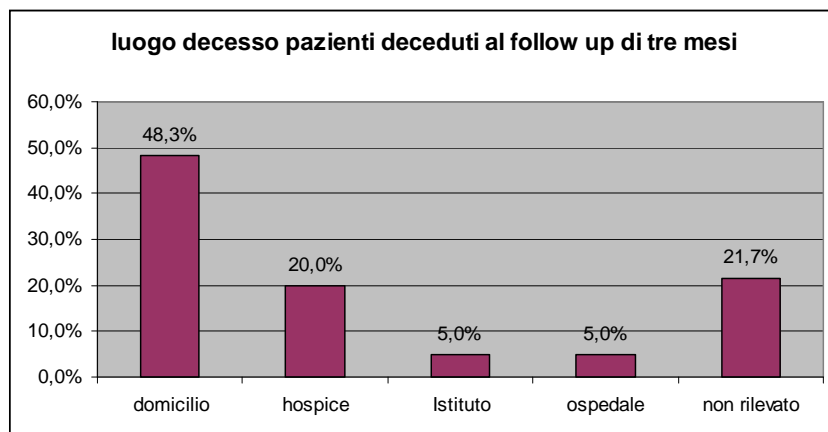


Tavola 29 – Pazienti che risultano deceduti alla data del 30 giugno 2010

Alla data del 30 giugno, incrociando i dati dei pazienti reclutati con il database dei pazienti seguiti in ADI, o in ospedalizzazione Domiciliare, o ricoverati in Hospice, risultano deceduti 88 pazienti (53,3%) dei 165 pazienti reclutati.

Luogo del decesso dei pazienti che risultano deceduti al 30 giugno 2010

luogo	Totale	%
domicilio	57	64,8%
hospice	25	28,4%
Istituto	3	3,4%
ospedale	3	3,4%
Totale	88	

Considerazioni relative al follow up

Il follow up a tre mesi dal reclutamento evidenzia una situazione allarmante: il 36,4% dei pazienti risulta deceduto entro i tre mesi. Anche questo dato permette di evidenziare quanto la patologia oncologica abbia un decorso "particolare" con un peggioramento clinico improvviso e di breve durata. Questo rappresenta uno degli elementi di criticità relativi alla presa in carico di questi pazienti dai servizi territoriali; si parla infatti spesso di presa in carico precoce proprio perché gli eventi avversi si manifestano improvvisamente e sono solitamente il segnale di un peggioramento repentino delle condizioni cliniche.

Nella comparazione dei valori del PS in arruolamento e a distanza di tre mesi si può notare come si è spostato il valore relativo alla disabilità e al peggioramento delle condizioni cliniche.

Un dato significativo riguarda il luogo del decesso: tra i 60 pazienti deceduti entro i tre mesi del follow up il 48,3% risulta deceduto a domicilio e il 20% in Hospice (tavola 28).

Se osserviamo il dato relativo ai decessi alla data del 30 giugno 2010 (88 pazienti – tavola 29) si rileva che il 64,8% sono deceduti a domicilio e il 28,4% in hospice. Domicilio e hospice rappresentano infatti i luoghi più adeguati per accompagnare la fase di fine vita in un clima in cui viene data particolare attenzione alla cura palliativa.

5. Dati relativi agli eventi

Tavola 30 – Numero pazienti e numero eventi

	01_maschio	02_femmina	Totale
pazienti che hanno segnalato eventi	20	20	40
numero eventi segnalati	56	63	119
Media eventi	2,8	3,2	3,0

I pazienti che hanno segnalato eventi sono 40 pari al 24,2% dei pazienti reclutati. Dei 119 eventi segnalati 24 sono riconducibili a visite e/o esami programmati che non rientrano nello studio. L'analisi degli eventi prosegue su **95 eventi** distribuiti su 38 pazienti (19 maschi e 19 femmine).

Tavola 31 – Distribuzione degli eventi

Eventi	maschi	femmine	Totale
Pazienti con eventi 1	12	8	20
Pazienti con eventi 2	2	5	7
Pazienti con eventi 3	1	2	3
Pazienti con eventi 4	1	2	3
Pazienti con eventi 6	1	0	1
Pazienti con eventi 7	0	2	2
Pazienti con eventi 9	1		1
Pazienti con eventi 11	1		1
	19	19	38

Tavola 32 – Rilevazione PS nei due momenti di rilevazione dei 38 pazienti che hanno segnalato eventi

	Valori assoluti		% di colonna	
	PS ARRUOLAMENTO	PS AL FOLLOW A TRE MESI	PS ARRUOLAMENTO	PS AL FOLLOW A TRE MESI
0_Paziente in grado di svolgere le normali attività senza limitazioni	2	1	5,3%	2,6%
1_Limitato in attività fisiche impegnative ma abile a camminare e ad effettuare lavori leggeri	17	12	44,7%	31,6%
2_Autosufficiente nella vita ma disabile nel condurre ogni tipo di attività lavorativa	11	8	28,9%	21,1%
3_Autosufficienza limitata. Costretto a letto o su una sedia per più del 50% delle ore diurne	8	7	21,1%	18,4%
4_Completamente disabile e non autosufficiente. Costretto a letto o su una sedia		4	0,0%	10,5%
5_Deceduto		4	0,0%	10,5%
NON RILEVATO		2	0,0%	5,3%
	38	38		

Rilevazione PS nei due momenti di rilevazione dei 38 pazienti che hanno segnalato eventi

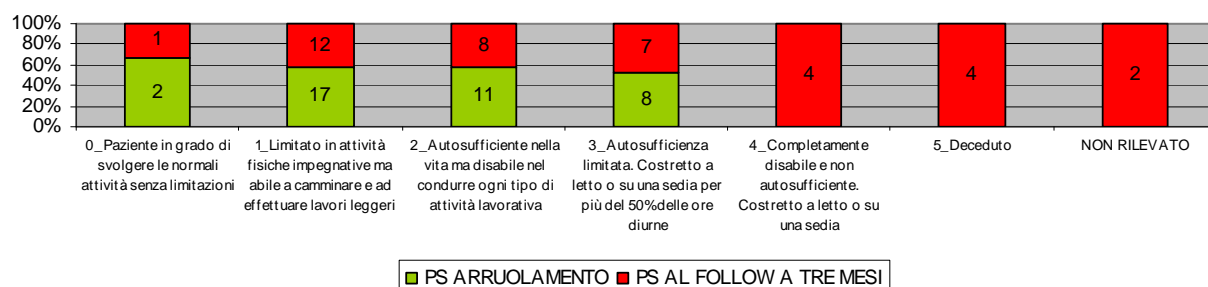


Tavola 33 – Chi ha compilato la scheda

chi ha compilato	Totale	%
MALATO	27	28,4%
FAMILIARE	59	62,1%
VOLONTARIO	9	9,5%
Totale	95	

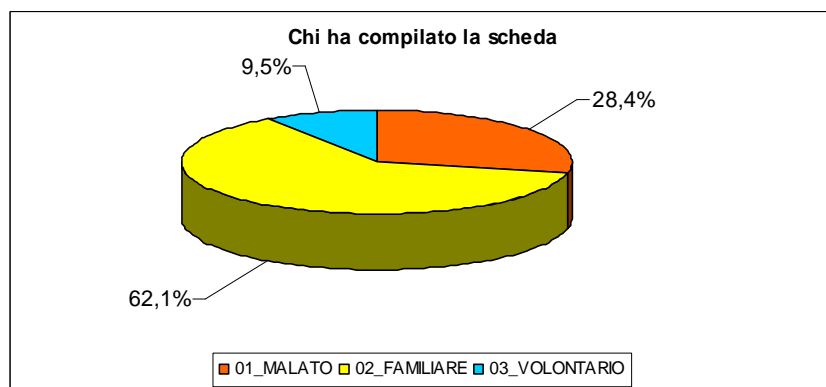


Tavola 34 – Gravità percepita dell'evento

Gravità percepita	Totale	%
LIEVE	9	9,5%
MODERATA	14	14,7%
IMPORTANTE	54	56,8%
non segnalato	18	18,9%
Totale complessivo	95	

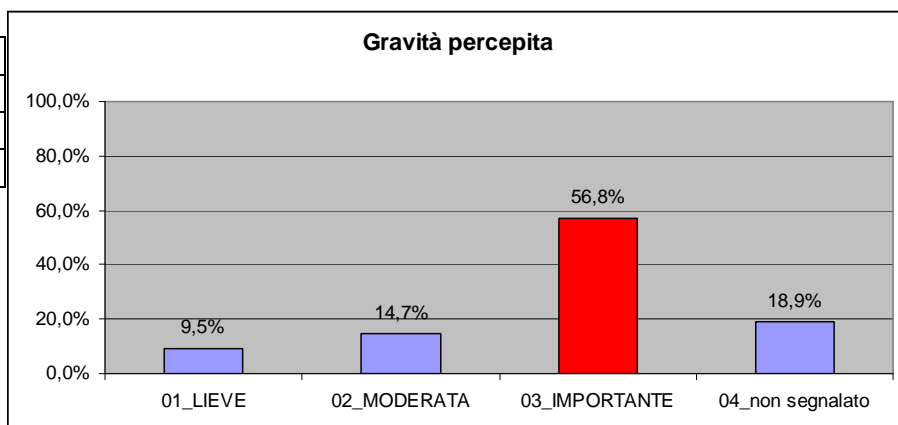
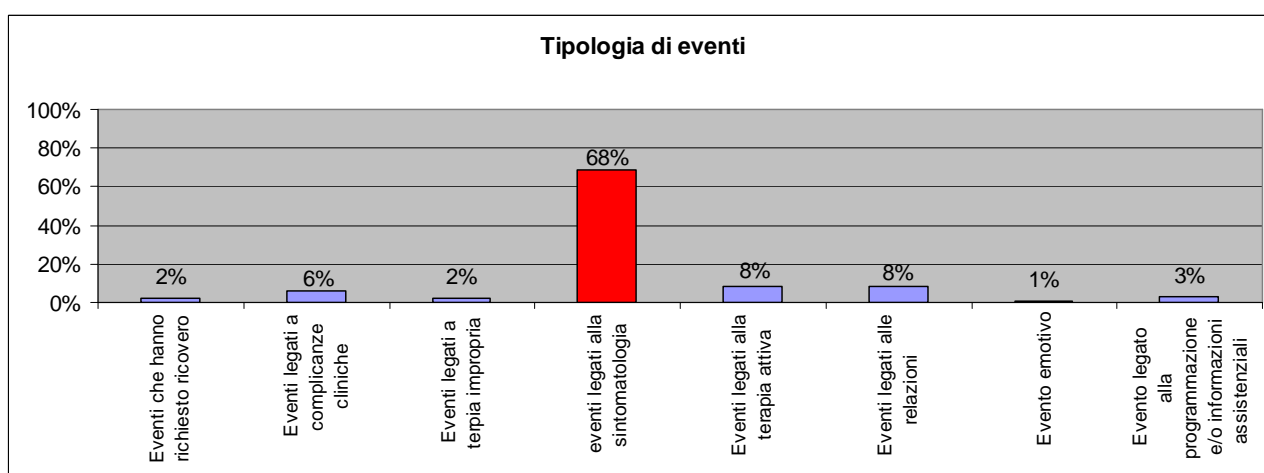
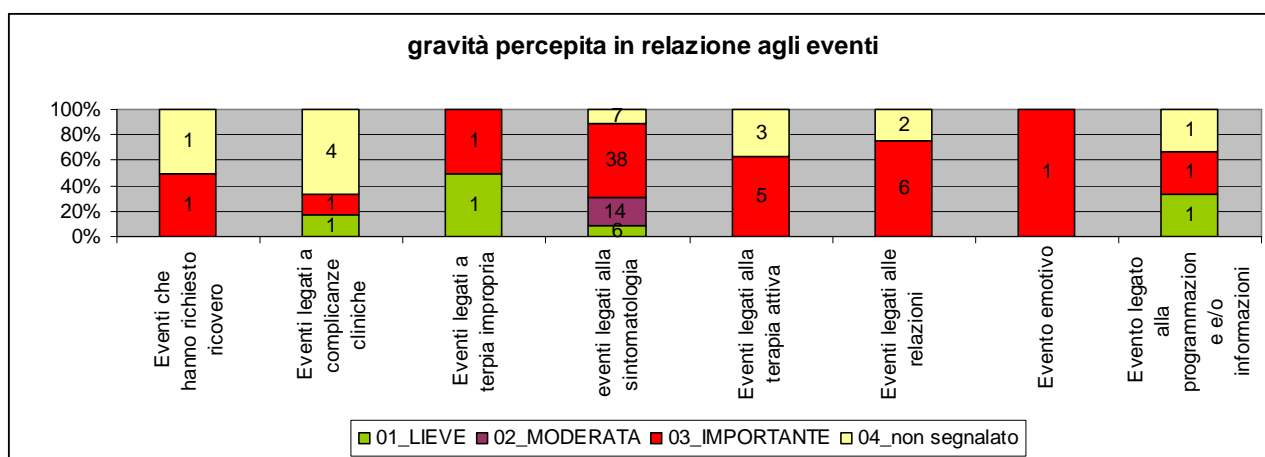


Tavola 35 – Tipologia di eventi segnalati

tipologia eventi	Totale	%
Eventi che hanno richiesto ricovero	2	2%
Eventi legati a complicanze cliniche	6	6%
Eventi legati a terapia impropria	2	2%
eventi legati alla sintomatologia	65	68%
Eventi legati alla terapia attiva	8	8%
Eventi legati alle relazioni	8	8%
Evento emotivo	1	1%
Evento legato alla programmazione e/o informazioni assistenziali	3	3%
Totale	95	100%

**Tavola 36** – Gravità percepita in relazione all'evento

	GRAVITA' PERCEPITA				Totale
	01_LIEVE	02_MODE RATA	03_IMPO RTANTE	04_non segnalato	
Eventi che hanno richiesto ricovero			1	1	2
Eventi legati a complicanze cliniche	1		1	4	6
Eventi legati a terapia impropria	1		1		2
eventi legati alla sintomatologia	6	14	38	7	65
Eventi legati alla terapia attiva			5	3	8
Eventi legati alle relazioni			6	2	8
Evento emotivo			1		1
Evento legato alla programmazione e/o informazioni assistenziali	1		1	1	3
Totale complessivo	9	14	54	18	95



Significativa è la percentuale relativa alla gravità percepita con una punta del 56,8% che indica la preoccupazione vissuta dall'utente negli eventi segnalati.

Una percentuale importante di eventi (il 68%) è stata caratterizzata dall'insorgenza di sintomi; nello specifico la sintomatologia è stata rappresentata dalla presenza di dolore segnalato in 18 eventi, dall'insorgenza di difficoltà respiratoria (in 10 eventi) da malessere generale (stanchezza, nausea, vomito, febbre, tosse, dissenteria, inappetenza) segnalato in 36 eventi e da un evento in cui è stato evidenziata una situazione di stato confusionale.

Un'attenzione va rivolta anche alle situazioni in cui sono emersi problemi di tipo relazionale con alcuni interlocutori istituzionali. Nelle note degli utenti viene spesso riportato anche il vissuto relativo alle modalità con cui gli operatori coinvolti affrontano gli eventi avversi; in alcune situazioni questo vissuto viene riportato con maggior enfasi, soprattutto quando la relazione è stata negativa; in particolare sono stati segnalate difficoltà relazionali con il reparto (4 eventi), con il MAP (2 eventi), con l'ASL (1 evento) e con il Cups (1 evento).

Comportamenti

Tavola 37 – Rapporto con il Medico di Medicina Generale rispetto agli eventi segnalati

01_NON HO CHIAMATO IL MEDICO	Totale
VERO	11

02_NON SONO RIUSCITA A RINTRACCIARE IL MEDICO	Totale
VERO	1

03_HO CHIAMATO IL MEDICO CURANTE	Totale
VERO	40

Tavola 38 – Soluzioni a disposizione del Medico di Medicina Generale contattato dall'utente in seguito a evento avverso

soluzioni medico	totale	%
03/1_Mi ha dato informazioni telefoniche	6	11,1%
03/2_E' venuto a domicilio	22	40,7%
03/3_Programma venire casa con certa scadenza	5	9,3%
03/4_Ha attivato le Cure Domiciliari	3	5,6%
03/5_Ha modificato la terapia	3	5,6%
03/6_Mi ha inviato al Pronto Soccorso	4	7,4%
03/7_Mi ha prescritto una visita specialistica	3	5,6%
03/8_Altro*	8	14,8%
	54	

* "Ha fornito cure primarie, ha ricevuto il paziente in ambulatorio, ha inviato dallo specialista, ha prescritto un ricovero"

Sui 95 eventi presi in considerazione solo in 40 casi è stato chiamato il MAP, la figura di riferimento sia sul piano normativo che su quello concreto, a cui compete l'attivazione dell'ADI e il presidio dell'intero percorso di cura e assistenza fra le diverse opzioni che i servizi mettono a disposizione.

Sicuramente il lento procedere dell'attuazione dell'associazionismo fra i medici di medicina generale, la conseguente non copertura 24 h su 24 e 7 giorni su 7, le scarse interconnessioni (che devono essere chiare, ben normate, con precisi scambi informativi) con Guardia Medica e PS, determinano gravi disfunzioni e ritardi, che dovrebbero essere affrontati e colmati al più presto: se si aggiungono la scarsa conoscenza, da parte degli operatori, di tutti gli snodi della rete dei servizi e la lentezza con cui procede la reale operatività della rete di collegamento telematico, risulta chiaro che è opportuno uscire dalla retorica e affrontare subito i problemi della reale presa in carico e della continuità terapeutica con i medici di medicina generale, puntando sulla loro più volte dichiarata

disponibilità. Per quanto riguarda i livelli di gradimento, da cui emerge come al solito una alta percentuale di consenso e questa volta anche qualche perplessità, riteniamo che queste rilevazioni andrebbero assegnate a realtà indipendenti esterne e comunque verificate da personale altamente preparato per interpretarle, altrimenti diventano sempre e solo una autogrificazione per il servizio, con conseguente sottovalutazione delle criticità e quindi con non soluzione dei problemi del malato e dei suoi famigliari.

Tavola 39 – A chi si è rivolto l'utente nei singoli eventi

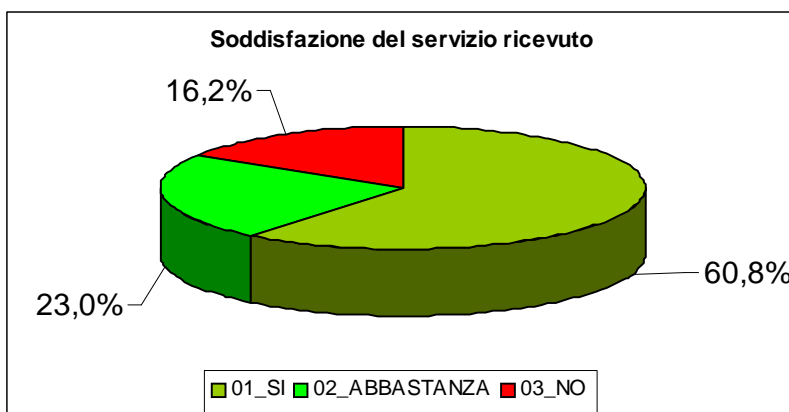
Mi sono rivolto a	totale	%
04/1_Guardia medica	8	17%
04/2_Pronto Soccorso	4	9%
04/3_Servizio 118	8	17%
04/4_Medico specialista	19	41%
04/6_Ospedalizzazione Domiciliare	2	4%
04/7_Ho richiesto il ricovero	2	4%
04/8_Altro	3	7%
	46	

In 19 eventi l'utente o la sua famiglia si sono rivolti al medico specialista; dove specificato si evidenzia un particolare riferimento agli specialisti dei reparti di medicina e di oncologica.

Tavola 40 – Qualità percepita

Domanda: "la qualità del servizio che ho ricevuto di fronte a questo evento mi ha soddisfatto:"

Soddisfazione servizio	totale	%
SI	45	60,8%
ABBASTANZA	17	23,0%
NO	12	16,2%
Totale	74	



In 21 eventi non è stata data risposta alla domanda.

Nei casi in cui l'utente o la sua famiglia hanno espresso un parere rispetto alla qualità percepita si evidenzia una buona percentuale di soddisfazione (60,8% soddisfatto e 23% abbastanza soddisfatto)

Rimane tuttavia una percentuale del 16,2% in cui la qualità del servizio ricevuto non ha soddisfatto l'utente.

Tavola 41 – Qualità percepita in rapporto alle soluzioni intraprese dal Medico di Medicina Generale contattato dall'utente

QUALITA SERVIZIO RICEVUTO	SOLUZIONI MEDICO	Totale	%
SI	03/1_Mi ha dato informazioni telefoniche	1	
	03/2_E' venuto a domicilio	17	
	03/3_Programma venire casa con certa scadenza	5	
	03/4_Ha attivato le Cure Domiciliari	2	
	03/5_Ha modificato la terapia	1	
	03/6_Mi ha inviato al Pronto Soccorso	2	
	03/7_Mi ha prescritto una visita specialistica	1	
	03/8_Altro	6	
SI Totale		35	64,8%
ABBASTANZA	03/1_Mi ha dato informazioni telefoniche	4	
	03/2_E' venuto a domicilio	2	
	03/5_Ha modificato la terapia	2	
	03/6_Mi ha inviato al Pronto Soccorso	2	
	03/8_Altro	1	
ABBASTANZA Totale		11	20,4%
NO	03/1_Mi ha dato informazioni telefoniche	1	
	03/2_E' venuto a domicilio	1	
	03/7_Mi ha prescritto una visita specialistica	1	
	03/8_Altro	1	
NO Totale		4	7,4%
non segnalato	03/2_E' venuto a domicilio	2	
	03/4_Ha attivato le Cure Domiciliari	1	
	03/7_Mi ha prescritto una visita specialistica	1	
non segnalato Totale		4	7,4%
Totale		54	

Tavola 42 – Qualità percepita in rapporto ai servizi ai quali si è rivolto l'utente

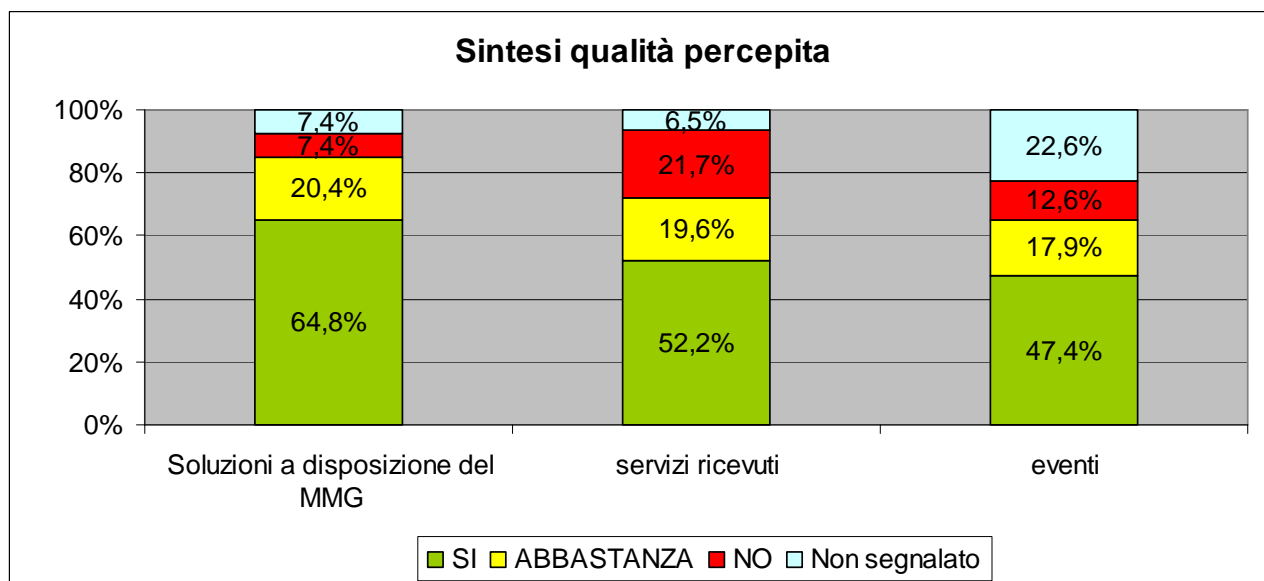
QUALITA SERVIZIO RICEVUTO	ALTRO 1	Totale	%
SI	04/1_Guardia medica	5	
	04/2_Pronto Soccorso	2	
	04/3_Servizio 118	3	
	04/4_Medico specialista	9	
	04/5_Servizio Cure Domiciliari	0	
	04/6_Ospedalizzazione Domiciliare	2	
	04/7_Ho richiesto il ricovero in	1	
	04/8_Altro	2	
SI Totale		24	52,2%
ABBASTANZA	04/1_Guardia medica	1	
	04/3_Servizio 118	3	
	04/4_Medico specialista	3	
	04/7_Ho richiesto il ricovero in	1	
	04/8_Altro	1	
ABBASTANZA Totale		9	19,6%
NO	04/1_Guardia medica	1	
	04/2_Pronto Soccorso	2	
	04/3_Servizio 118	2	
	04/4_Medico specialista	5	
NO Totale		10	21,7%
non segnalato	04/1_Guardia medica	1	
	04/4_Medico specialista	1	
	04/7_Ho richiesto il ricovero in	1	
non segnalato Totale		3	6,5%
Totale		46	

Tavola 43 – Qualità percepita in rapporto alla tipologia di evento segnalato

QUALITA SERVIZIO RICEVUTO	Famiglia evento	Totale	%
SI	Eventi che hanno richiesto ricovero	1	
	Eventi legati a complicanze cliniche	1	
	Eventi legati a terapia impropria	1	
	eventi legati alla sintomatologia	33	
	Eventi legati alla terapia attiva	6	
	Eventi legati alle relazioni	1	
	Evento legato alla programmazione e/o informazioni assistenziali	2	
SI Totale		45	47,4%
ABBASTANZA	eventi legati alla sintomatologia	15	
	Eventi legati alle relazioni	2	
ABBASTANZA Totale		17	17,9%
NO	Eventi legati a complicanze cliniche	1	
	Eventi legati a terapia impropria	1	
	eventi legati alla sintomatologia	5	
	Eventi legati alle relazioni	5	
NO Totale		12	12,6%
non segnalato	Eventi che hanno richiesto ricovero	1	
	Eventi legati a complicanze cliniche	4	
	eventi legati alla sintomatologia	12	
	Eventi legati alla terapia attiva	2	
	Evento emotivo	1	
	Evento legato alla programmazione e/o informazioni assistenziali	1	
non segnalato Totale		21	22,1%
Totale complessivo		95	

Tavola 44 – Sintesi qualità percepita

QUALITÀ SERVIZIO RICEVUTO	Soluzioni a disposizione del MMG	servizi ai quali si è rivolto l'utente	eventi
SI	64,8%	52,2%	47,4%
ABBASTANZA	20,4%	19,6%	17,9%
NO	7,4%	21,7%	12,6%
Non segnalato	7,4%	6,5%	22,6%



La sintesi della qualità percepita fornisce un quadro sostanzialmente positivo in particolare rispetto alle soluzioni a disposizione del MMG. Di fronte ad un evento avverso durante il decorso della malattia il primo approccio per affrontare la situazione è proprio quello di contattare il proprio MMG che ha a disposizione varie possibilità:

- l'intervento personale attraverso visite domiciliari programmate
- l'intervento integrato attraverso l'attivazione dell'equipe di cure palliative dell'ADI
- la consulenza specialistica d'urgenza (118) oppure programmabile (visita specialistica)

Rispetto ai servizi ai quali si è rivolto l'utente il quadro percettivo evidenzia una percentuale più bassa di positività. Va tuttavia sottolineato che la percezione negativa viene evidenziata in situazioni in cui la soluzione dell'evento è stata affrontata in regime d'urgenza attraverso l'intervento del 118 e della Guardia medica. Evidentemente l'utente e la sua famiglia in queste situazioni percepiscono l'intervento in emergenza come precipitoso. Di fatto i due servizi, quello di emergenza e il servizio medico notturno, quando intervengono trovano una situazione a loro sconosciuta e gli interventi, pur

risolvendo l'emergenza, rischiano di non essere adeguati alla situazione clinica del momento.

Questi eventi ci permettono di sottolineare quanto sia importante per le situazioni di malattia oncologica predisporre un piano di cura precoce anche grazie al monitoraggio della sintomatologia che spesso precipita in modo precipitoso e trova i caregiver familiari impreparati ad affrontare la situazione.

6. “Tiascolto” e ADI

Dei pazienti reclutati 82 (pari al 49,7%) sono stati seguiti a domicilio attraverso l'erogazione di cure domiciliari erogata tramite voucher dall'ASL di Bergamo.

5 Pazienti sono stati presi in carico in ospedalizzazione domiciliare dall'U.O. Hospice

Per questi pazienti sono stati emessi - alla data del 30 GIUGNO 2010 - le seguenti tipologie assistenziali

Tavola 45 – Tipologie assistenziali

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Pazienti	Numero piani	Valore economico
VOUCHER	68	232	€ 62.452,34

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Pazienti	Numero accessi	Valore economico
ESTEMPORANEA	24	30	€ 1.331,00

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE		Numero accessi	Valore economico
VISITE PALLIATIVISTA	37	88	€ 6.160,00

alcuni pazienti hanno avuto più di una tipologia assistenziale e, insieme al voucher, la visita del medico palliativista.

Tavola 46 – Costo medio paziente

Totale valore economico	Numero pazienti seguiti	Costo medio per paziente
69.943,34	88,0	794,81

Tavola 47 – Accessi

I pazienti sono stati assistiti con intervento a domicilio di IP, FKT e ASA/OSS e specialisti palliativisti.

l'87% delle prestazioni è stato eseguito da personale infermieristico.

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	Accessi infermieri	Accessi fkt	Accessi ASA	Accessi palliativisti	Totale
ESTEMPORANEA	30				30
VOUCHER	1.735	38	138		1.911
palliativisti				88	88
Totale	1.765	38	138	88	2.029
	87,0%	1,9%	6,8%	4,3%	

Tavola 48 – Durata media assistenza

Prendendo in considerazione i voucher possiamo stabilire la durata media dell'assistenza dei pazienti. Il valore medio è di 82,1 giorni.

	Giorni di assistenza	pazienti	durata media assistenza
VOUCHER	5583	68	82,1

Tavola 49 – Suddivisione durata assistenza per periodi

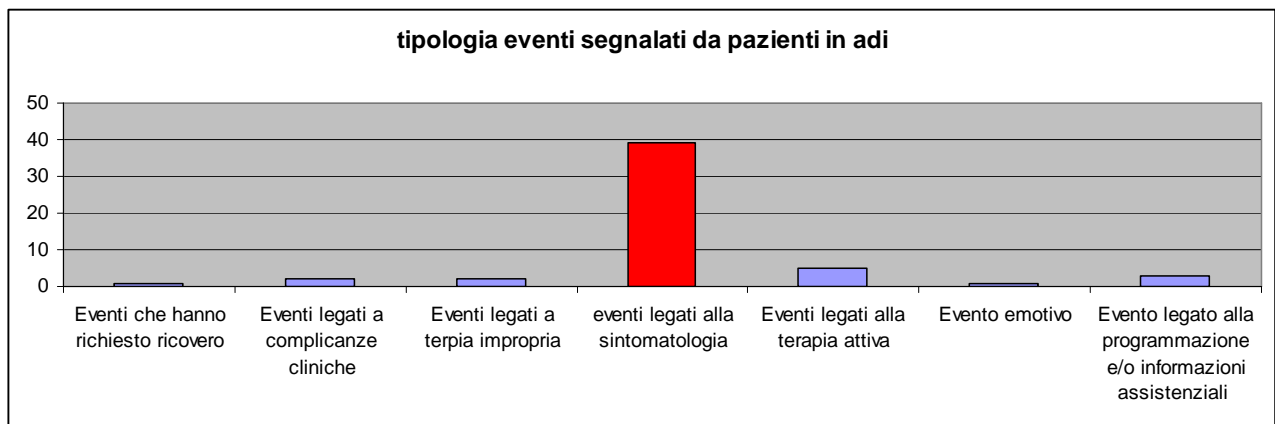
durata assistenza	Numero pazienti	Accesi totali	Valore economico	Costo medio paziente
Da 1 a 10 giorni	13	55	€ 4.218,39	€ 324,49
da 11 a 20 giorni	13	134	€ 4.876,38	€ 375,11
da 21 a 30 giorni	8	94	€ 2.699,39	€ 337,42
da 31 a 60 giorni	10	180	€ 5.546,89	€ 554,69
da 61 a 90 giorni	5	188	€ 5.861,37	€ 1.172,27
oltre 90 giorni	19	1260	€ 39.249,92	€ 2.065,79
Totale	68	1911	€ 62.452,34	€ 918,42

La durata dell'assistenza suddivisa in periodi si evidenzia che il 50% delle persone seguite con voucher hanno avuto una durata media di presa in carico di un mese. Il 72,1% dei pazienti non supera i 90 giorni di presa in carico.

Tra gli 82 pazienti seguiti a domicilio 21 hanno segnalato eventi: 14 pazienti seguiti con emissione di voucher, 2 pazienti con intervento in estemporanea e due pazienti seguiti in ospedalizzazione domiciliare.

Tavola 50 – Pazienti in adi e segnalazione eventi

Famiglia evento	Totale
Eventi che hanno richiesto ricovero	1
Eventi legati a complicanze cliniche	2
Eventi legati a terapia impropria	2
Eventi legati alla sintomatologia	39
Eventi legati alla terapia attiva	5
Evento emotivo	1
Evento legato alla programmazione e/o informazioni assistenziali	3
Totale	53



Rispetto alla tipologia di eventi segnalati il 73,6% sono riconducibili a problemi di sintomatologia. Questo dato sottolinea quanto sia indispensabile la presenza di un monitoraggio clinico di tutti i sintomi (non solo la sintomatologia dolorosa) attraverso la consulenza e la presenza di un medico palliativista.

6. Conclusioni

Scopo dello studio era costituito dalla rilevazione degli "... eventi sociali e sanitari che condizionano la vita dei pazienti oncologici over 65 dopo la dimissione dall'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo al fine di individuare percorsi di assistenza e di cura virtuosi per migliorare la qualità della vita nella fase avanzata di malattia".

I dati riportati in questo studio ci permettono di formulare alcune osservazioni:

- nonostante l'impegno della Direzione Sanitaria e di alcuni medici, è stato difficile reclutare i pazienti, in particolare in alcuni reparti che "storicamente" e "cl clinicamente" assistono pazienti con le caratteristiche previste dallo studio e questo rappresenta un "limite" dello studio stesso. E' auspicabile che il personale di queste U.O., nella dimissione dei pazienti abbia la stessa premura e attenzione nel fornire indicazioni utili (ADI, Ospedalizzazione Domiciliare, Cure Palliative, Hospice), così come si è verificato per quelli inseriti nello studio.
- Al follow up a tre mesi il 36,4% dei pazienti è deceduto; prolungando il periodo di osservazione di tre mesi (giugno 2010) la percentuale sale al 53,3%: si tratta quindi di persone con un'attesa di vita estremamente limitata, per le quali è prevedibile immaginare fin dalla dimissione un rapido peggioramento.
- Il 48,3% dei decessi entro i tre mesi avviene a casa, percentuale che sale al 64,8% nell'osservazione prolungata a giugno 2010: i decessi in hospice passano dal 20% al 28,4%. Appare evidente che la scelta di tenere a casa il paziente richiede una presenza e un'assistenza decisamente importante, per far fronte agli eventi avversi (oltre il 68% delle segnalazioni riguarda il peggioramento della sintomatologia).
- Sono stati segnalati 95 eventi "avversi"; oltre la metà sono stati definiti di "gravità importante", ma solo in 40 occasioni è stato coinvolto il MAP (42%) . Certamente pesano su questo dato la scarsa diffusione dell'associazionismo tra medici che consentirebbe la copertura h24 e, probabilmente, la necessità del paziente di un parere specialistico (40%) il giudizio sull'assistenza ricevuta infatti premia parzialmente il rapporto con il MAP e con gli specialisti, ma è più cauto nei confronti delle altre strutture (PS, Guardia Medica).
- Il 49,7% dei pazienti è stato seguito a domicilio con l'ADI e il 6% con ospedalizzazione domiciliare; la percentuale complessiva di supporto e aiuto al paziente e alla

famiglia è superiore al 55%. Questo dato è molto positivo e importante ed è fondamentale potenziare questi servizi.

- Per la metà dei pazienti in ADI la durata di presa in carico è stata inferiore a 1 mese: è evidente quanto sia importante segnalare già alla dimissione i pazienti al servizio ADI o, dove presente, all'equipe di ospedalizzazione domiciliare, per consentire una reale e tempestiva presa in carico del paziente e della sua famiglia:

Presenza in carico precoce del paziente e della sua famiglia

