

# Terapia di supporto e impatto sui ricoveri ospedalieri inappropriati

Andrea Antonuzzo,  
Andrea Sbrana

U.O. Oncologia Medica 1 e 2  
Polo Oncologico – Azienda  
Ospedaliero-Universitaria Pisana

## RIASSUNTO

I pazienti oncologici sperimentano frequentemente sintomi legati alla malattia o ai trattamenti che ricevono. Questo determina una necessità di assistenza medica continua, per cui spesso i pazienti accedono al pronto soccorso o vanno incontro a ricoveri non programmati. La creazione di servizi di terapie di supporto dedicati può migliorare l'assistenza ai pazienti oncologici e impattare positivamente sul numero dei ricoveri non programmati inappropriati e sugli accessi al pronto soccorso.

*Parole chiave.* Terapie di supporto, urgenze oncologiche, ricoveri non programmati, pronto soccorso.

## SUMMARY

### Supportive care and unplanned hospitalizations

Oncological patients often experience disease- or treatment-related symptoms. This causes the need of a continue medical assistance, so these patients often access emergency departments or they face unplanned hospitalizations. The creation of dedicated supportive care services improves the assistance to oncological patients and positively impacts on the number of unplanned and inappropriate hospitalizations and on the accesses to emergency departments.

*Key words.* Supportive care, oncologic emergencies, unplanned hospitalizations, emergency room.

I pazienti affetti da patologia oncologica si trovano quotidianamente a fronteggiare sintomi legati alla malattia stessa o risultanti dai trattamenti specifici che stanno ricevendo. Tali sintomi hanno un impatto importante sulla qualità di vita e condizionano il benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale<sup>1</sup>. La comparsa o il peggioramento di tale sintomatologia comporta un'augmentata necessità di questi pazienti di ricorrere all'attenzione medica e questo si traduce spesso in un aumento degli accessi al pronto soccorso con conseguente ricovero in reparti ospedalieri<sup>2,3</sup>.

Secondo un recente studio americano<sup>4</sup> il 37,3% dei pazienti dimessi da un reparto di oncologia andava incontro ad un nuovo ricovero nei successivi 30 giorni dalla dimissione. All'analisi multivariata i fattori associati con un aumentato rischio di nuovo ricovero risultavano essere il numero totale di

farmaci prescritti alla dimissione (OR 1,03, IC95% 1,01-1,06,  $p = 0,02$ ), la presenza di malattia epatica (OR 1,75, IC95% 1,02-3,00,  $p = 0,04$ ), i livelli di sodiemia (OR 1,04, IC95% 1,00-1,07,  $p = 0,03$ ) e di emoglobina (OR 1,14, IC95% 1,03-1,25,  $p = 0,01$ ) alla dimissione.

Tra questi pazienti i cinque principali motivi di ricovero erano la malattia oncologica stessa (19,7%), episodi infettivi (13,2%), disordini nutrizionali o metabolici (5%), disordini gastrointestinali (4,7%) e insufficienza renale (3,2%). Secondo tale studio l'11,7% di questi nuovi ricoveri sarebbe potuto essere evitato con altre modalità assistenziali/organizzative.

Un'analisi su larga scala trattata dal NEDS, il più grande database di informazioni riguardanti il pronto soccorso degli Stati Uniti e rappresentativo di circa il 20% di tutti i pronto soccorso statunitensi, ha analogamente valutato le cause di accesso al pronto soccorso da parte di pazienti affetti da cancro<sup>5</sup>. I pazienti affetti da cancro rappresentano il 4,2% di tutti gli accessi al pronto soccorso. I pazienti erano più spesso affetti da tumore mammario, prostatico o polmonare ed accedevano per polmonite (4,5%), dolore toracico (3,7%) e infezioni del tratto urinario (3,2%). Più della metà di questi pazienti veniva, poi, ricoverato, quota ben maggiore rispetto ai pazienti non affetti da cancro (59,7% vs 16,3%,  $p < 0,001$ ); i fattori associati con il ricovero erano la presenza di setticemia (OR 91,2, IC95% 81,2-102,3) e l'occlusione intestinale (OR 10,94, IC95% 10,6-11,4).

I pazienti oncologici che accedono al pronto soccorso e ai reparti ospedalieri determinano un notevole dispendio di risorse umane ed economiche e sono allo stesso tempo esposti ad una serie di rischi importanti (non trovare un'assistenza specialistica a loro dedicata, la possibilità di dover fronteggiare ore di attesa e l'esporsi a rischi igienico-infettivi nelle frequenti condizioni di immunocompromissione).

Negli ultimi anni sono stati, dunque, creati dei servizi di terapia di supporto al paziente oncologico che rappresentano dei punti di riferimento per la gestione della sintomatologia del paziente con cancro (e delle sue comorbilità) a cui essi possono afferire per ricevere assistenza medica specialistica.

In Italia la prima struttura dedicata è stata l'Unità di Terapie di Supporto al paziente Oncologico dell'INT di Milano (Dr.ssa Carla I. Ripamonti)<sup>6</sup>. Tale servizio, che collabora con le altre unità operative dell'Istituto, offre assistenza medica e terapie mirate per la gestione dei sintomi legati alla malattia oncologica, alle tossicità delle terapie oncologiche e alle comorbilità dei pazienti oncologici.

Esperienze analoghe sono, poi, sorte in altre realtà ita-

liane, come ad esempio all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, dove nel 2012 è stato creato un Ambulatorio di Terapie di Supporto (Dr. Andrea Antonuzzo)<sup>7</sup>.

All'interno di quest'ultima realtà si è cercato di analizzare come la creazione di un servizio di terapie di supporto dedicato possa influire positivamente sul ricorso al pronto soccorso e sui ricoveri non programmati da parte dei pazienti oncologici<sup>8</sup>.

Si è evidenziato come, rispetto all'anno precedente alla creazione di tale servizio e su una analisi di soli nove mesi di attività, a fronte di un aumento del numero di pazienti sottoposti a terapia oncologica (+6,5%) il numero di pazienti che facevano accesso al pronto soccorso era diminuito del 5% e il numero di ricoveri del 3,2% con una conseguente riduzione del numero dei giorni di ricovero del 15%.

Anche se non programmato prima dell'inizio dell'attività, ciò si traduceva in un risparmio economico sulla gestione dei ricoveri ospedalieri dei pazienti in trattamento oncologico del 2,2% (circa 26.000 euro). Tale minima differenza economica era spiegata dal maggior numero di ricoveri in area chirurgica inviati dal servizio di terapie di supporto dopo adeguata valutazione ed inquadramento diagnostico.

La creazione di servizi dedicati di terapie di supporto determina, dunque, un miglioramento del servizio assistenziale offerto al paziente oncologico, è in grado di ridurre il numero di ricoveri non programmati cui vanno in corso tali pazienti e dovrebbe pertanto essere implementato, ove possibile, nelle realtà ospedaliere in cui esiste un reparto di oncologia medica. •

## Bibliografia

1. Ferrell B, Smith SL, Cullinane CA, Melancon C. Psychological well being and quality of life in ovarian cancer survivors. *Cancer* 2003; 98: 1061-71.
2. McKenzie H, Hayes L, White K, et al. Chemotherapy outpatients' unplanned presentations to hospital: a retrospective study. *Support Care Cancer* 2011; 19: 963-9.
3. Chan A, Soh D, Ko Y, Huang YC, Chiang J. Characteristics of unplanned hospital admissions due to drug-related problems in cancer patients. *Support Care Cancer* 2014; 22: 1875-81.
4. Donzé JD, Lipsitz S, Schnipper JL. Risk factors and patterns of potentially avoidable readmission in patients with cancer. *J Oncol Pract* 2017; 13: 1 e68-e76
5. Rivera DR, Gallicchio L, Brown J et al. Trends in adult cancer-related emergency department utilization. An analysis of data from the Nationwide Emergency Department Sample. *JAMA Oncol* 2017; 3: e172450.
6. Ripamonti CI, Pessi MA, Boldini S. Supportive Care in Cancer Unit at the National Cancer Institute of Milan: a new integrated model of medicine in oncology. *Curr Opin Oncol* 2012; 24: 391-6.
7. Antonuzzo A, Lucchesi M, Brunetti IM, et al. Supportive care and not only palliative care in the route of cancer patients. *Support Care Cancer* 2013; 21: 657-8.
8. Antonuzzo A, Vasile E, Sbrana A et al. Impact of a supportive care service for cancer outpatients: management and reduction of hospitalizations. Preliminary results of an integrated model of care. *Support Care Cancer* 2017; 25: 209-12.