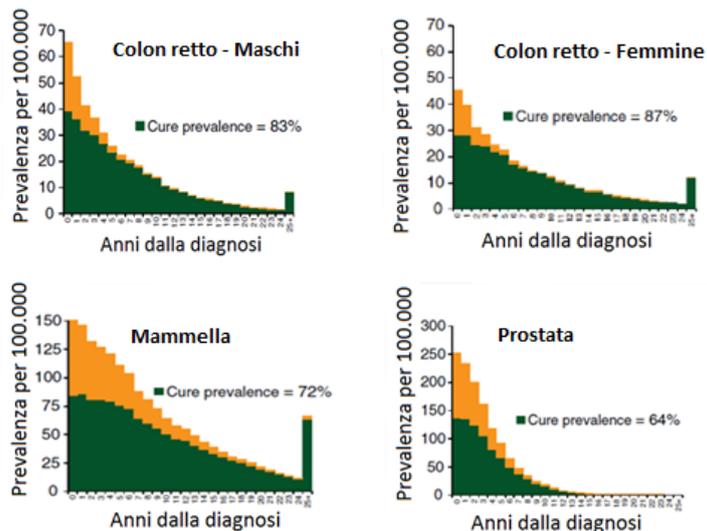


**Figura 1:** Pool AIRTUM: Prevalenza dei guariti per anni dalla diagnosi per tumore: l'area verde rappresenta i casi prevalenti che non moriranno del tumore



Uno studio recente (3) ha mostrato che oltre un quarto (27%) dei pazienti oncologici che vivevano in Italia nella prima decade degli anni 2000 hanno raggiunto un tasso di mortalità simile a quello della popolazione generale e che quasi i tre quarti di essi non moriranno a causa del loro tumore. Il tempo necessario alla guarigione è molto variabile tra i diversi tipi di tumore e varia da 1 anno per la tiroide nelle femmine a oltre i 25 anni per le malattie del sistema emolinfopoietico.

### Conclusioni

Fino a pochi anni fa il tumore veniva definito "il male incurabile" e alcuni lo considerano tale ancora oggi. I dati epidemiologici evidenziano invece che dopo la diagnosi di molti tumori si può vivere a lungo. Il tema della 'curabilità/guaribilità' dei tumori rimane tuttavia molto difficile, in primo luogo perché la malattia può recidivare dopo molti anni di assenza di sintomi dopo il trattamento iniziale. Inoltre, non esiste una definizione condivisa di paziente oncologico guarito. Nonostante questo, l'aumento del numero di persone vive anche dopo molti anni da una diagnosi di tumore suggerisce la necessità di una definizione quantitativa del concetto di guarigione dal tumore, sia dal punto di vista del paziente ("quanti anni ci vorranno prima che io possa considerarmi guarito?"), sia in una prospettiva di popolazione (scomparsa dell'eccesso di rischio di morire per il tumore rispetto alla popolazione generale).

La disponibilità di stime affidabili e accurate sui lungo sopravvissuti e sugli indicatori di cura può essere utile infine anche per i medici, per migliorare e standardizzare il follow-up dei pazienti e per guidare i pazienti nelle loro scelte di vita e per sostenerli nelle loro richieste di riabilitazione.

### Bibliografia

1. GLOBOCAN 2012, <http://globocan.iarc.fr/>
2. I numeri del cancro in Italia 2013. AIOM-AIRTUM. Intermedia editore.
3. Dal Maso L, Guzzinati S, Buzzoni C et al. Long-term survival, prevalence, and cure of cancer: A population-based estimation for 818,902 Italian patients and 26 cancer types. *Ann Oncol.* 2014.

### Per informazioni:

Registro Tumori del Veneto [stefano.guzzinati@ioveneto.it](mailto:stefano.guzzinati@ioveneto.it)

## ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI E RIOSPEDALIZZAZIONE PRECOCE NEGLI UOMINI E NELLE DONNE ULTRA65ENNI DIMESSI PER SCOMPENSO CARDIACO IN SITUAZIONE DI DISABILITÀ

Le Cure Domiciliari (CD) sono una delle componenti delle dimissioni protette, particolarmente rilevante per pazienti che hanno problemi di accesso ambulatoriale, specialmente nei casi in cui sia richiesta una stretta continuità terapeutica ed assistenziale, com'è nel caso dello scompenso cardiaco.

Per verificare il possibile impatto di una attivazione tempestiva (entro 2 giorni dalla dimissione) delle CD sono state identificate per gli anni 2011-2012 le dimissioni per scompenso cardiaco (ICD9-CM 428.XX, 402.X1, 404.X1, 404.X3, 785.50, 785.51, 518.4 in diagnosi principale) per i soggetti ultra65enni dimessi vivi al proprio domicilio, per i quali è stata rilevata una condizione di disabilità al momento della dimissione (indice di Barthel < 50). L'accesso domiciliare effettuato dal medico generalista o dell'infermiere è stato individuato tramite il flusso informativo regionale delle CD. Ulteriori informazioni sulla comorbidità sono state tratte dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera dei 3 anni precedenti, mentre l'anagrafe regionale assistiti ha consentito di individuare i pazienti che erano prossimi al decesso (morte avvenuta entro 3 mesi dalla dimissione per il ricovero indice).

Gli outcome considerati sono stati:

il tempo alla riospedalizzazione per ricovero medico ordinario a 30 giorni (modello di Cox).

il numero di giorni di riospedalizzazione per ricovero medico ordinario nei 30 giorni successivi alla dimissione indice (regressione di Poisson).

Si è quindi indagato sia se i pazienti presi in carico tempestivamente in CD hanno avuto meno ricoveri, sia se hanno passato meno giorni in ospedale nei 30 giorni successivi al ricovero indice per scompenso cardiaco, parità delle condizioni clinico-assistenziali che sono state tracciate nei flussi di dati sanitari correnti.

### Risultati

Tra le 5.094 persone affette da scompenso cardiaco e di età superiore ai 65 anni dimessi vivi al proprio domicilio in condizione di disabilità, i due terzi dei pazienti sono donne e 6 su 10 hanno più di 85 anni d'età; circa la metà ha avuto almeno un ricovero nell'anno precedente. L'11,9% ha avuto un ricovero indice della durata di più di 20 giorni. Il 6,3% aveva avuto un ricovero per BPCO ed il 10,2% un ricovero per cardiopatia ischemica acuta e/o rivascolarizzazione nei 3 anni precedenti. Complessivamente 933 pazienti (18,3%) hanno avuto un nuovo ricovero medico ordinario entro un mese dalla dimissione, per un totale di 10.584 giorni di ospedale, mentre 1094 (21,4%) sono morti nei 3 mesi successivi. Soltanto 753 persone (14,8%) hanno ricevuto un accesso di CD da parte di un medico generalista o di un infermiere nei due giorni successivi (Tabella 1). I pazienti che hanno avuto un accesso in CD nei 2 giorni successivi alla dimissione indice hanno un elevato carico di comorbidità, una maggiore durata del ricovero indice e sono più prossimi al decesso; essi presentano un rischio grezzo di riospedalizzazione del 16% più alto.

I fattori di rischio significativamente associati al rischio di riospedalizzazione acuta ordinaria a 30 giorni (dati non presentati) risultano essere il sesso maschile, l'età inferiore a 75 anni, l'effettuazione di 1 o più ricoveri

nell'anno precedente, la durata del ricovero indice superiore a 20 giorni, una ospedalizzazione nei 3 anni precedenti per BPCO, per cardiopatia ischemica acuta o rivascolarizzazione e la prossimità al decesso. Nell'analisi multivariata l'età inferiore a 74 anni, l'aver effettuato uno o più ricoveri nell'anno precedente e la prossimità al decesso risultano essere fattori di rischio indipendenti per la riospedalizzazione precoce, mentre l'accesso precoce di CD è associato ad un HR di 1,00; (CI 95% 0,83-1,19).

**Tabella 1:** Dimessi a domicilio per scompenso cardiaco di età  $\geq 65$  anni, in condizione di disabilità al momento della dimissione, senza e con accesso di Cure Domiciliari (CD) entro 2 giorni dalla dimissione. Regione Veneto, anni 2011-2012.

		Accesso di CD	
		No (N=4.341)	Si (N=753)
Sesso	Maschi	33,1%	33,3%
	Femmine	66,9%	66,7%
Età alla diagnosi	65 - 74	8,1%	6,5%
	75 - 84	32,7%	33,1%
	85+	59,2%	60,4%
N° ricoveri nell'anno precedente*	Nessuno	54,1%	45,7%
	Uno	27,4%	27,0%
	Due e più	18,6%	27,4%
Degenza (giorni)*	0 - 10	54,4%	44,8%
	11-19	34,1%	40,4%
	>20	11,4%	14,9%
Prossimità al decesso*	Vivo a 90ggi	79,6%	72,5%
	Deceduto a 30 gg .	9,7%	14,5%
	Deceduto a 31-60 gg	6,2%	8,0%
	Deceduto a 61-90 gg	4,4%	5,1%
Ospedalizzazione pregressa per BPCO*	No	94,2%	91,0%
	Si	5,8%	9,0%
Ospedalizzazione pregressa per IMA e/o rivascolarizzazione	No	90,0%	88,6%
	Si	10,0%	11,4%
Riospedalizzazione entro 30 gg	No	82,0%	80,0%
	Si	18,0%	20,0%

\* p<0,001

Nella prima parte della tabella 2 è stato stratificato per sesso ed età il rischio di ospedalizzazione acuta ordinaria a 30 giorni nei pazienti che hanno/non hanno avuto un accesso in CD entro 2 giorni dalla dimissione, a parità degli altri fattori considerati nella tabella 1. In nessun sottogruppo di sesso ed età si osserva una riduzione significativa del rischio di riospedalizzazione nei pazienti che sono stati precocemente presi in carico dalle CD. Nei maschi l'effetto è tendenzialmente protettivo e decresce con l'età; nelle femmine l'effetto mostra pure una tendenziale associazione con l'età, con un tendenziale aumento del rischio nelle donne sopra i 75 anni. Nella seconda parte della tabella 2 si è confrontato con un modello di Poisson il numero di giorni di ricovero ordinario acuto avvenuti entro i 30 giorni successivi alla dimissione nei pazienti che hanno/non hanno avuto un accesso in CD entro 2 giorni dalla dimissione. Nuovamente si rileva una associazione con l'età in entrambi i sessi, che va nel senso di una riduzione dell'efficacia della presa in carico precoce in CD nelle persone più anziane. Il rischio di passare più giorni in ospedale entro i 30 gg. successivi alla dimissione per il ricovero indice è significativamente ridotto nei maschi che hanno avuto una presa in carico precoce in CD, mentre nelle femmine è significativamente aumentato al di sopra dei 75 anni.

**Tabella 2:** Tempo aggiustato alla riospedalizzazione e rischio aggiustato di durata della riospedalizzazione acuta ordinaria nei 30 gg. successivi alla dimissione per scompenso cardiaco di pazienti con  $\geq 65$  anni in condizione di disabilità: pazienti con accesso di CD entro 2 gg. vs. pazienti senza accesso di CD entro 2 gg. stratificato per sesso ed età. Regione Veneto, anni 2011-2012.

		Tempo alla riospedalizzazione*		Rischio di durata della riospedalizzazione**	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Classi d'età	65-74	n = 237	n = 162	n = 237	n = 162
		HR = 0,49 (0,17 - 1,42)	HR = 0,48 (0,14 - 1,60)	RR = 0,53 (0,37 - 0,75)	RR = 1,10 (0,84 - 1,44)
	75-84	n = 675	n = 994	n = 675	n = 994
		HR = 0,79 (0,50 - 1,25)	HR = 1,12 (0,74 - 1,69)	RR = 0,71 (0,60 - 0,83)	RR = 1,30 (1,15 - 1,48)
	85+	n = 776	n = 2.250	n = 776	n = 2.250
		HR = 0,83 (0,52 - 1,33)	HR = 1,26 (0,97 - 1,63)	RR = 0,79 (0,67 - 0,93)	RR = 1,51 (1,40 - 1,64)

\* Modelli di Cox e \*\* modelli di Poisson aggiustati per numero di ricoveri nell'anno precedente, durata del ricovero indice, prossimità al decesso (2 livelli), ospedalizzazione pregressa per BPCO e per cardiopatia ischemica acuta o rivascolarizzazione

### Discussione e conclusioni

La presa in carico in CD entro 2 giorni riguarda una quota molto piccola (14,8%) di pazienti dimessi per scompenso cardiaco e disabili al momento della dimissione, che ne potrebbero certamente beneficiare.

In questa analisi è stato considerato come fattore di rischio anche la prossimità alla morte, in considerazione del fatto che lo scadimento delle condizioni generali e l'insorgenza di sintomi stressanti e di problemi clinici difficili da gestire a domicilio influiscono fortemente sul rischio di ricovero.

Complessivamente i dati indicano un tendenziale beneficio per i maschi al di sotto dei 75 anni, ma non per le femmine al di sopra degli 85 anni. I dati clinici ed assistenziali disponibili nell'ambito del presente studio non consentono di spiegare la discrepanza rilevate tra i due sessi, rispetto alla possibile efficacia della tempestività dell'attivazione delle CD. Vi è un trend evidente a sfavore delle donne e dei malati più anziani. Secondo i dati del Censimento ISTAT 2011 in Veneto vivono a casa in famiglie unipersonali (cioè senza coniuge, figli o altri conviventi) il 43,3% delle femmine ed il 13,8% dei maschi di 75-84 anni. Inoltre, le donne hanno mediamente pensioni di un terzo più basse.

In conclusione, la presa in carico in CD entro 2 gg. dopo dimissione per scompenso cardiaco in ultra65enni disabili al momento della dimissione può avere un effetto protettivo nei maschi. Nelle donne anziane questo effetto non si osserva, probabilmente in dipendenza da fattori socio-assistenziali.

### Bibliografia

- Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service Program. N Engl J Med. 2009;360:1418-28.
- ISTAT. 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001. In <http://dawinci.istat.it/MD/>
- Rapporto INPS-ISTAT sulle pensioni in Italia nel 2012. Roma, 2014

### Per informazioni:

Sistema Epidemiologico Regionale  
[nicola.gennaro@regione.veneto.it](mailto:nicola.gennaro@regione.veneto.it)