

## **Predittori per ricovero in Hospice per pazienti con Scompenso Cardiaco Avanzato ed effetti sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria**

Laura P. Gelfman, Yolanda Barrón, Stanley Moore, Christopher M. Murtaugh, Anuradha Lala, MD, Melissa D. Aldridge, Nathan E. Goldstein

A cura dell'Area Nursing

S. Accardo, D. Radini, M. Barisone, R. Gilardi, MC. Pirazzini, I. Cantarella, G. Ricci, G. Falsini, T. Usmiani, D. Frongillo

### **Introduzione**

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una delle principali cause di morte negli Stati Uniti e il numero di individui di età superiore ai 65 anni con SC avanzato continua ad aumentare. L'incidenza di SC si avvicina a 10 per 1.000 abitanti dopo i 65 anni. Tra i pazienti che sono stati ricoverati in ospedale con SC tra il 2005 e il 2009, quelli che avevano un rischio a 5 anni di ricovero per evento cardiovascolare e SC era dell'80,4% e una sopravvivenza mediana di 2,1 anni. Circa l'80% dei pazienti ricoverati in ospedale con SC ha più di 65 anni e circa il 44% dei pazienti anziani con SC avanzato viene riammesso entro 6 mesi dalla dimissione. Inoltre, la traiettoria clinica dello SC è in genere un graduale declino funzionale con eventi acuti intermittenti, che spesso richiedono il ricovero ospedaliero e possono essere potenzialmente letali. I pazienti con SC inoltre diventano sempre più complessi con il progredire della malattia. L'uso concomitante di interventi medici costosi e invasivi, insieme alla possibilità di terapie mediche avanzate come supporto circolatorio meccanico e trapianto cardiaco, sebbene queste terapie possano prolungare la vita, creano anche barriere all'ingresso negli Hospice e una maggiore difficoltà nella previsione della mortalità, rispetto ad altre malattie allo stadio terminale, come il cancro. Tuttavia, questi pazienti devono affrontare un'alta mortalità; in uno studio di coorte, la sopravvivenza a 5 anni per lo stadio SC D era del 20%. Infine, i pazienti con SC hanno una scarsa qualità della vita con dispnea, dolore, affaticamento e depressione non trattati. Come dimostrano queste statistiche, sono necessari modelli migliori di assistenza per i pazienti con SC avanzato e per i loro caregiver. L'Hospice è un modello di assistenza che potrebbe soddisfare le esigenze dei pazienti con insufficienza cardiaca avanzata. In particolare, l'Hospice è un modello di assistenza sanitaria per i pazienti con una prognosi limitata che si concentra sulla gestione dei sintomi, sul coordinamento delle cure e sul supporto ai caregiver, con l'obiettivo di consentire alle persone di rimanere a casa alla fine della vita.

L'uso dell'Hospice è aumentato enormemente negli ultimi 2 decenni passando dal 10% a quasi il 50% dei decessi e gli Hospice si prendono cura di più categorie di pazienti: diagnosi primaria di demenza, SC e BPCO. Inoltre, l'uso dell'Hospice nel fine vita è considerato un indicatore di assistenza di alta qualità e molti studi hanno dimostrato i suoi benefici per pazienti e famiglie. L'Hospice non è solo un modello chiave di assistenza domiciliare per i pazienti gravemente malati, ma è anche un risparmio sui costi. Sebbene l'uso dell'Hospice da parte dei pazienti con SC sia quasi raddoppiato nell'ultimo decennio, la percentuale di decessi in Hospice per SC rimane inferiore a quella delle altre principali malattie. Le società cardiovascolari hanno chiesto una maggiore e più precoce integrazione delle cure in Hospice per i pazienti con cardiopatia avanzata. Poco si sa circa le caratteristiche dei pazienti con SC che usano l'Hospice rispetto a quelli che non lo fanno, e se l'Hospice influisce o meno sull'uso dell'assistenza sanitaria da parte dei pazienti con SC nel fine della vita.

In questo lavoro americano, in un campione di beneficiari Medicare (piattaforma informatica con dati assicurativi sanitari gestita dal governo degli Stati Uniti) con SC avanzato è stato condotto uno studio osservazionale longitudinale 1) sono stati esaminati i predittori di ricovero in Hospice dopo il secondo ricovero per SC entro 6 mesi; 2) confrontati i risultati dell'assistenza sanitaria e la sopravvivenza dei pazienti che successivamente sono stati ricoverati in Hospice con quelli che non lo sono stati.

## **METODI**

Sono stati utilizzati i dati amministrativi Medicare 2009 e 2010 e i dati di valutazione del paziente sanitario a domicilio per identificare tutti i ricoveri per SC dimessi con assistenza sanitaria a domicilio tra il 1 luglio 2009 e 30 giugno 2010. I codici internazionali di classificazione delle malattie croniche sono stati utilizzati per identificare i pazienti ammessi con diagnosi principale di SC. I ricoveri per SC assegnati a un gruppo chirurgico, correlato alla diagnosi della gravità da Medicare, sono stati esclusi perché la cura della ferita, piuttosto che la gestione dello SC, era probabilmente il motivo principale dell'assistenza sanitaria a domicilio. Poiché il verificarsi di ripetuti ricoveri ospedalieri è stato stabilito come indicatore di aumento della gravità dello SC e mortalità, è stato selezionato un sotto-campione di soggetti con 2 o più ricoveri ospedalieri in un periodo di 6 mesi (1 luglio 2009 - 31 dicembre 2009) per rappresentare una coorte di pazienti con SC avanzato. Per ottenere i dati sullo stato funzionale e sui sintomi, sono stati inclusi solo coloro che avevano un set di informazioni sugli esiti e valutazione medica domiciliare entro 7 giorni dalla seconda dimissione per SC (dal 1 luglio 2009 al 31 dicembre 2009), per

l'analisi sono stati utilizzati i dati di follow-up dell'anno successivo (2010). Infine, solo i pazienti che sono deceduti entro 6 mesi dalla seconda dimissione per SC sono stati inclusi nel gruppo di studio.

## **FONTE DATI**

È stato costruito un file analitico delle dimissioni per SC, collegando i dati dei seguenti file: 1. iscritti al servizio Medicare dal 2009 al 2010. 2. dati sui servizi forniti da ospedali accreditati e servizi infermieristici specializzati (SIS), inclusi dati di ricovero e degenza ospedaliera, luogo di dimissione (ad esempio SIS), diagnosi, codici di gruppi correlati alla diagnosi e giorni di degenza in terapia intensiva (UTIC); 3) riepilogo annuale dei beneficiari Medicare (indicatori di condizioni croniche); 4) analisi degli standard Hospice, che include i dati relativi ai fruitori dell'Hospice; 5) dati analitici standard di Assistenza domiciliare e ambulatoriale di Medicare, che contengono i pazienti seguiti a domicilio e ambulatorio ; 6) informazioni sui servizi medici; 7) Set di Informazioni su Esiti e Valutazioni (SIEV) raccolto, con mandato federale, dai medici di assistenza domiciliare per l'ammissione alle cure a domicilio, la dimissione dalle cure a domicilio e la ripresa delle cure a seguito di un ricovero ospedaliero che ha interrotto l'assistenza domiciliare. Il SIEV include informazioni su quanto segue: 1) diagnosi del paziente a domicilio; 2) valutazione dei sintomi; 3) attività della vita quotidiana (ADL). Infine, per ottenere misure regionali sulla spesa totale di Medicare per il fine vita, sono stati utilizzati i dati pubblicati dall'Atlante della sanità di Dartmouth. Questo studio americano è stato approvato dal Board istituzionale dei revisori del Visiting Nurse Service di New York, Il Centro e la Icahn School of Medicine del Monte Sinai.

## **ANALISI STATISTICA**

L'outcome primario era l'ingresso in Hospice dopo la seconda dimissione per SC. Inoltre questo dato è stato anche elemento principale di confronto tra l'uso dell'assistenza sanitaria, il tempo e il luogo della morte, per i pazienti che sono entrati in Hospice e quelli che non lo hanno fatto.

Altri outcome includevano: numero di ricoveri e giorni di degenza, giorni di terapia intensiva, giorni di SIS, numero accessi al Pronto Soccorso, tempo tra seconda dimissione e decesso, tempo tra seconda dimissione per SC ed ingresso in Hospice, luogo del decesso.

## RISULTATI

Nello studio sono stati inclusi 3.067 soggetti per gruppo Hospice e 3067 soggetti per Usual Care con un'età media di 82 anni. Il 53% era di sesso femminile e il 15% era di razza nera, asiatica o ispanica. **Per l'obiettivo 1:** non vi erano differenze nelle caratteristiche, nel carico dei sintomi o nello stato funzionale tra i due gruppi di pazienti. **Per l'obiettivo 2:** nei 6 mesi successivi alla seconda dimissione per SC, il gruppo Hospice ha avuto un numero significativamente inferiore di visite al PS (2,64 contro 2,82;  $p = 0,04$ ), giorni di ospedalizzazione (3,90 contro 4,67;  $p < 0,001$ ) e UTIC (1,25 contro 1,51;  $p < 0,001$ ); avevano meno probabilità di morire in ospedale (3% contro 56%;  $p < 0,001$ ) e avevano una sopravvivenza mediana più lunga (80 giorni contro 71 giorni; test del registro log  $p = 0,004$ ).

## DISCUSSIONE

Lo stato funzionale, i sintomi e le comorbidità non sono risultati predittori dell'accesso in Hospice. I pazienti che sono stati arruolati nel gruppo Hospice hanno usufruito di cure sanitarie meno acute (tra cui visite in PS, degenze e giorni di degenza, giorni in terapia intensiva), hanno avuto una sopravvivenza più lunga e meno probabilità di morire in ospedale rispetto a coloro che hanno ricevuto l'assistenza abituale. Inoltre l'accesso in hospice ha comportato un risparmio sui costi medi stimati di \$ 2.300 per il ricovero ospedaliero, che ha consentito un risparmio complessivo di oltre \$ 3,5 miliardi all'anno per 1,6 milioni di pazienti seguiti.

Queste stime non tengono conto dei costi onerosi dell'assistenza informale. Tuttavia, questi dati dimostrano come l'Hospice riduce l'uso formale dell'assistenza sanitaria e, a sua volta, i costi. Queste osservazioni sono in linea con numerosi altri studi che dimostrano che i pazienti che accedono all'Hospice hanno sperimentato una sopravvivenza più lunga e che le cure sanitarie e i costi sono ridotti. Sebbene molti fattori, tra cui fattori razziali, socioeconomici, culturali e religiosi possono influenzare la scelta di dove morire, i pazienti hanno dichiarato di preferire di morire al di fuori dell'ospedale.

## LIMITI DELLO STUDIO

Poiché il campione includeva solo i soggetti che avevano ricevuto assistenza sanitaria a domicilio prima dei 2 ricoveri ospedalieri, questo campione potrebbe essere stato più malato di altri gruppi con SC avanzato. In particolare, questi risultati potrebbero non applicarsi a quei pazienti meno malati che restavano più a lungo ricoverati in hospice. Tuttavia, lavori precedenti suggeriscono che i pazienti e le famiglie che hanno periodi di degenza più lunghi hanno maggiori benefici; pertanto, il campione analizzato potrebbe

sottovalutare questi risultati. Poiché i dati provengono dal 2009 e dal 2010, questi risultati probabilmente sottostimano i dati più attuali a causa della maggiore diffusione di Hospice ed educazione alle cure palliative. Questo campione includeva solo i beneficiari Medicare deceduti; nondimeno, la mortalità ha permesso di caratterizzare l'uso delle risorse per i beneficiari negli ultimi 6 mesi di vita. Infine i dati non includevano gli indicatori standard di gravità dello SC dell'American College of Cardiology e lo stadio dell'American Heart Association o la classe funzionale della New York Heart Association, lo SC avanzato era rappresentato dalla storia di 2 ricoveri per SC in un periodo di 6 mesi, tuttavia l'alto peso dei sintomi e il cattivo stato funzionale del campione dimostrano che i criteri di inclusione hanno selezionato efficacemente un gruppo ad alto rischio.

## **CONCLUSIONI**

Questi dati dimostrano che il marker di 2 dimissioni ospedaliere per SC in un periodo di 6 mesi è un indicatore importante sia per complessità dei sintomi che ridotto stato funzionale. Tuttavia, la presenza di multiple comorbidità, elevato peso dei sintomi, scarso stato funzionale e utilizzo del sistema sanitario non sono predittive del successivo percorso in Hospice. Inoltre, i pazienti che sono avviati all'Hospice usano meno l'assistenza sanitaria, hanno maggiori probabilità di morire fuori dall'ospedale e hanno una sopravvivenza più lunga. Dati questi benefici per i pazienti con SC, è necessario un modello più inclusivo per l'Hospice. Inoltre, a causa di quanto sia difficile prevedere la sopravvivenza in questi pazienti, i cambiamenti per l'Hospice dovrebbero includere anche una maggiore flessibilità attorno a questo requisito. Un modello di assistenza in Hospice, per i pazienti con insufficienza cardiaca, adattato alle esigenze di questo gruppo dovrebbe essere adeguatamente studiato, con l'obiettivo di garantire che più persone con insufficienza cardiaca avanzata abbiano accesso a questi benefici.

**Laura P. Gelfman, Yolanda Barrón, Stanley Moore, Christopher M. Murtaugh, Anuradha Lala, MD, Melissa D. Aldridge, Nathan E. Goldstein**

***Predictors of Hospice Enrollment for Patients With Advanced Heart Failure and Effects on Health Care Use***

JACC: Heart Failure Volume 6, Issue 9, September 2018, Pages 780-789. DOI: [org/10.1016/j.jchf.2018.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2018.04.009)