

LE RAGIONI DI ACCESSO NON PROGRAMMATO AI SERVIZI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

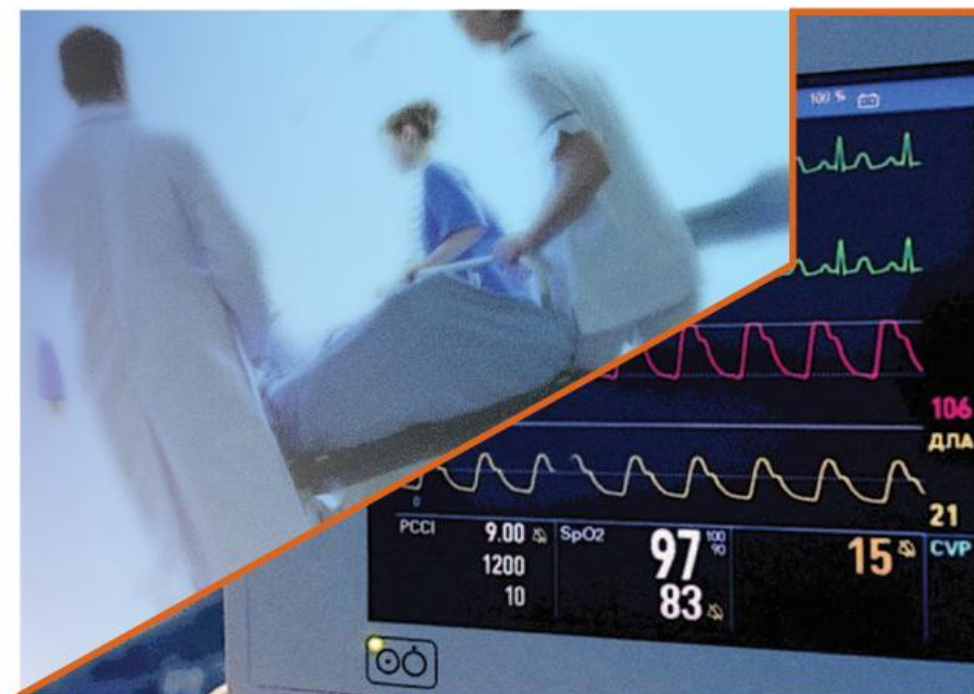
Dr.ssa Irene Alabiso

ASL Città di Torino



TORINO
16 OTTOBRE
2025

**Dall'accesso non programmato
al ricovero: clinica e organizzazione
nella gestione ospedaliera
del paziente oncologico**



PREMESSA

- L'aumento del numero di pazienti così come la crescente tendenza verso il trattamento oncologico in setting ambulatoriale hanno implicazioni significative, come il maggior numero di accessi non programmati in ospedale, in particolare nei reparti di emergenza.
- Questa cifra crescente sta diventando critica per una serie di motivi:
 - Prima di tutto, è clinicamente rilevante.
 - In secondo luogo, la gestione delle tossicità indotte dal trattamento o dei sintomi correlati al cancro può richiedere molto tempo e denaro
 - Infine, le presentazioni non pianificate possono interferire con le attività programmate, causando ritardi e disagi per tutti i pazienti...e agli operatori.

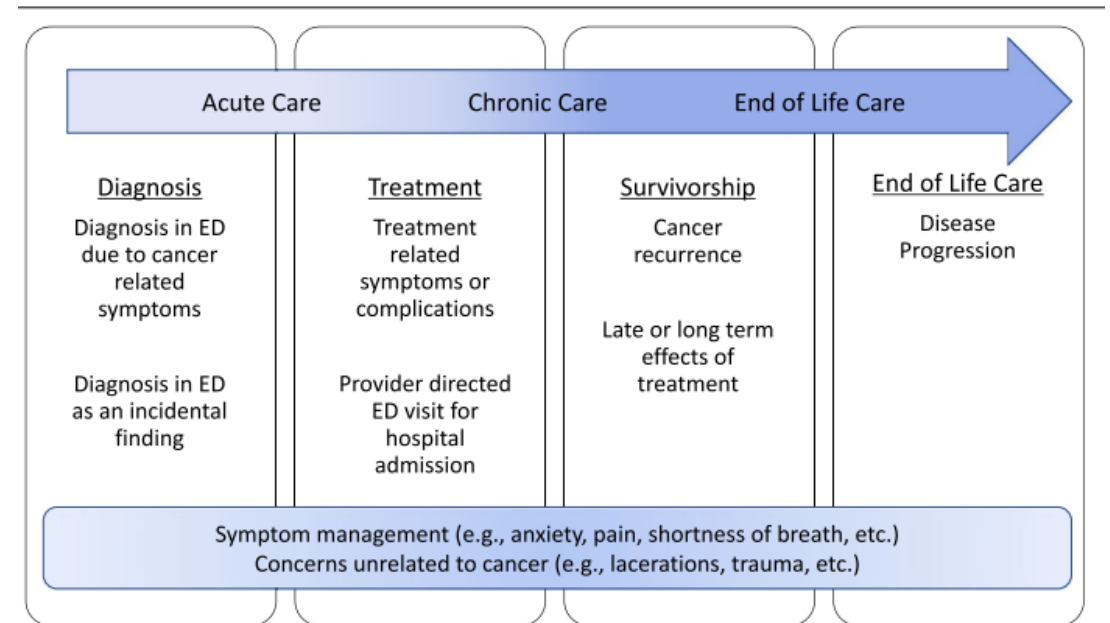


ACCESSO IN PS DEI MALATI ONCOLOGICI

I pazienti con cancro si presentano al pronto soccorso attraverso il continuum di sopravvivenza al cancro: alla diagnosi, durante il trattamento, nei periodi post-trattamento e alla fine della vita

Il problema è capire:

- A che punto siamo della traiettoria di malattia
- cosa fare di conseguenza



*Reproduced with permission

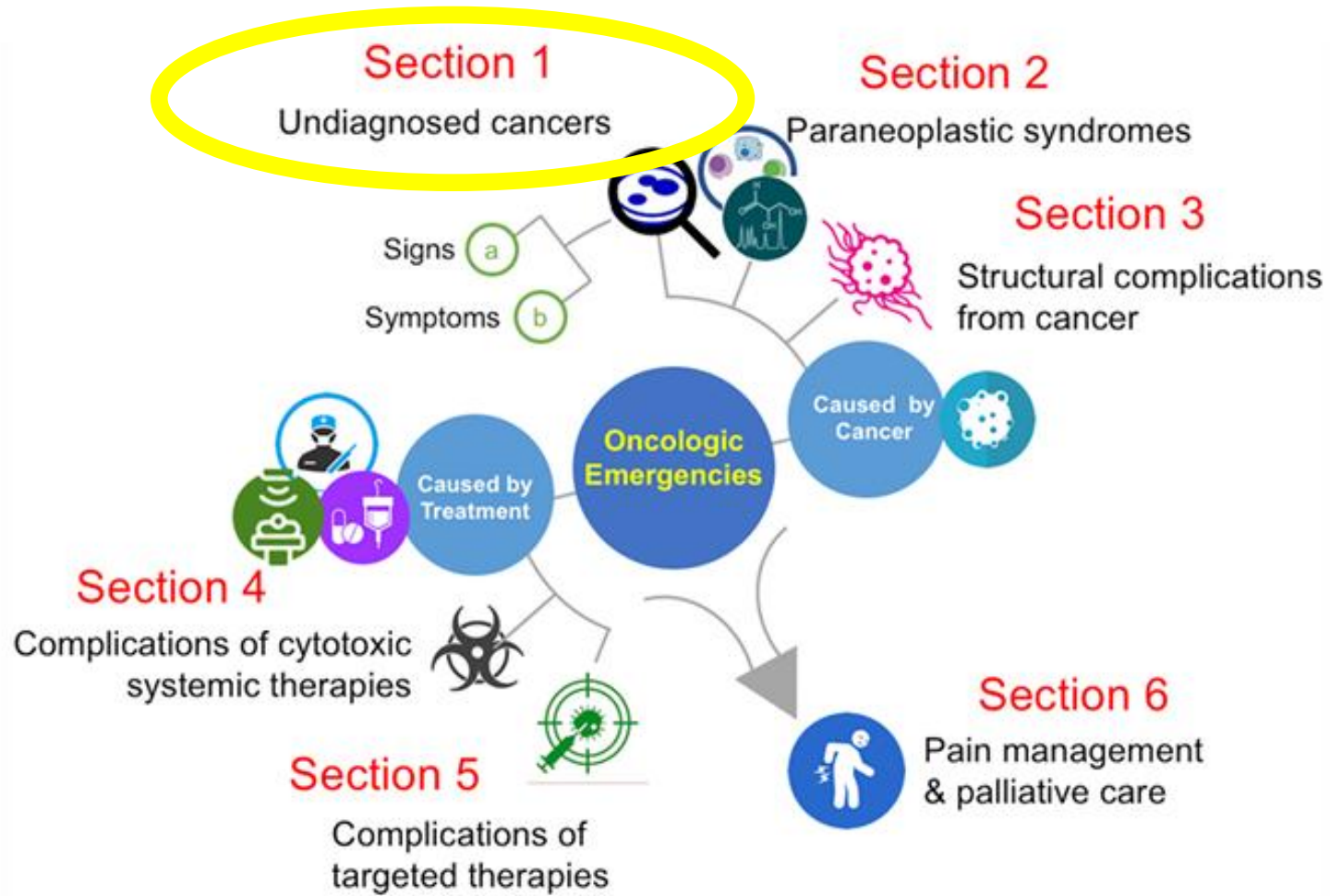
IN GENERALE

9. Il malato oncologico nei dipartimenti di emergenza / urgenza: tra bisogni clinici e carenze della rete assistenziale

a cura di P. Varese – F.A.V.O.
G. Carteni – AO Cardarelli, Napoli
M. Di Maio – AIOM
L. Cavanna – CIPOMO
F. De Iaco – SIMEU
F. Petrini – SIAARTI

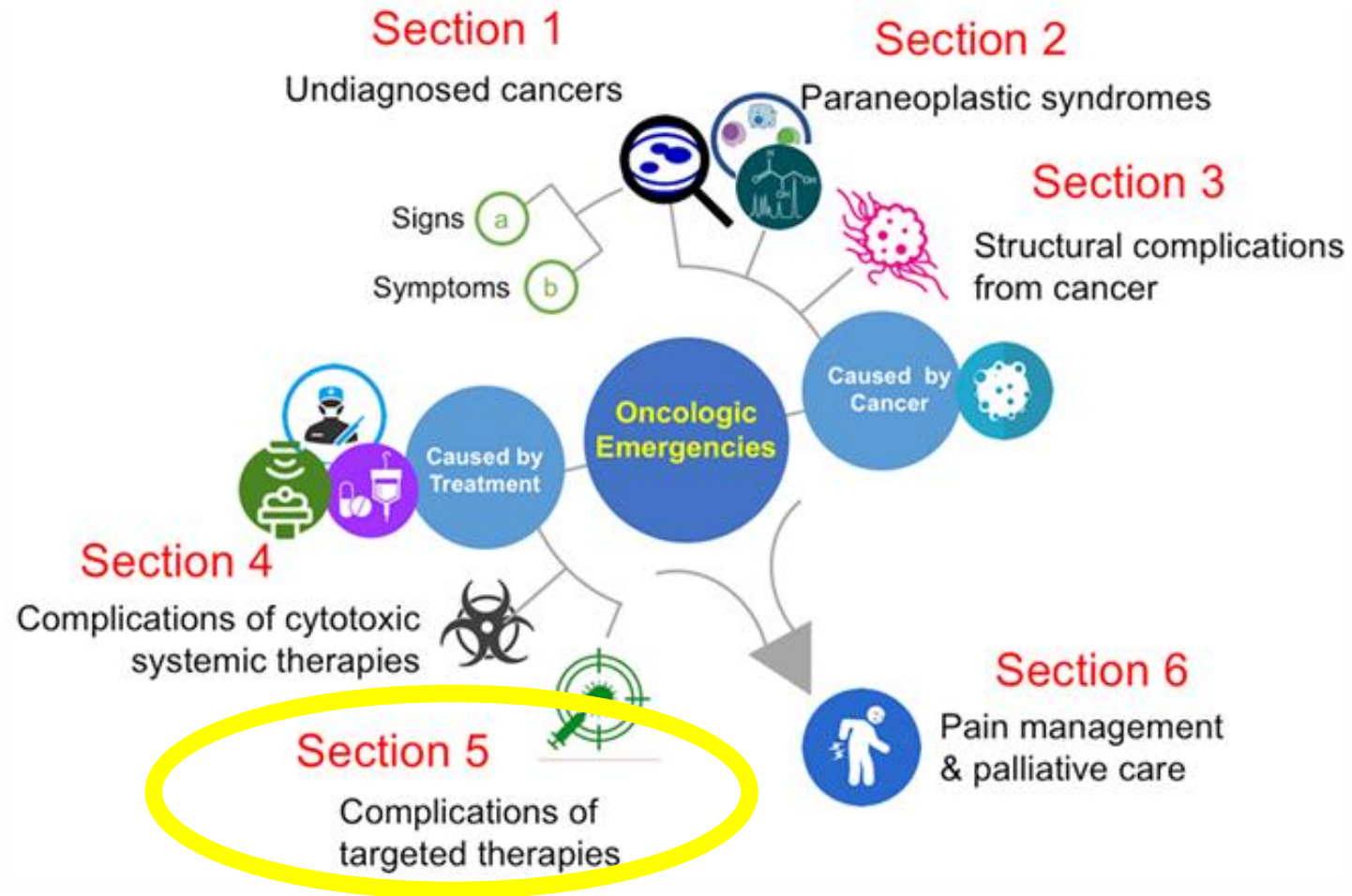
G.M. Numico, E. Sperti, I. Alabiso – Coordinamento Gruppo di Studio Medicina Oncologica
e follow-up Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

- L'accesso non pianificato rappresenta in molti casi **l'occasione per intercettare un bisogno** che non si era manifestato in precedenza. Può evidenziare, ad esempio, la necessità di una attivazione urgente dell'equipe di cure palliative.
 - Di conseguenza, l'accesso al DEA costituisce spesso **il primo alert** che suggerisce un cambiamento rilevante nella traiettoria di malattia e nei bisogni del paziente con diagnosi già accertata, ma altrettanto frequentemente si configura come **il primo punto di accesso** al sistema sanitario di un malato con un cancro non ancora diagnosticato.
-



PRESENTAZIONE DEL CANCRO COME DIAGNOSI IN URGENZA

- I tumori diagnosticati in emergenza rappresentano dall'11% al 29% dei tumori di nuova diagnosi e sono associati a **tassi di sopravvivenza a 1 anno più bassi**, a un **aumento dei tassi di ospedalizzazione** e a una peggiore qualità della vita rispetto ai tumori diagnosticati durante le cure primarie di routine.
- Lo status socioeconomico più basso, l'età avanzata e la presenza di comorbidità sottostanti sono correlati a una maggiore prevalenza di diagnosi di cancro fatte in emergenza.
- Nel 30% dei casi la diagnosi è in fase già metastatica
- Spesso presentano sintomi aspecifici (p.es., neoplasie intra-addominali che si presentano con disturbi gastrointestinali) o sintomi minimi fino al verificarsi di un evento drammatico (p.es., convulsioni generalizzate per tumore cerebrale primario o nuove metastasi cerebrali).

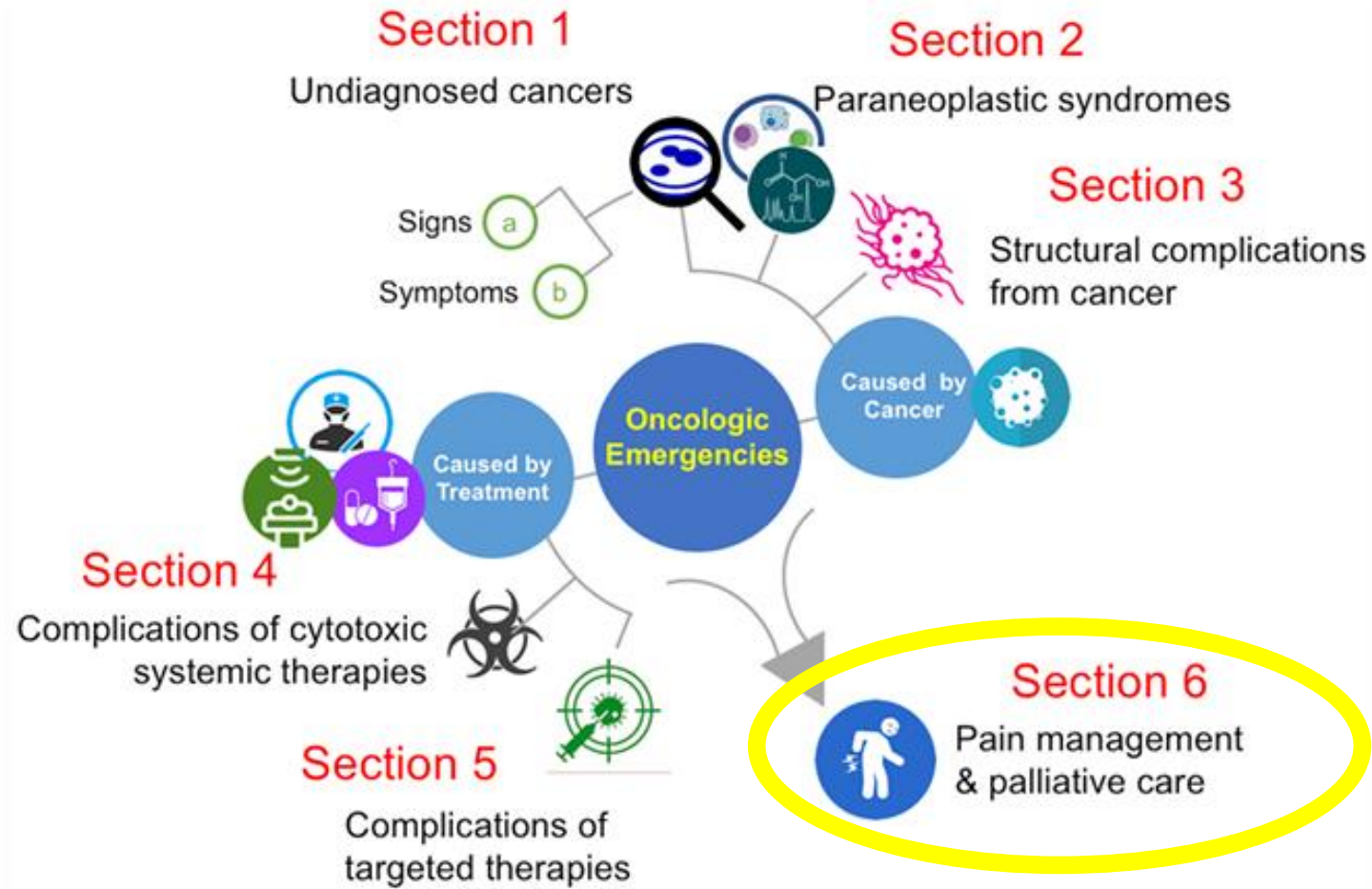


TOSSICITÀ DA TARGET THERAPIES

TKI	Anti-angiogenetici	Immunoterapia
Prolungamento del QTc	Crisi ipertensiva	Dermatite
Tossicità cutanea		Colite
Sindrome mano-piede		Epatite e pancreatite
		Ipofisite
		Tiroidite
		Diabete
		Encefalite
		Polmonite
		Artrite e miosite
		Nefrite
		Uveite
		Miocardite

Difficoltà di diagnosi differenziale

Necessità di trattamento precoce e ai giusti dosaggi



DOLORE

- Il dolore è il disturbo più comune alla presentazione in PS per i pazienti con malattia allo stadio avanzato.
- Il dolore intenso è correlato all'aumento delle riammissioni ospedaliere, della morbidità e della mortalità.
- Tra i sopravvissuti, circa il 40% sperimenterà dolore cronico dopo il trattamento e dal 5% al 10% avrà dolore che interferisce con la vita quotidiana.
- Le crisi acute del dolore possono essere scatenate dalla progressione della malattia, dalla tolleranza alla terapia prescritta e dall'uso non ottimale di un regime prescritto o possono essere provocate da chemioterapia/radioterapia sistemica in corso

END-OF-LIFE

- >50% dei pazienti va incontro almeno ad un ricovero ospedaliero per acuti negli ultimi 30 giorni di vita, con quasi il 60% di questi ricoveri che richiedono il trasferimento in un reparto ad alta intensità di cure. Molti di ricoveri allo stadio terminale accedono tramite PS
- Sebbene il fattore paziente, tra cui la forte preferenza per la terapia attiva e la negazione dello stato attuale della malattia, giochi un ruolo importante, anche l'esitazione degli oncologi a discutere direttamente e chiaramente le transizioni di cura con i pazienti contribuisce.
- Alcuni pazienti si trovano per la prima volta di fronte al processo decisionale di fine vita quando si presentano al pronto soccorso per la gestione acuta delle complicanze terminali del cancro.
- Inoltre, quando gli obiettivi di de-escalation di cura non sono precedentemente documentati nella cartella clinica, i medici del pronto soccorso sono portati ad avviare un piano di trattamento aggressivo che può essere contrario alle preferenze sottostanti del paziente.

FATTORI PREDITTIVI DI ACCESSO IN PS

FATTORI DI RISCHIO SOCIALE E/O FAMILIARE

- Assenza di un caregiver
- Difficoltà del caregiver nel prestare assistenza al paziente a causa dell'età avanzata o della presenza di patologie
- Difficoltà del caregiver nel prestare assistenza al paziente a causa di impegni lavorativi
- Presenza di una o più persone in famiglia che richiedono a loro volta aiuto
- Carico assistenziale molto intenso per il caregiver, a rischio di una crisi familiare
- Presenza di conflitti o di situazioni particolarmente complesse nell'ambito familiare (dipendenza, violenza domestica, ecc.)

FATTORI DI RISCHIO ORGANIZZATIVO

- Il paziente, se in fase avanzata di malattia, si rivolge al Pronto Soccorso in caso di sintomi non controllati e in assenza di adeguata risposta al domicilio.
-

9. Il malato oncologico nei dipartimenti di emergenza / urgenza: tra bisogni clinici e carenze della rete assistenziale

a cura di P. Varese – F.A.V.O.
G. Carteni – AO Cardarelli, Napoli
M. Di Maio – AIOM
L. Cavanna – CIPOMO
F. De Iaco – SIMEU
F. Petrini – SIAARTI
G.M. Numico, E. Sperti, I. Alabiso – Coordinamento Gruppo di Studio Medicina Oncologica
e follow-up Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

Un po' di casistica in letteratura



ANALISI CROSS-SECTIONAL DEL NATION WIDE EMERGENCY DEPARTMENT SAMPLE DATA DAL 2006 AL 2012

- 29,5 milioni di adulti si sono recati al pronto soccorso negli Stati Uniti per una complicazione correlata al cancro, pari al 4,2% di tutte le visite.
- I tipi di cancro più comunemente riportati sono stati la mammella (14,9%), la prostata (11,3%), il polmone (10,3%) e i tumori multipli (10,2%).
- I motivi più comuni per una visita al pronto soccorso correlati al cancro erano la polmonite (esclusa la tubercolosi) (4,5%), il dolore toracico aspecifico (3,7%), l'infezione del tratto urinario (3,2%), la setticemia (3,1%) e la BPCO (3,0%).

CAUSE DI ACCESSO PER TIPO DI NEOPLASIA

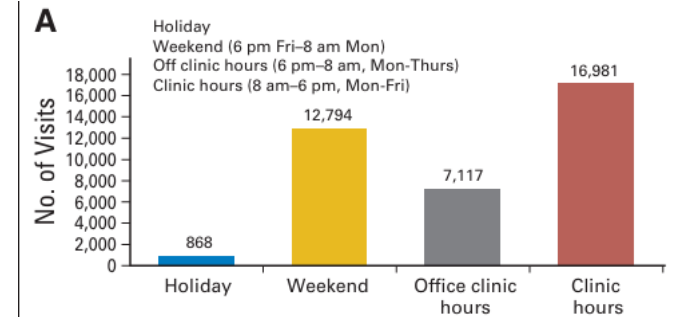
- I principali motivi per le visite al pronto soccorso tra il cancro al seno erano il dolore toracico non specifico e le infezioni del tratto urinario;
- tra i tumori della prostata, i sintomi genito-urinari e le infezioni delle vie urinarie;
- tra i tumori del polmone, la polmonite e la broncopneumopatia cronica ostruttiva e le bronchiectasie;
- tra cancro del colon, ostruzione intestinale senza ernia e dolore addominale.
- Tra le visite in cui è stata segnalata chemioterapia o radioterapia in corso, le ragioni principali per una visita al PS includevano anemia(5,7%), disturbi elettrolitici (4,7%), nausea e vomito (4,3%), leucopenia (3,3%) e febbre di origine sconosciuta (3,1%)

RICOVERO SUCCESSIVO ALL'ACCESSO IN DEA

- Le visite al pronto soccorso correlate al cancro negli adulti hanno comportato ricoveri ospedalieri più frequentemente (59,7%) rispetto alle visite non correlate al cancro (16,3%) ($P < 0,001$).
- La setticemia (odds ratio [OR], 91,2; IC 95%, 81,2-102,3) e l'ostruzione intestinale (OR, 10,94; IC 95%, 10,6-11,4) sono state associate alle più alte probabilità di ricovero ospedaliero.

STUDIO DI POPOLAZIONE IN NORTH CAROLINA

- Nel 2008, ci sono state 4.190.911 accessi al Pronto Soccorso in North Carolina, di cui 37.760 (0,9%) erano visite correlate al cancro riferite a 27.644 pazienti con cancro.
- La diagnosi più comune è stata quella del polmone (26,9%), seguita dal cancro del colon-retto (7,7%), della mammella (6,3%) e della prostata (6%); l'altro 53% faceva parte di tutti gli altri tipi di cancro.
- Più della metà delle visite da parte di pazienti affetti da cancro si sono verificate nei fine settimana o la sera e il 44,9% si è verificato durante le ore normali.
- I primi tre sintomi causa di accesso in PS erano legati al dolore, al distress respiratorio e ai problemi gastrointestinali.
- Un totale del 63,2% delle visite ha portato al ricovero in ospedale.
- I pazienti con carcinoma polmonare avevano maggiori probabilità di essere ricoverati rispetto ai pazienti con altri tipi di cancro.

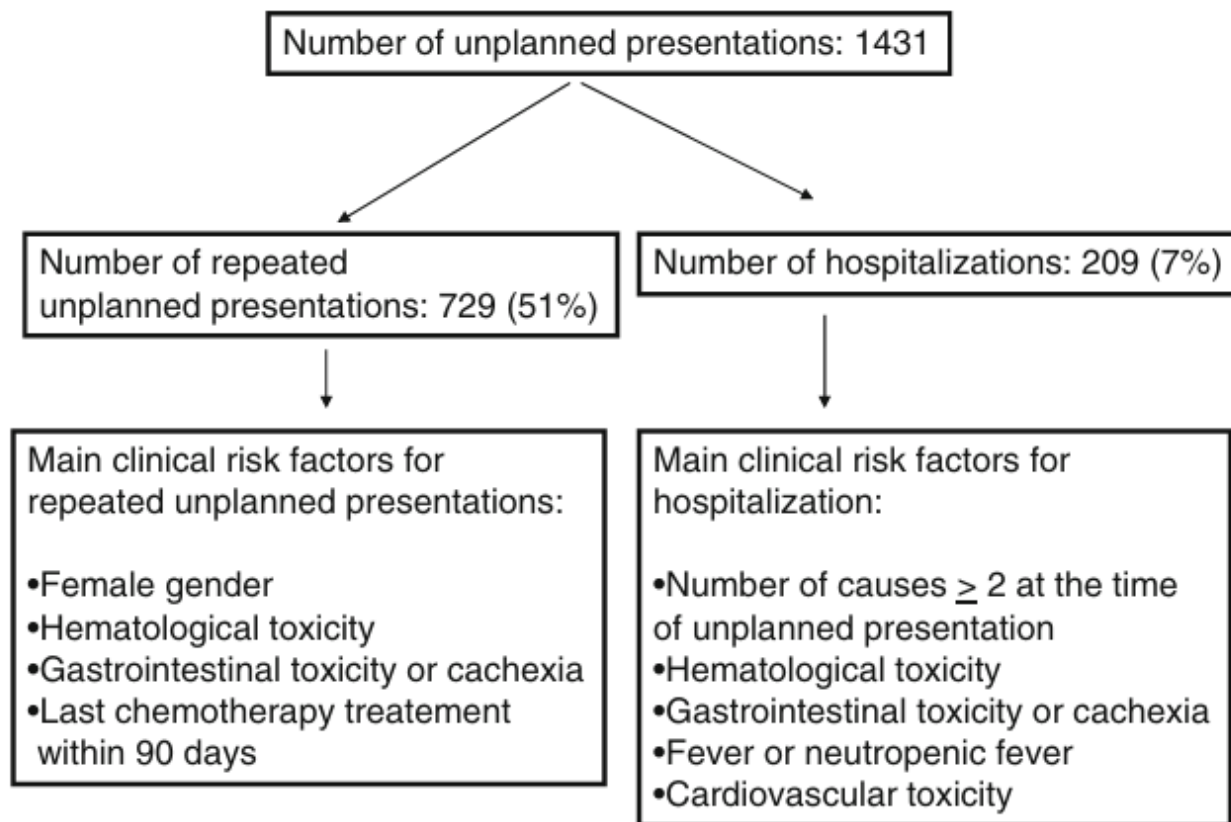


IN ITALIA

- Analisi retrospettiva al Dipartimento di Oncologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, Italia nord-orientale, per un periodo di 2 anni (1 ottobre 2006 – 30 settembre 2008)
- 2811 accessi non programmati all'ambulatorio di emergenze oncologiche, corrispondenti a 1.431 pazienti. Di questi pazienti, 625 su 1.431 (43%) avevano ricevuto la chemioterapia nei 3 mesi precedenti.
- Da notare come, in questa casistica, meno della metà dei pazienti fossero in trattamento chemioterapico

-
- Leggero aumento del numero di presentazioni il lunedì
 - Circa il 50% degli accessi non pianificati era dovuto a più di una causa e un quinto di esse era dovuto a tre o più sintomi.
 - Dolore, fatigue, dispnea, febbre e tossicità gastrointestinali sono stati i sintomi più frequenti
 - Tuttavia, circa 1 caso su 5vv(21,6%) era dovuto alla "necessità di parlare con il medico curante" dei pazienti per essere rassicurati o per commentare un problema minore.
 - Complessivamente, 209 accessi (7%) si sono conclusi con il ricovero in ospedale

FATTORI DI RISCHIO DI ACCESSO NON PROGRAMMATO RIPETUTO



RIACCESSO AL PS ENTRO 7 GIORNI

- Studio di coorte retrospettivo di tutte le visite al pronto soccorso in California durante il 2016
- Ci sono stati 12,9 milioni di visite al pronto soccorso durante l'anno solare 2016 fra primi accessi al Pronto Soccorso e riaccessi. Sono stati presi in considerazione un totale di 73.465 pazienti oncologici adulti ha effettuato 103.523 visite in Pronto Soccorso.
 - I pazienti oncologici hanno avuto un **tasso riaccesso a 7 giorni del 17,9%** rispetto al 13,2% dei pazienti non oncologici.
 - I pazienti oncologici hanno avuto un tasso di ricovero più elevato dopo una nuova visita di 7 giorni (36,7% vs 15,6%).
 - I pazienti con tumori dell'intestino tenue, dello stomaco e del pancreas hanno avuto il più alto tasso di riaccessi a 7 giorni (22-24%).
 - I pazienti oncologici di età inferiore ai 65 anni avevano un tasso di riaccesso a 7 giorni più elevato rispetto agli anziani (20,0% vs 16,2%).

RIACCESSO AL PS ENTRO 7 GIORNI

- Quando i pazienti sono tornati al pronto soccorso, la diagnosi di dimissione primaria è cambiata circa il 75% delle volte, maggiormente nei paziente oncologici rispetto alla loro coorte non oncologica (82,2% vs 74,6%).
- Per i secondi accessi, una percentuale più elevata di pazienti oncologici è tornata allo stesso pronto soccorso rispetto ai pazienti non oncologici (77,3% vs 67,8%).
- Le cinque diagnosi più comuni per i secondi accessi dei pazienti oncologici, in ordine decrescente, sono state
 - ✓ sepsi (5,7%);
 - ✓ dolore addominale (4,9%);
 - ✓ altri dolori (3,2%);
 - ✓ dolore toracico (2,3%);
 - ✓ nausea/vomito (2,3%)
- Rispetto alla loro coorte non oncologica, i pazienti oncologici sono stati ricoverati molto più spesso dopo un nuovo accesso entro sette giorni (36,7% vs 15.6%)

IN SINTESI

Due grossi scenari

- Il malato oncologico di **nuova diagnosi** che accede al DEA per un sintomo (es una occlusione intestinale o un ittero o una dispnea o un sanguinamento massivo gastroenterico) che costituisce l'esordio di malattia;
 - il malato con **diagnosi già definita** e inquadrato dal punto di vista oncologico, che giunge in urgenza per un **sintomo non controllato** (spesso il dolore) o per una **tossicità acuta** da trattamento (es una neutropenia febbrile) o per un **improvviso “cedimento”** della rete assistenziale familiare.
-



I tumori diagnosticati in emergenza vanno peggio



Le tossicità che accedono al PS possono metterci in crisi



Fattori di rischio sociale e organizzativo



Polmone, mammella, colon retto, prostata



Sintomi: dolore, fatigue, polmoniti, dispnea, infezioni, problemi gastrointestinali



Spesso necessità di ricovero



Spesso chi fa un accesso non programmato, ne fa un secondo
