Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

D-PaP SCORE COME PREDITTORE PROGNOSTICO DI SOPRAVVIVENZA A BREVE TERMINE IN UNA COORTE DI PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI

Dott. ssa Giorgia Fontana
U.O.C. Geriatria A.O.U.I. - Verona
Dott.ssa Anna Varalta
U.O.C. Cure palliative U.L.S.S. 8 Berica Vicenza

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

CURE PALLIATIVE

Definizione

"Un approccio che migliora la **qualità della vita** dei malati e delle famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a **malattie inguaribili**, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'**identificazione precoce** e di un **ottimale trattamento** del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale "(OMS, 2002)

Normative

- Legge 38 del 15/03/10 " "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore"
- Documento di Intesa in Conferenza Stato-Regioni 25/07/12 "Requisiti per l'accreditamento della RLCP"
- DPCM 12/01/17 "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"

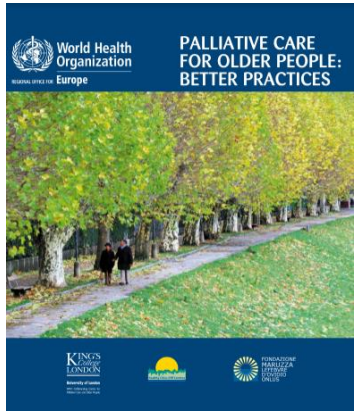
EPIDEMIOLOGIA

In Italia:

- 10% dei decessi avviene per causa improvvisa, **90%** per malattie croniche progressive
- **90%** dei decessi avviene nelle **persone over 65** (ISTAT, 2021)

Nella provincia di Verona:

- necessitano di CP 100.000 persone/anno (1% popolazione secondo A.C.G.)
- **60%** affetti da **patologie non oncologiche**, 40% oncologiche



Cure palliative nel paziente anziano

W.H.O. “Palliative Care for older people: better practices” (2011)

E.A.P.C. e E.u.G.M.S: ”Better Palliative Care for Older People: Joint Manifesto” (2012)

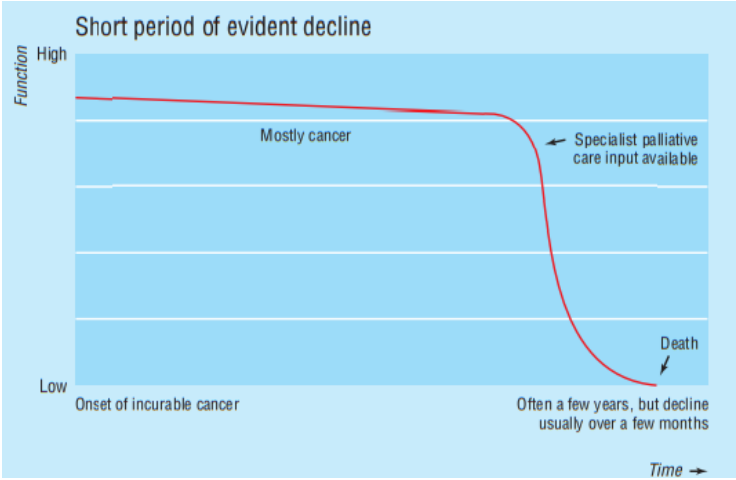
EAPC vzw Reference Group Aging & Palliative Care

DOMANDE

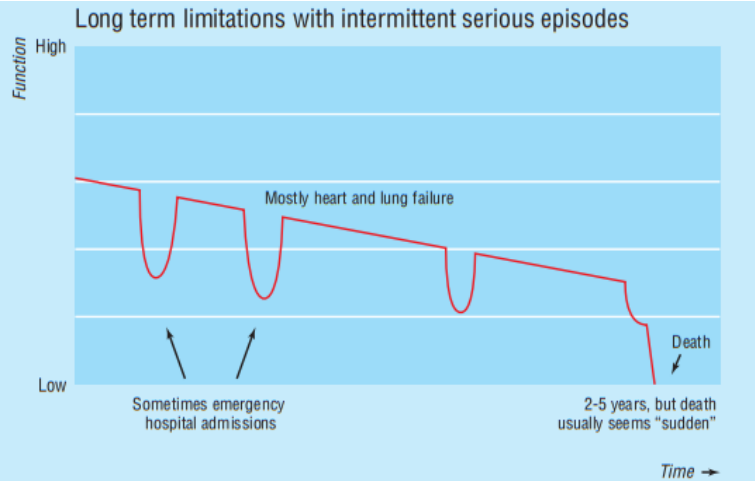
- E' possibile stimare una prognosi in un paziente anziano?
- E in un paziente non oncologico?
- Esistono strumenti validati per la stima prognostica?
- Il geriatra sa stimare accuratamente la prognosi del suo paziente?
- Formulare una prognosi accurata può portare ad una pianificazione adeguata al momento della dimissione?

Traiettorie di malattia secondo la teoria di Murray (2005)

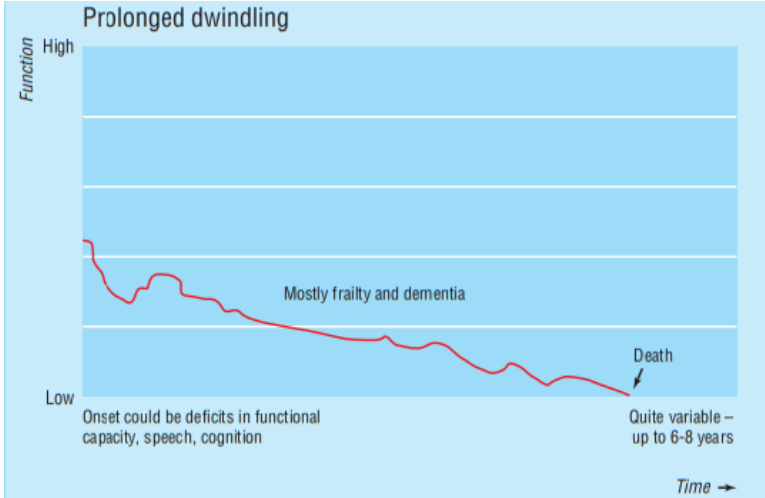
Declino funzionale rapido



Declino funzionale intermittente



Declino funzionale graduale



Nel paziente anziano si intersecano <u>più traiettorie</u> di malattia

↓

DIFFICILE VALUTAZIONE PROGNOSTICA

SCORE PROGNOSTICI

Karnofsky Performance Scale
Surprise Question
Clinical Prediction of Survival (CPS)
P.P.I.
P.P.S.
Palliative Prognostic Score (PaP)
D- Palliative Prognostic Score (D-PaP)
M.P.I.

PaP e D-PaP

✓sopravvivenza a **30 gg**

✓contengono **Clinical Prediction of Survival** (CPS)

✓**multidimensionali** (CPS, KPS, sintomi, esami ematochimici)

✓validati in **tutti i setting di cura** (domicilio, Hospice, ospedale)

✓validati su pazienti oncologici (entrambi) e non oncologici (PaP)

✓indicati da EAPC in pazienti **ospedalizzati** per alta **accuratezza**

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Valutare utilizzo di D-PaP score in una coorte di pazienti

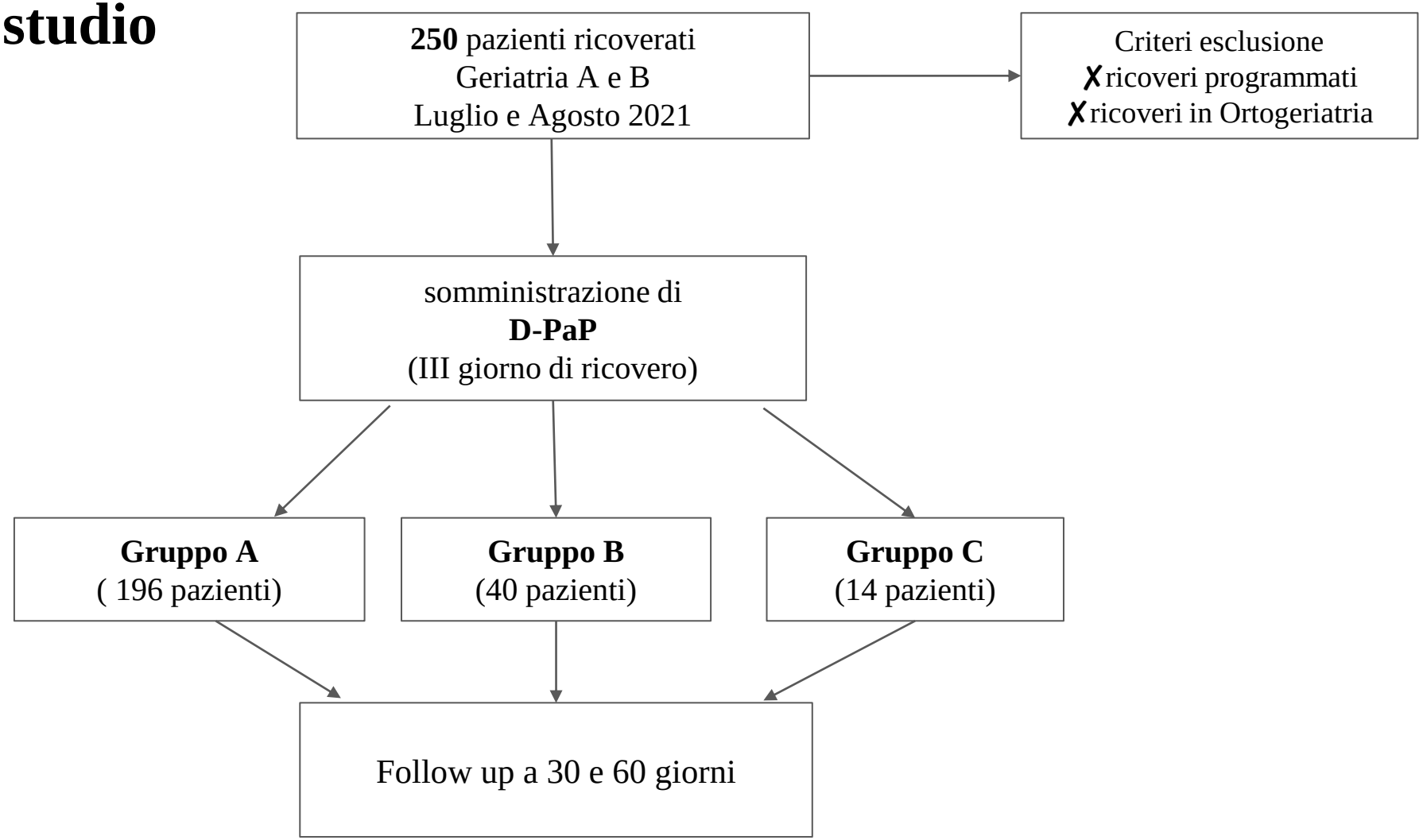
✓**anziani ospedalizzati policomorbidi**

✓affetti da patologie croniche **non oncologiche**

↓

Studio prospettico osservazionale

Disegno dello studio



D-PaP Score (Scarpi E., 2012)

Item		Punteggio
Dispnea	No	0
	Si	1
Anoressia	No	0
	Si	1
KPS	≥50	0
	30-40	0
	10-20	2.5
CPS (W)	> 12	0
	11-12	2.0
	9-10	2.5
	7-8	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6.0
	1-2	8.5
GB (GB/mm3)	Normali (4800-8500)	0
	Elevati (8501-11000)	0.5
	Molto elevati (> 11000)	1.5
Linfociti (%)	Normale (>20)	0
	Bassa (12-19.9)	1.0
	Molto bassa (<12)	2.5
Delirium	No	0
	Si	2

Anamnesi

valutata da Geriatra esperto

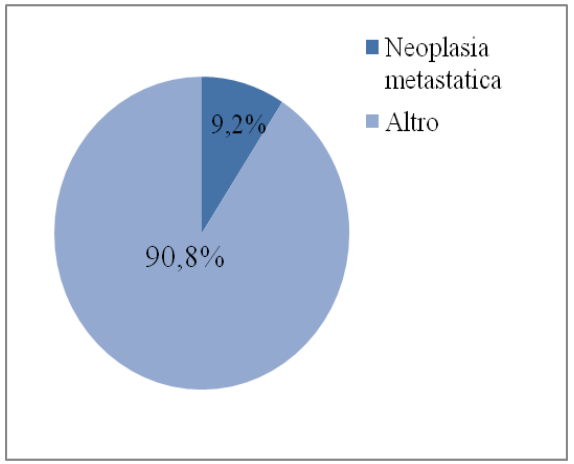
esami ematochimici

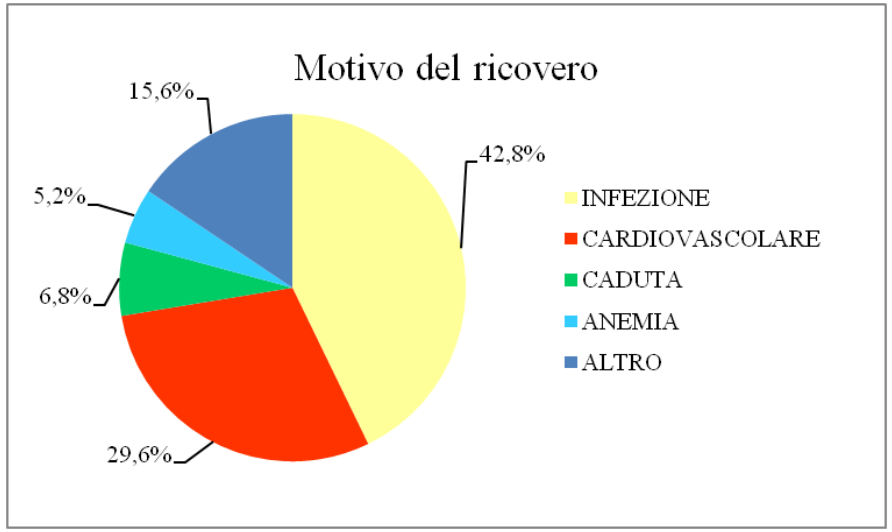
scala CAM (Confusion Assessment Method)

Gruppo	D-PaP score	Sopravvivenza 30 giorni
A	0-7	>70%
B	7,1-12.5	30-70%
C	12,5-19,5	<30%

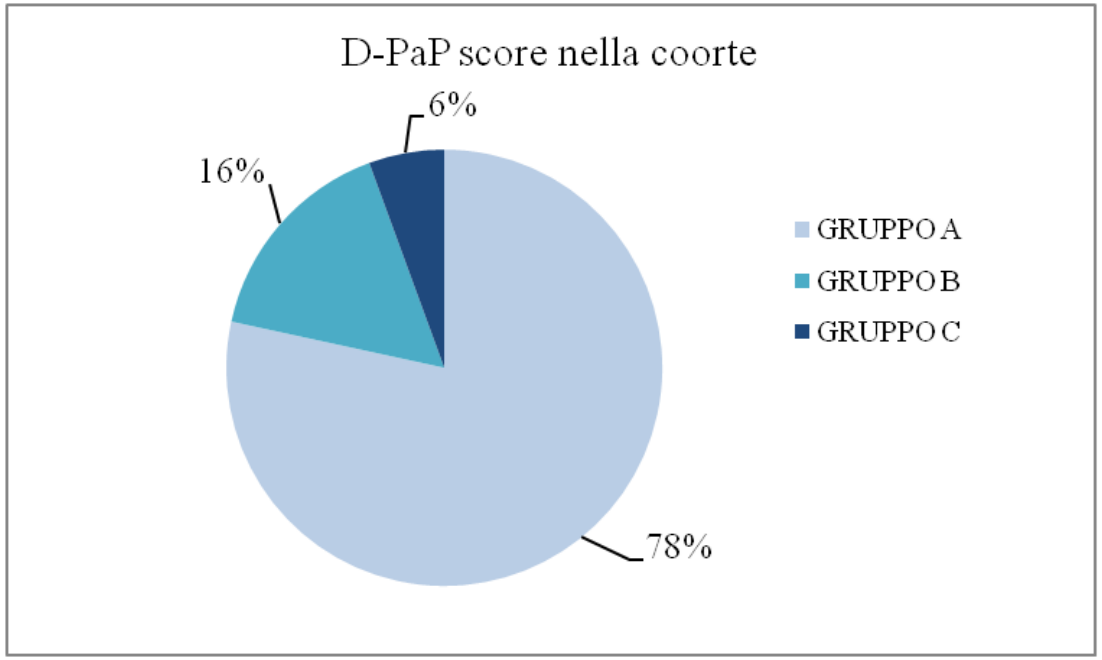
Caratteristiche della coorte

Numerosità	**250** (142 F, 108 M)
Età media	**85,7** (95% IC 84,95-86,53)
ADL media	3,2 (95% IC 2,81-3,51)
IADL media	2,4 (95% IC 2,00-2,85)
Farmaci assunti	7 (95% IC 6,60-7,45)
Durata ricovero	13,2 (95% IC 12,10- 14,31)
D. cognitivo/demenza	132 **(52,8%)**
Neoplasia metastatica	23 (9,2%)





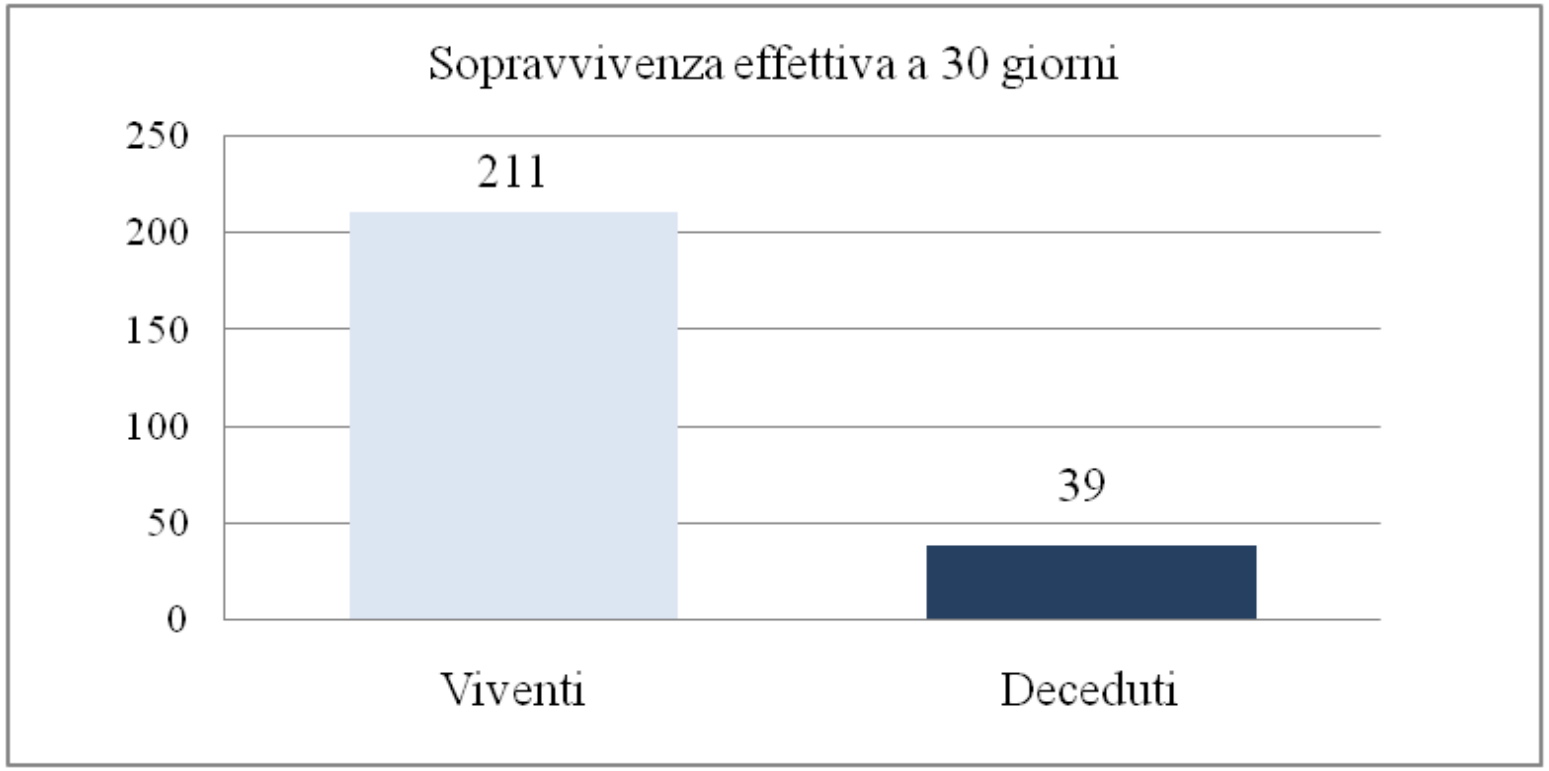
Valutazione della coorte secondo D-PaP



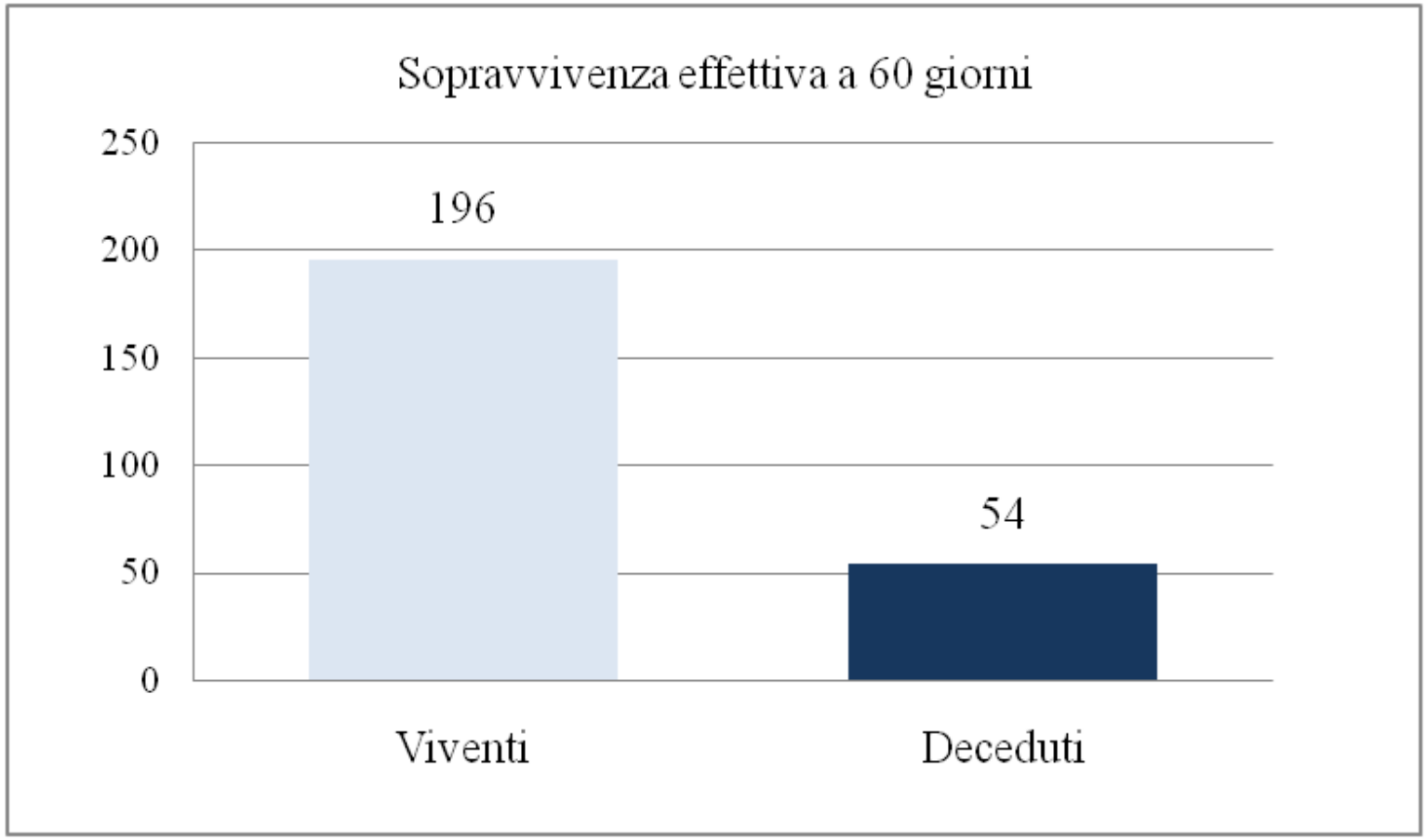
	N (%)	Sopravvivenza stimata
Gruppo A	196 (78%)	>70%
Gruppo B	40 (16%)	30-70%
Gruppo C	14 (6%)	<30%

Media D-PaP = 4,59 (95% IC 4,11-5,07)

Sopravvivenza effettiva (AS)



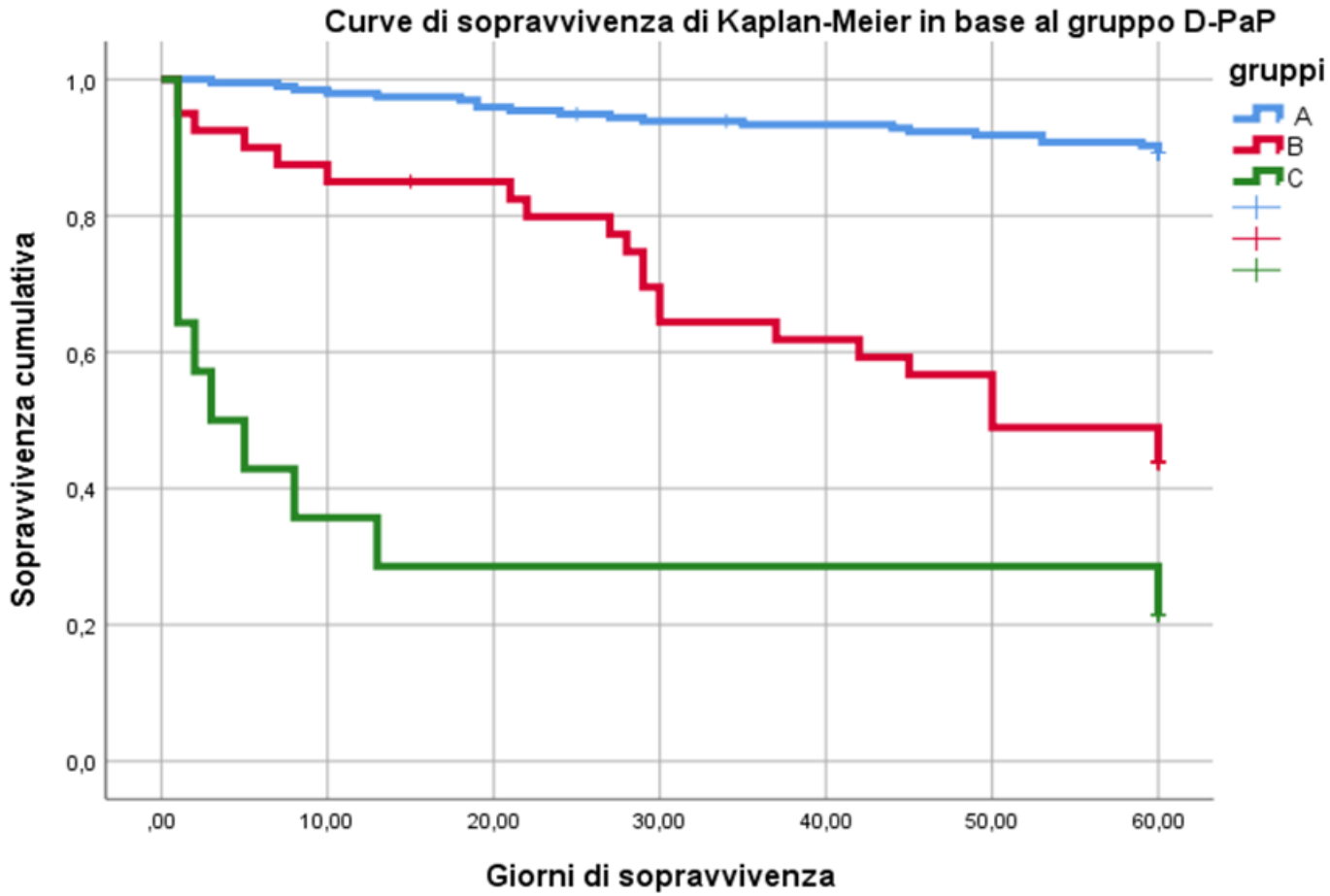
Sopravvivenza effettiva (AS)



Sopravvivenza a 30 giorni stimata *vs* effettiva

G	N	Sopravvivenza stimata	Sopravvivenza effettiva
A	196	>70%	**93,3%**
B	40	30-70%	**62,5%**
C	14	<30%	**21,4%**

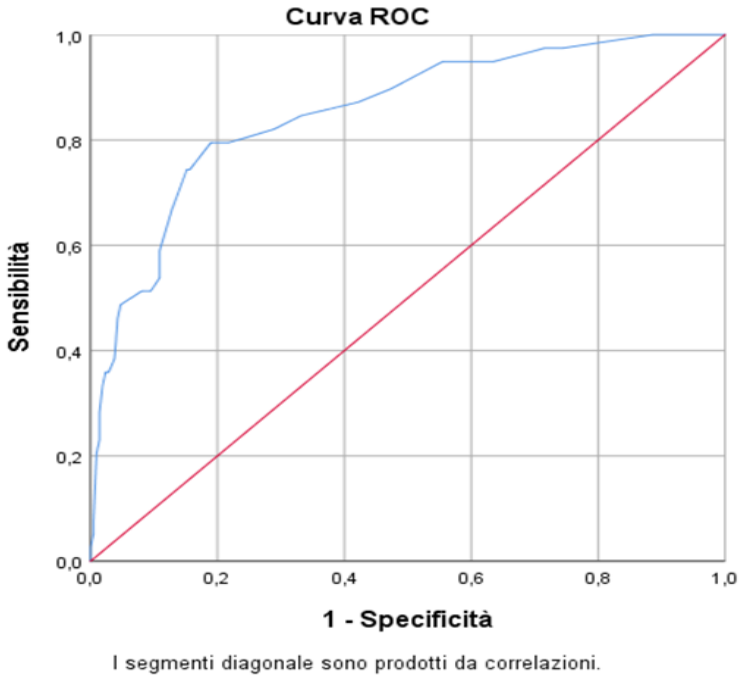
Curve di sopravvivenza di Kaplan Meier



Long rank χ^2 =111
p=0,0001

Affidabilità statistica di D-PaP score

	Sensibilità	Specificità	VPP	VPN	AC	K di Cohen
Coorte	84,4%	74,4%	94,7%	46,8%	82,8	0,47



AUC=0,853

Regressioni logistiche multivariate

Regressione logistica "sopravvivenza a 30 giorni"						
	Coefficiente	Errore standard	z	p>(z)	Intervallo di confidenza (95%)	
Età al ricovero	0,680237	0,365833	1,86	0,063	-0,0036783	0,1397256
ADL	0,1087837	0,1019011	1,07	0,286	-0,0909388	– 0,3085061
IADL	-0,1094407	0,1050292	-1,04	0,297	-0,3152942	0,096127
N° di farmaci	0,973164	0,064462	1,51	0,131	-0,119864	0,2236597
Giorni ricovero	-0,0616827	0,296849	-2,08	0,038	-0,119864	-0,0,0035014
D-PaP	0,3562906	0,570086	6,25	0,000	0,2445557	-0,4680254

Figura 42: Regressione logistica sopravvivenza a 30 giorni

Coorte

Regressione logistica "sopravvivenza a 30 giorni" nei pazienti non neoplastici						
	Coefficiente	Errore standard	z	p>(z)	Intervallo di confidenza (95%)	
Età al ricovero	0,0746519	0,0406824	1,83	0,067	-0,0050842	0,154388
ADL	0,0632234	0,1185847	0,53	0,594	-0,1691984	0,2956452
IADL	-0,1818763	0,1422507	-1,28	0,201	-0,4606825	0,09693
N° di farmaci	0,0816043	0,07006811	1,15	0,248	-0,0569281	0,2201368
Giorni ricovero	-0,0708024	0,0332654	-2,13	0,033	-0,1360013	-0,0056034
D-PaP	0,3532788	0,0616517	5,73	0,000	0,2324437	0,4741139

Figura 45: Regressione logistica sopravvivenza a 30 giorni nei non neoplastici

Sottopopolazione "non neoplastici"

Regressione logistica "sopravvivenza a 30 giorni"nei pazienti non dementi						
	Coefficiente	Errore standard	z	p>(z)	Intervallo di confidenza (95%)	
Età al ricovero	0,605418	0,674115	0,90	0,369	-0,715822	0,1926659
ADL	0,3611956	0,2313022	1,56	0,118	0,2018511	0,8145395
IADL	-0,2433725	0,1280617	-1,90	0,057	-0,4943689	0,0076238
N° di farmaci	-0,0085332	0,1294638	-0,07	0,947	-0,2622776	0,2452113
Giorni ricovero	0,457297	0,582678	-0,78	0,433	-0,1599325	0,684732
D-PaP	0,4143184	0,1084037	3,82	0,000	0,2018511	0,6267857

Figura 44: Regressione logistica sopravvivenza a 30 giorni nei non dementi

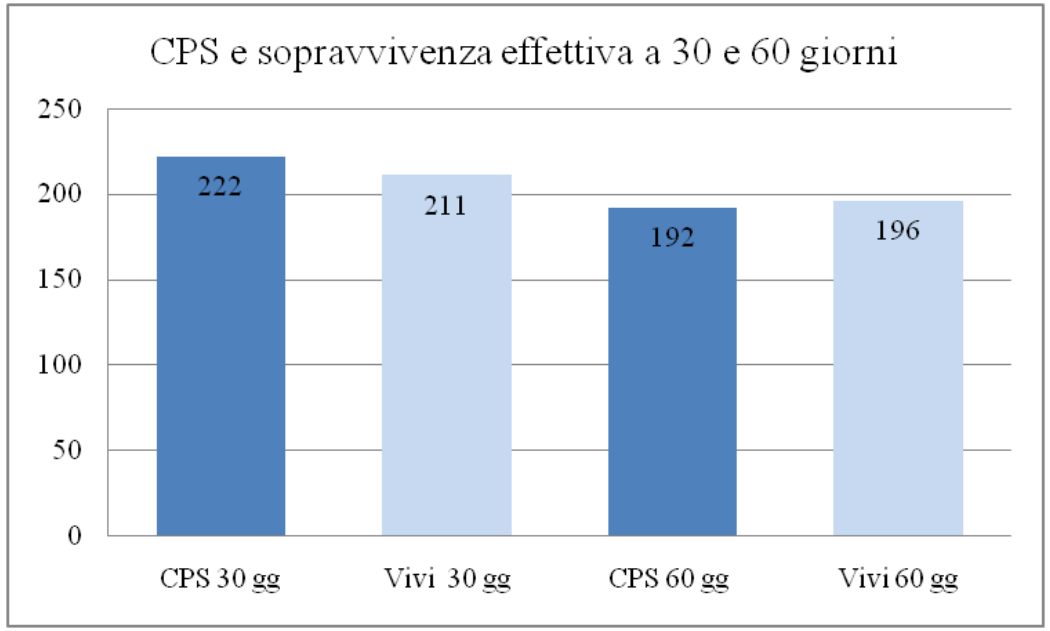
Sottopopolazione "non dementi"

Regressione logistica "sopravvivenza a 30 giorni"nei pazienti dementi						
	Coefficiente	Errore standard	z	p>(z)	Intervallo di confidenza (95%)	
Età al ricovero	0,096258	0.497283	1.94	0,053	-0,012077	0,1937236
ADL	-0,1889446	0,1789075	-1,06	0,291	-0,5395969	0,1617077
IADL	0,3420733	0,2217951	1,54	0,123	-0,092637	0,7767837
N° di farmaci	0,1552941	0,0811188	1,91	0,056	-0,0036958	0,314284
Giorni ricovero	-0,711684	0,37027	-1,92	0,055	-0,1437399	0,001431
D-PaP	0,366016	0,0787821	4,65	0,000	0,2116058	0,5204262

Figura 43: Regressione logistica sopravvivenza a 30 giorni nei dementi

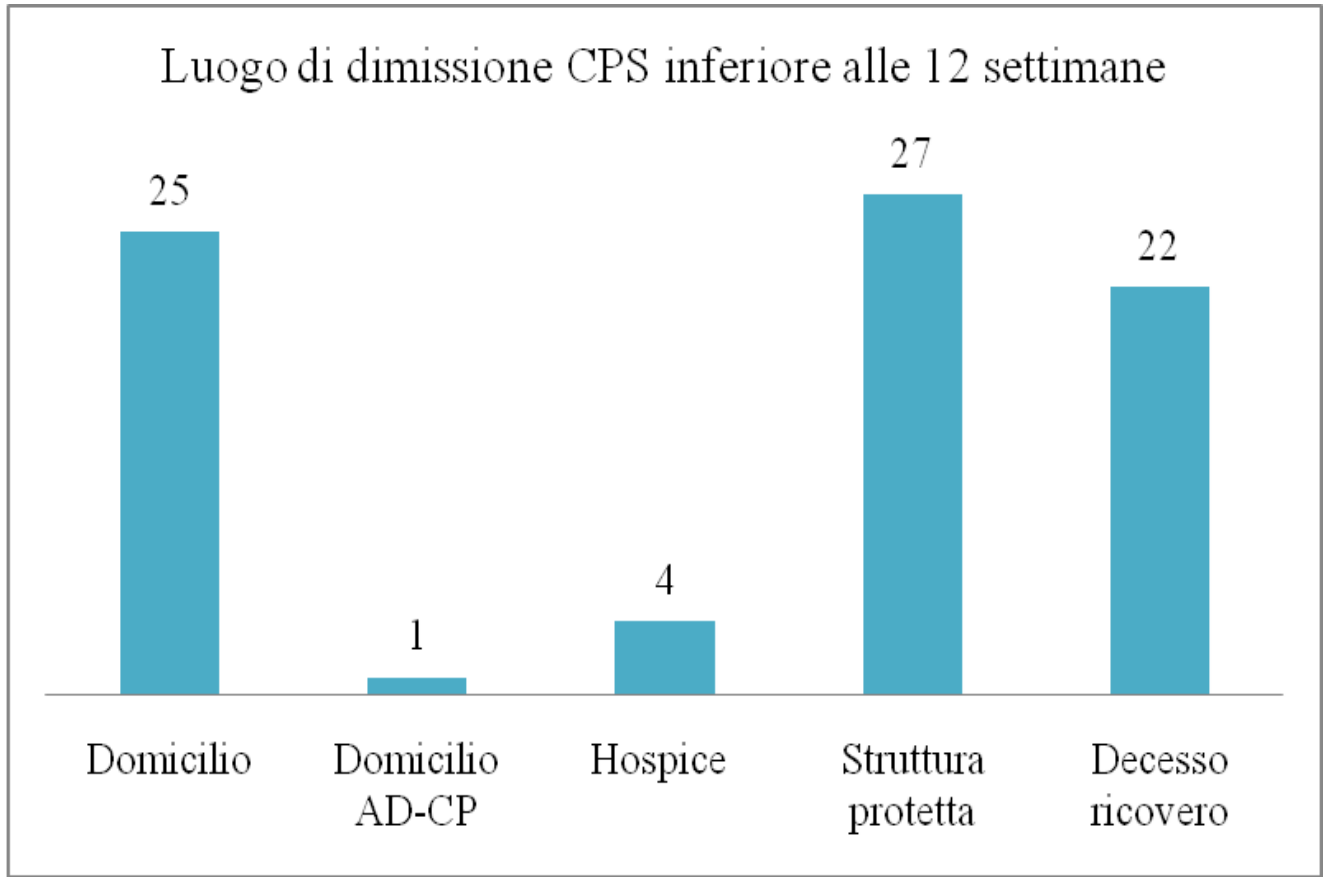
Sottopopolazione "dementi"

Previsione Clinica di Sopravvivenza (CPS)



CPS/AS	Concordanza	K di Cohen
1,02	85.6%	0,36

Luogo di dimissione dei pazienti con CPS < 12 settimane



Conclusioni

- D-PaP score è stato utilizzato in una coorte di pazienti con caratteristiche diverse dalla popolazione in cui era stato costruito e validato
- D-PaP ha mostrato sensibilità di 84,4%, specificità del 74,4%, VPP 94,7% e VPN 46,7% ed accuratezza pari a 82,2
- I gruppi mostrano **differenze** di sopravvivenza **statisticamente significative** (long rank test χ^2= 111 p<0,0001)
- rispetto alla sola CPS, D-PaP score consente una migliore valutazione prognostica in quanto riduce la quota di concordanza casuale
- D-PaP score potrebbe quindi essere uno strumento utile in grado di supportare il geriatra in una corretta **pianificazione del percorso di cura alla dimissione**