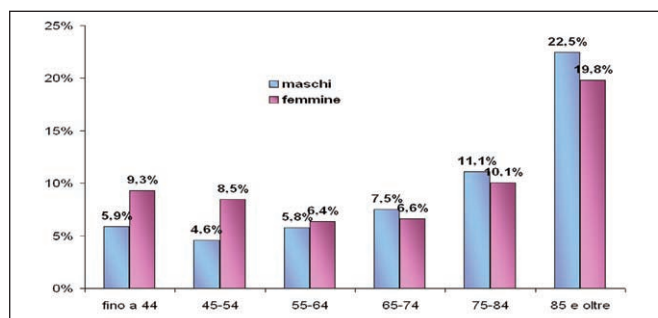


Figura 7: mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco per genere e fasce di età.



Conclusioni

Alcune considerazioni possono essere tratte da questa analisi puramente descrittiva:

- Lo scompenso cardiaco è un problema estremamente rilevante per la sua diffusione, per il suo trend in aumento e per l'impatto sui servizi sanitari;
- I pazienti con scompenso cardiaco presentano un'età anziana, con importanti implicazioni di carattere assistenziale sanitario e sociale;
- Pur in presenza di politiche di contenimento dell'uso dell'ospedale, il tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco è in aumento. Questo può essere l'espressione sia di un miglioramento della prognosi quoad vitam di questi soggetti, ma anche di un'aumentata incidenza legata all'aumento dei fattori di rischio per scompenso cardiaco.
- L'aumento delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco può essere visto in qualche modo anche come il frutto dei miglioramenti delle cure cardiologiche in generale ed in particolare per la cardiopatia ischemica. Infatti la mortalità per infarto acuto del miocardio è nettamente ridotta negli ultimi anni, a fronte invece di un lieve incremento nel numero di eventi (al netto dei nuovi criteri diagnostici per infarto introdotti nel 2000). Aumentano pertanto i soggetti che sopravvivono con una cardiopatia ischemica e che rappresentano una popolazione a rischio particolarmente elevato di sviluppare scompenso cardiaco.
- In ogni caso, se anche il tasso standardizzato di ospedalizzazione fosse invariato, il progressivo invecchiamento della popolazione comporterà comunque un aumento nel numero assoluto di soggetti affetti da scompenso cardiaco, con la necessità di adeguare opportunamente le risposte del Servizio Sanitario.

Una nota finale sui limiti di questa analisi

Pur essendo interessanti e consistenti con quanto noto, i dati suesposti risentono di un vizio originale: la mancanza di valutazione della loro accuratezza. Nel caso specifico dello scompenso cardiaco tale problema assume particolare rilievo in quanto si tratta di una diagnosi basata essenzialmente sulla clinica, dai contorni spesso sfumati soprattutto per i casi borderline che sono estremamente frequenti trattandosi per la maggior parte di soggetti anziani affetti da pluripatologie, molto spesso anche di carattere respiratorio. È pertanto evidente come il grado di soggettività in questo ambito sia particolarmente elevato, rendendo la diagnosi di scompenso cardiaco fortemente legata al comportamento dell'operatore sanitario. Non ultimo, considerando che le schede di dimissione ospedaliera sono dati con finalità di tipo amministrativo, non sono escludibili comportamenti di tipo opportunistico, molto più nello scompenso cardiaco che in altre condizioni più facilmente obiettabili.

Per tutti questi motivi e per la rilevanza in termini assistenziali del problema, il SER sta conducendo uno studio

sull'epidemiologia, i percorsi assistenziali e gli esiti dello scompenso cardiaco basato su una validazione della documentazione clinica esistente secondo criteri standardizzati. Il punto di partenza è costituito dai grandi database correnti (schede di dimissione ospedaliera, schede di morte, prescrizioni farmaceutiche), il valore aggiunto è la validazione dei dati correnti e la contestuale raccolta di una serie di informazioni ad hoc non disponibili routinariamente.

INFEZIONI NELLE STRUTTURE REDIDENZIALI

Uno studio di prevalenza nelle strutture residenziali per anziani

CRRC-SER

In diversi paesi del Nord Europa e negli Stati Uniti da circa un ventennio ci si è cominciati ad interessare estesamente della prevenzione e del controllo delle infezioni all'interno delle strutture residenziali per anziani. Casi sporadici e piccoli focolai epidemici all'interno di tali strutture possono infatti avere un impatto molto serio sulla salute dei residenti. Si tratta di persone con una generale riduzione delle difese immunitarie dovuta sia a motivi fisiologici che terapeutici (trattamenti farmacologici a lungo termine). Inoltre il loro rischio di infezione risulta aumentato dal sempre più frequente ricorso a dispositivi medici (fra gli altri catetere vescicale e PEG), e da possibili difficoltà nell'isolare gli individui infetti dal resto della comunità ospite. Anche in Italia l'aumento della popolazione anziana e la tendenza alla riduzione dei tempi di degenza negli ospedali hanno determinato nel tempo una crescente carico assistenziale nelle strutture extraospedaliere.

Ne deriva che le residenze socio assistenziali per anziani rappresentano oggi una realtà molto presente sul territorio, tanto da attirare l'attenzione anche nell'ambito delle strategie preventive di sanità pubblica. Una di queste riguarda sicuramente l'importanza di definire delle linee guida di comportamento e controllo delle infezioni rivolto al personale addetto all'assistenza. Il rischio di infezioni correlate a pratiche assistenziali nelle strutture residenziali per anziani viene considerato nella letteratura internazionale sostanzialmente sovrapponibile a quello rilevato in ambito ospedaliero. In Italia non esistono molte indagini a riguardo, tuttavia recentemente sono state intraprese interessanti iniziative; sono già disponibili i risultati delle esperienze attuate dall'Azienda Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna nel 2002 e dalla ASS 4 "Medio Friuli" nel 2003.

Descrizione sintetica del Progetto

Il progetto è finanziato dalla Fondazione CARIVERONA mentre l'implementazione è stata affidata al SER, il quale ha operato con il supporto di direzioni, medici e operatori sanitari delle strutture partecipanti. Scopo generale del progetto è contribuire a migliorare l'assistenza socio-sanitaria nelle strutture residenziali attraverso il monitoraggio ed il controllo delle infezioni complicanti le pratiche assistenziali. Al tal fine si è ritenuto utile valutare le reali dimensioni del problema attraverso uno studio di prevalenza condotto con uno strumento di rilevazione pratico e funzionale, con la contemporanea individuazione di fattori di rischio legati all'ospite ed alle pratiche assistenziali.

Il progetto prevede anche una seconda fase con l'attivazio-

ne di percorsi formativi specifici per il personale assistenziale delle strutture coinvolte ed in particolare la stesura di un manuale dal titolo "Guida alle principali misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate alla pratica assistenziale". La prima fase del progetto ha coinvolto tre strutture residenziali situate nelle province di Vicenza e Verona: la Casa di Riposo Fondazione Marzotto di Valdagno, la Casa di Riposo Don B. Mussolin di San Bonifacio, e la Residenza per anziani Papa Luciani di Altavilla Vicentina. In due delle strutture è presente un nucleo RSA, e nella terza un centro Alzheimer.

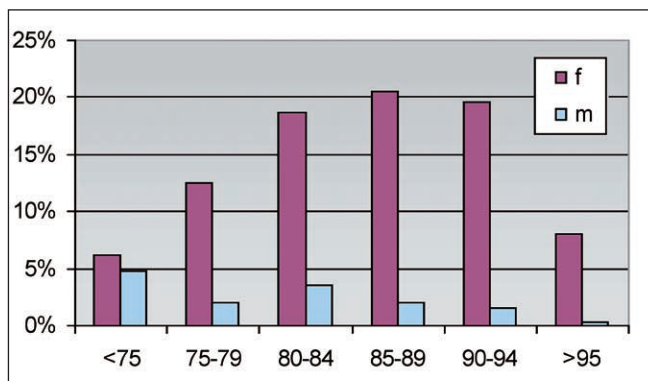
Materiali e metodi

L'indagine ha riguardato nel complesso 340 degenti, di cui 252 (74%) non autosufficienti e 88 (26%) parzialmente autosufficienti. La rilevazione è avvenuta, per ogni singola struttura, nel corso di 2-3 giorni consecutivi (27-28-29 settembre, 3-4 e 11-12 ottobre 2005). Sono state considerate infezioni ematiche, gastroenteriche, cutanee, urinarie, respiratorie, episodi febbrili ad eziologia sconosciuta, infezioni dell'occhio, dell'orecchio e del cavo orale: per la loro rilevazione è stata utilizzata una scheda apposita basata su esperienze condotte in altri studi simili. La diagnosi di infezione in atto prende in considerazione i criteri stabiliti dall'APIC (American Practitioner in Infection Control) che valutano la presenza contemporanea di fattori obiettivamente rilevabili, senza bisogno di conferme di laboratorio (Am J Infect Control 1991;19:1-7). Sono state inoltre registrate per ogni ospite alcune informazioni aggiuntive considerate interessanti ai fini dello studio. Si tratta di caratteristiche demografiche (età, sesso); informazioni relative alla provenienza dell'ospite (altro istituto, ospedale o domicilio); data di ingresso nella struttura; grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana; stato cognitivo individuale e presenza di patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco, esiti di ictus, demenza, neuropatia periferica, altre neuropatie, neoplasia, vasculopatia periferica, ulcera vascolare, epatopatia, BPCO, nefropatia); specifiche terapie in atto, vie di somministrazione e dosaggio (antibiotici, antifungini, antivirali, sedativo-ipnotici e cortisonici); ricoveri / interventi chirurgici nei dodici mesi precedenti al giorno della rilevazione; caratteristiche del profilo assistenziale nel corso del giorno di rilevazione (presenza di pannolone, di mezzi di contenzione; dispositivi medici/procedure invasive applicate, ad esempio sondino nasogastrico, PEG, catetere vescicale). L'autonomia nelle attività di vita quotidiana è stata valutata mediante l'indice ADL (Activity of Daily Living Score), che valuta le capacità funzionali elementari dell'individuo ovvero vestirsi, andare in bagno, spostarsi, alimentarsi, lavarsi ed il grado di continenza. Lo stato cognitivo quando possibile è stato invece valutato mediante lo Short Portable Mental Status Questionnaire. La rilevazione è stata condotta da medici del SER in collaborazione con personale infermieristico e medico delle strutture coinvolte. Per la raccolta delle informazioni ci si è avvalsi di tutta la documentazione sanitaria e assistenziale disponibile. I referenti di ciascuna struttura hanno partecipato ad un incontro iniziale nel corso dei quali è stato presentato il rationale dello studio; prima dell'inizio dell'indagine è stata condotta in ogni struttura una simulazione per valutare possibili aspetti critici della scheda di rilevazione adottata.

Risultati

Sono state considerati in totale 340 ospiti, 86% donne e 14% uomini. La maggioranza dei residenti ha almeno 85 anni.

Fig.1: Popolazione dello studio per classi di età e sesso.



In gran parte dei casi i soggetti provengono dal proprio domicilio e sono ospiti della struttura da almeno due anni.

Fig. 2 : Popolazione suddivisa per provenienza al momento dell'entrata nella struttura residenziale.

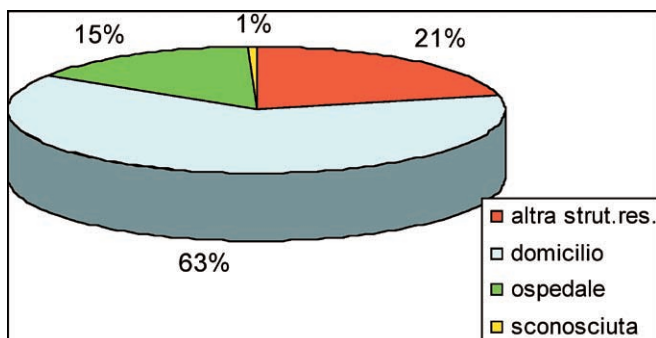
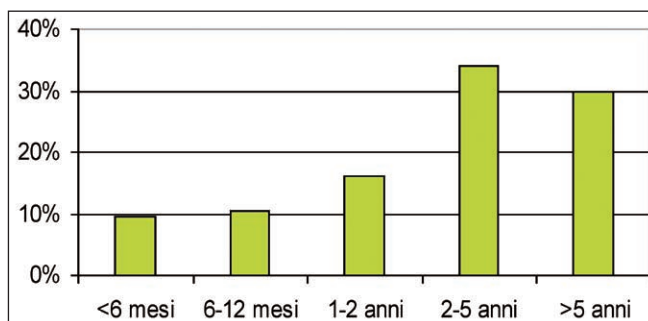
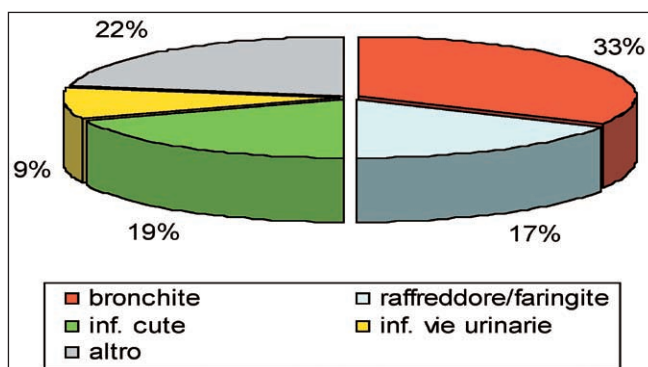


Fig. 3 : Popolazione suddivisa per durata di residenza nella struttura.



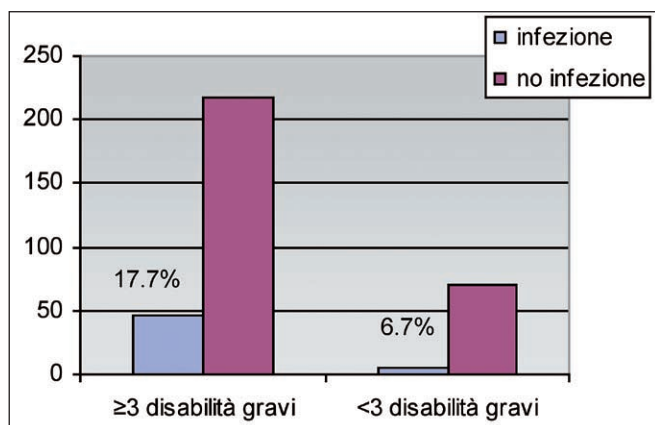
In complesso sono stati diagnosticati 58 casi di infezione (in 52 ospiti), per un tasso di prevalenza pari al 15,3%: la prevalenza di infezione nelle strutture residenziali si colloca nel range riportato in letteratura. In circa un terzo dei casi si tratta di bronchiti o tracheobronchiti. Considerando anche le faringiti e le sindromi da raffreddamento le infezioni a carico dell'apparato respiratorio raggiungono il 50% delle infezioni. Seguono le infezioni cutanee e quelle a carico delle vie urinarie.

Fig.4 : Infezioni rilevate nel corso dell'indagine suddivise per tipologia.



In generale si è notata un'associazione significativa fra presenza di infezione e grado di disabilità nell'ospite.

Fig.5: associazione fra grado di autonomia individuale (espresso dall' ADL-score) e presenza di infezione in atto.



Conclusioni

Si tratta dei primi dati pubblicati in Veneto sulla prevalenza delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani.

Pur non essendo possibile considerare il campione analizzato rappresentativo della regione appare evidente la rilevanza del problema; la prospettiva è oggi quella di estendere lo studio ad altre strutture, sviluppando allo stesso tempo attività di formazione per il personale.

Va inoltre considerata la possibilità di utilizzare altri strumenti per indagare tale ambito, ad esempio sfruttando le informazioni ottenibili da archivi delle microbiologie, schede di dimissione ospedaliera, e flusso regionale della residenzialità.

TUMORI CARDIACI

*Epidemiologia dei tumori primitivi del cuore
1970-2004*

**Registro Regionale Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare
Regione Veneto Azienda Ospedaliera di Padova
Servizio di Patologia Cardiovascolare
Istituto di Anatomia Patologica
Direttore: Prof. Gaetano Thiene**

I tumori cardiaci sono una malattia rara. La loro precisa incidenza nella popolazione non è nota.

Sono disponibili solo dati su serie autoptiche. Grossolanamente si può affermare che la prevalenza autoptica di neoplasie cardiache primitive è di circa 1 ogni 1000 autopsie, mentre quella dei tumori secondari è 1 su 100 autopsie.

Riportiamo di seguito l'esperienza maturata in 35 anni consecutivi di attività chirurgica e patologica all'Università di Padova.

Dal punto di vista nosografico è opportuno seguire la distinzione fra tumori benigni e tumori maligni, differenziando cuore e pericardio. Tali criteri sono adottati anche nella classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Epidemiologia dei tumori del cuore 1970-2004 all'Università di Padova

Nell'intervallo di tempo dal 1970 al Dicembre 2004 sono stati studiati presso l'Istituto di Anatomia Patologica del

l'Università di Padova 210 tumori primitivi del cuore e del pericardio, di cui 187 biotipici (89%) e 23 autoptici (11%) (Fig. 1). Solo 3 osservazioni autoptiche sono state effettuate dopo il 1980, il che chiaramente riflette l'evoluzione diagnostica e terapeutica, a seguito dei progressi delle tecniche di imaging cardiaco e della cardiocirurgia.

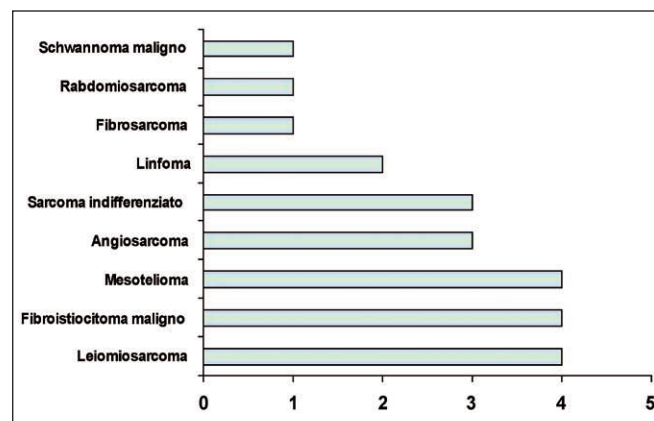
Complessivamente, dei 210 tumori cardiaci primitivi, solo 23 (11%) erano maligni e 187 (89%) benigni.

La popolazione di riferimento è per lo più la Regione Veneto.

Tumori maligni

Trattasi di 23 pazienti, 13 maschi e 10 femmine, di età compresa fra i 21 e 86 anni, media 51. Quattro erano osservazioni autoptiche e 19 biotipiche. Tutti sono deceduti entro 6 mesi dall'esordio, tranne una giovane donna di 21 anni con leiomiosarcoma dell'atrio sinistro, vivente a 25 mesi dall'intervento chirurgico di resezione seguito da chemioterapia adiuvante. La figura 1 riporta i vari istotipi di tumori cardiaci maligni riscontrati.

Figura 1: Tumori cardiaci maligni riscontrati per istotipo.



La sede primitiva della neoplasia era l'atrio sinistro in 8 (3 sarcomi indifferenziati, 2 fibroistiocitomi maligni, 1 leiomiomasarcoma, 1 rabdomiosarcoma, 1 schwannoma maligno), l'atrio destro in 7 (3 angiosarcomi, 2 linfomi B, 1 fibrosarcoma, e 1 fibroistiocitoma maligno), il ventricolo destro in 2 (1 leiomiomasarcoma, 1 fibroistiocitoma maligno), l'arteria polmonare in 2 (leiomiomasarcomi), il pericardio in 4 (tutti mesoteliomi maligni).

Tumori benigni

Sono stati studiati 187 tumori benigni, di cui 168 biotipici e 19 autoptici.

Trattasi di 77 pazienti maschi e 110 femmine, di età compresa da 1 giorno a 85 anni, media 47,5±22, mediana 52 anni. Nella figura 2 sono riportati i vari istotipi.

Figura 2: Tumori cardiaci benigni riscontrati per istotipo.

