



Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

IL CENTRO REGIONALE DI CONTROLLO DELLE MALATTIE (CRCM) DEL VENETO

Paolo Spolaore

La prevenzione e il controllo delle malattie a livello di popolazione costituisce oggi una delle priorità non solo delle politiche sanitarie ma anche delle politiche complessive di governo nel nostro come in altri Paesi.

Gli ambiti interessati riguardano sia le malattie cronico-degenerative che le malattie diffuse.

Le **malattie cronico-degenerative**, in particolare tumori e malattie cardiovascolari, impattano in modo rilevante e crescente, anche come effetto dell'invecchiamento, sulla salute della popolazione e sui costi dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali.

Le **malattie diffuse**, hanno da sempre rappresentato un rischio per la salute della popolazione, rischio tornato oggi particolarmente rilevante anche nei Paesi occidentali, in conseguenza tra l'altro della progressiva globalizzazione.

Le strategie di prevenzione e controllo delle malattie, adottate dai vari Paesi, rispondono alle diverse caratteristiche epidemiologiche delle rispettive popolazioni e riflettono inoltre i modelli organizzativi dei diversi sistemi sanitari; va però evidenziata l'esistenza di una caratteristica comune alle varie politiche di sanità pubblica, che riguarda in particolare la creazione e lo sviluppo di strumenti di coordinamento a supporto delle stesse, quali il Center of Diseases Control (CDC) negli Stati Uniti d'America e più recentemente il Centro Europeo di prevenzione e controllo delle malattie (ECDC).

Anche a livello nazionale con Legge 138 del 2004 è

stato recentemente istituito il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), con funzioni di coordinamento e promozione delle attività di prevenzione e controllo delle malattie a livello nazionale.

La nostra Regione ha da tempo programmato e implementato numerosi piani di prevenzione sia in ambito di sanità umana che in ambito di sanità animale, alcuni definiti ed attuati su scala esclusivamente locale, altri gestiti in raccordo con altre Regioni o con Strutture o Enti nazionali

A supporto di tali progetti operano, da tempo, numerose strutture tecniche sia a livello regionale, in particolare le Direzioni dell'Assessorato alle politiche sanitarie, le Agenzie regionali, gli Istituti o Centri di riferimento regionali, sia a livello locale, in particolare i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

La presenza di questa vasta gamma di Centri e Strutture, che operano nel contesto della prevenzione delle malattie a livello di popolazione, rappresenta una risorsa e pone nel contempo problemi di coordinamento e integrazione strategica ed operativa, in una ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività delle diverse strutture, sia in ambito regionale sia in ambito di rapporti tra la Regione e le istituzioni nazionali ed internazionali.

L'istituzione di un Centro Regionale di riferimento per la prevenzione ed il controllo delle malattie rappresenta una risposta a tale esigenza.

La Giunta Regionale del Veneto, pertanto, con D.G.R. n. 242 del 7 febbraio 2006, ha ritenuto opportuno costituire a livello regionale, in analogia con quanto attuato a livello nazionale, il Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CRCM), con compiti principalmente di:

- supporto tecnico alla programmazione regionale in ambito di prevenzione e controllo delle malattie;
- coordinamento ed integrazione dei diversi livelli tecnici che a vario titolo sono coinvolti nei piani attuativi di prevenzione e controllo delle malattie;
- raccordo con gli organismi e istituzioni nazionali e internazionali, in particolare con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM.

La composizione del Centro di riferimento regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CRCM) è così definita:

- Segretario Regionale alla Sanità e Sociale, che lo coordina
- Dirigente Regionale della Direzione per la Prevenzione
- Dirigente Regionale dell'Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare
- Direttore del SER, Servizio Epidemiologico Regionale

In questo numero:

- 1** • Il Centro Regionale di controllo delle malattie (CRCM) del Veneto
- 2** • Scopenso cardiaco
- 4** • Infezioni nelle strutture residenziali
- 6** • Tumori cardiaci
- 8** • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- Nei prossimi numeri

- un rappresentante del Veneto tra i membri del CCM nazionale
- un rappresentante del Dipartimento di Prevenzione per ogni provincia
- Direttore dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezia
- Direttore dell'Arpav

Inoltre, in qualità di invitati permanenti, due componenti della Medicina Convenzionata: uno per la Medicina Generale ed uno per la Pediatria di Libera Scelta.

La Giunta regionale, con proprio successivo provvedimento, su proposta del Coordinatore del CRCM, definirà i programmi del Centro di riferimento regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CRCM.

Si tratta, a nostro avviso, di uno strumento di grande rilevanza per favorire l'integrazione strategica fra i vari Enti che a vario titolo operano nell'ambito della Prevenzione delle malattie, al fine di promuovere l'adozione di obiettivi e politiche comuni e pertinenti rispetto alle priorità di sanità pubblica della nostra regione.

Un'altra ricaduta attesa dalla attuazione del CRCM riguarda il miglioramento della integrazione operativa tra le diverse strutture tecniche regionali e locali di supporto alle istituzioni, finalizzata alla implementazione di strategie regionali di sanità pubblica secondo criteri di efficienza operativa.

Credo si tratti di una sfida importante, prima di tutto sul piano culturale, per tutti i professionisti veneti di sanità pubblica dal cui esito, ne siamo convinti, potrebbe dipendere lo sviluppo ed il miglioramento delle attività di prevenzione e controllo delle malattie su scala regionale.

SCOMPENSO CARDIACO

L'ospedalizzazione per scompenso nella Regione Veneto dal 2000 al 2004

CRC-C-SER

Premessa

Lo scompenso cardiaco è una condizione estremamente diffusa con conseguenze rilevanti sul benessere soggettivo e sulla mortalità. La sua ricaduta sul Servizio Sanitario è notevole, in particolare sull'assistenza ospedaliera, necessaria di fronte ai casi più gravi, ma potenzialmente evitabile, almeno in parte, con una gestione accurata dei soggetti affetti da scompenso cardiaco cronico.

Poiché si tratta di una condizione destinata ad aumentare, un monitoraggio del burden legato alla malattia, dei percorsi assistenziali e degli esiti è essenziale per evidenziare possibili ambiti di miglioramento assistenziale.

L'assistenza al paziente con scompenso cardiaco viene erogata a vari livelli: medico di medicina generale, ambulatori specialistici, ricovero ospedaliero.

In questo articolo si descriverà la parte ospedaliera relativa allo scompenso cardiaco, sia perché ne rappresenta la parte più rilevante in termini di gravità del problema e di assorbimento di risorse, sia per la relativamente semplice fattibilità in relazione ai dati correnti disponibili.

Ci si soffermerà su indicatori complessivi di occorrenza dell'evento, riservando ad un secondo momento un'analisi più dettagliata delle caratteristiche cliniche, dei pattern assistenziali e degli esiti.

Materiali e metodi

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono ampia-

mente utilizzate per studi di epidemiologia assistenziale relativamente allo scompenso cardiaco, pur nella pressoché totale assenza di dati sull'accuratezza del dato SDO in questo ambito. I criteri di selezione applicati per identificare i ricoveri per scompenso cardiaco sono piuttosto vari e generano stime abbastanza differenti per quanto riguarda il burden della malattia. L'approccio forse più frequente si basa sul DRG 127, ma altri approcci prevedono l'utilizzo di pattern di codici di malattia (ICD-9-CM) variamente aggregati. Il criterio scelto in questo lavoro si basa sulla presenza in diagnosi principale dei codici elencati in tabella 1: ci pare che questo criterio rappresenti allo stato attuale il miglior compromesso fra sensibilità e specificità del metodo.

Tabella 1: criteri di identificazione dei ricoveri per scompenso cardiaco.

Codice ICD-9-CM	Descrizione
398.91	Scompenso cardiaco da febbre reumatica
402.x1	Cardiopatía ipertensiva con scompenso
404.x1	Cardionefropatia ipertensiva con scompenso
404.x3	Cardionefropatia ipertensiva con scompenso ed insufficienza renale
428	Scompenso cardiaco
785.50	Shock non specificato senza menzione di trauma
785.51	Shock cardiogeno

I ricoveri considerati sono quelli relativi ai residenti nella Regione Veneto dal 2000 al 2004, comprensivi della mobilità passiva.

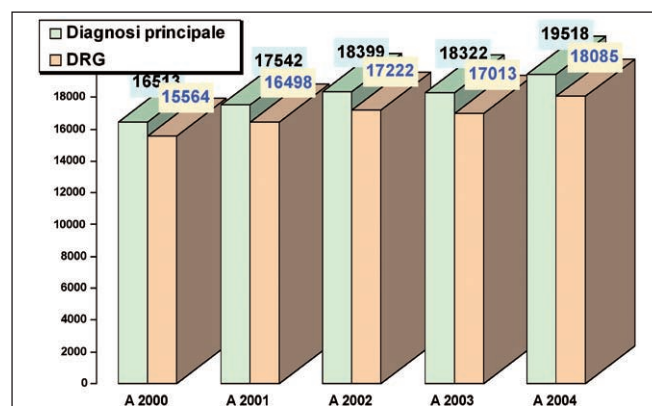
Verranno descritti i principali indicatori ricavabili dall'informazione contenuta nella SDO.

Risultati

Nei cinque anni considerati si sono registrati circa 90000 ricoveri per scompenso cardiaco.

La figura 1 mostra il trend annuale e le differenze tra l'approccio "diagnosi principale" e l'approccio DRG. Mediamente selezionando il DRG 127 si identifica una minore quota di ricoveri, pari al 6%.

Figura 1: numero di dimissioni con diagnosi principale di scompenso o con DRG 127 per anno nei residenti in Regione Veneto.



Lo scompenso cardiaco rappresenta in assoluto la terza causa di ospedalizzazione per numero di ricoveri (dopo quelli legati al parto e quelli per cataratta) e contende all'ictus il non invidiabile primato nel numero di giornate di degenza consumate.

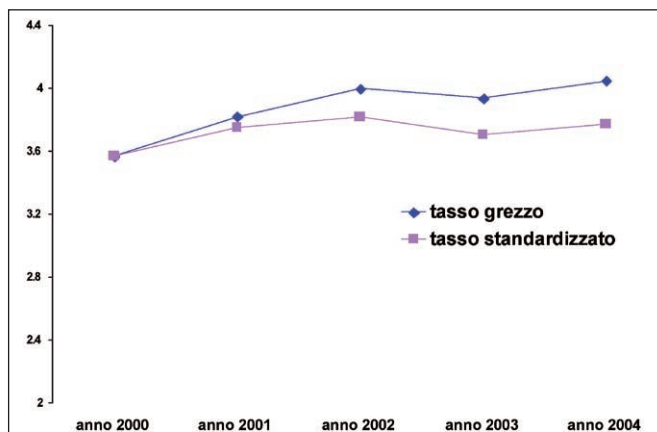
Dal 2000 al 2004 il numero di ricoveri è aumentato del

18% circa, andamento in controtendenza rispetto all'ospedalizzazione per tutte le cause che nello stesso periodo è calata di circa il 4%.

La figura 2 mostra il tasso grezzo di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per anno ed il tasso standardizzato per sesso ed età (standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 2000).

Parte dell'incremento nel tasso grezzo è giustificata dalle dinamiche demografiche, ma rimane una parte legata ad un reale incremento nel "burden" della malattia, come evidenziato dal concomitante aumento, anche se in misura inferiore, del tasso standardizzato.

Figura 2: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (grezzo e standardizzato, *1000 abitanti).



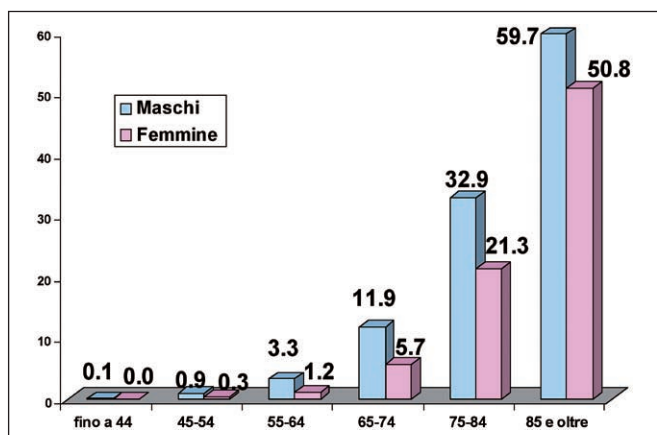
Lo scompenso cardiaco è fortemente legato all'età e al genere.

Si tratta di una condizione complessivamente rara in età giovanile ed invece molto frequente nell'età anziana.

Nei maschi lo scompenso cardiaco presenta una frequenza circa doppia rispetto alle femmine.

La netta preponderanza del sesso femminile nelle fasce di età più avanzate fa sì che oltre metà dei ricoveri per scompenso cardiaco (52%) avvenga in soggetti di sesso femminile.

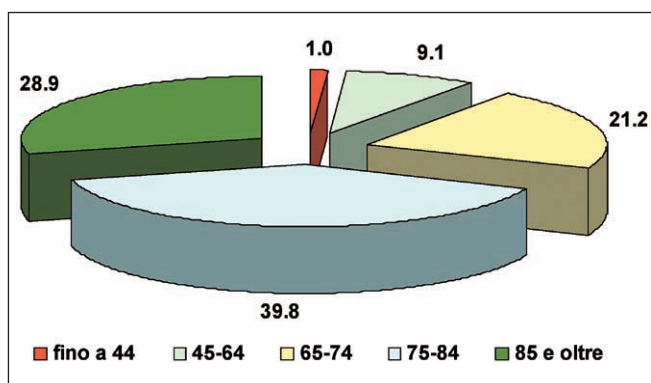
Figura 3: tasso di ospedalizzazione (*1000 abitanti) per genere e classe di età per scompenso cardiaco – media 2000 – 2004.



L'età media dei maschi ricoverati per scompenso cardiaco è circa 74 anni, mentre per le femmine è circa 80 anni. Quasi il 60% dei ricoveri per scompenso cardiaco avviene in soggetti con età pari o superiore a 75 anni.

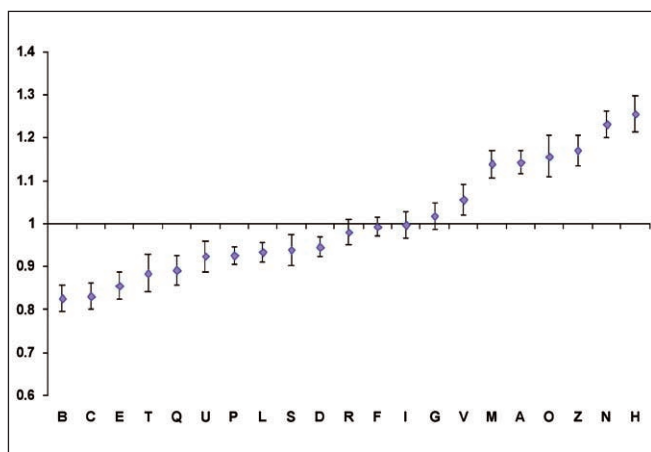
Nel periodo considerato l'età media dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco è aumentata di circa un anno (da 77,2 anni nel 2000 a 78,3 anni nel 2004).

Figura 4: distribuzione per fasce di età dei ricoveri per scompenso cardiaco (media 2000-2004).



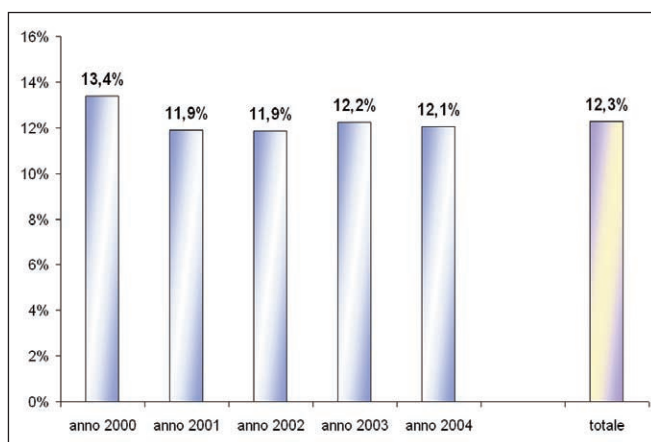
L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco per ASL di residenza appare abbastanza omogenea all'interno della nostra Regione, con piccolo margine di variabilità.

Figura 5: tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco per ASL – standardizzazione indiretta (osservati/attesi) per genere e classe di età – media 2000 – 2004.



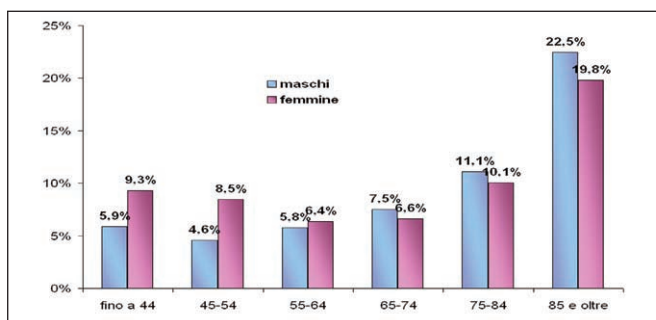
Lo scompenso cardiaco è una condizione patologica grave, tale da determinare una elevata mortalità intraospedaliera, sostanzialmente stabile nel periodo considerato (Figura 6).

Figura 6: Mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco per anno.



La mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco, come atteso, è fortemente legata all'età. Appare però non tracciabile la mortalità anche nelle fasce di età più giovani, ad indicare presumibilmente che lo sviluppo di scompenso cardiaco rappresenta il punto terminale ed avanzato di vari e differenti eventi morbosi (figura 7). Non sembrano emergere invece differenze importanti tra i generi.

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.

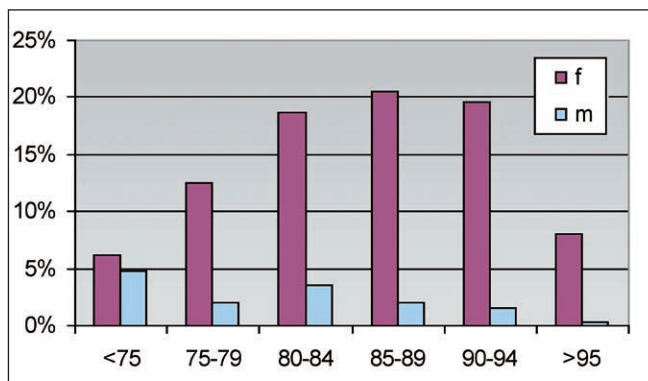
Materiali e metodi

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.

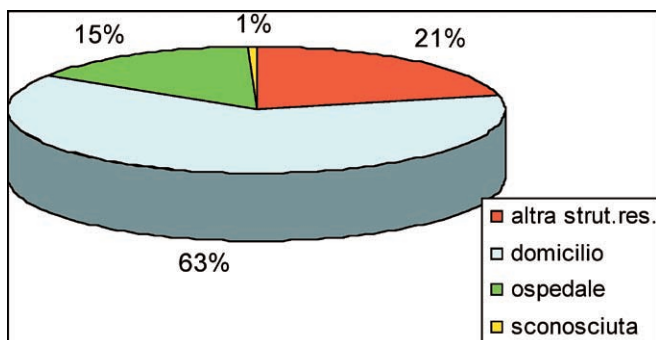
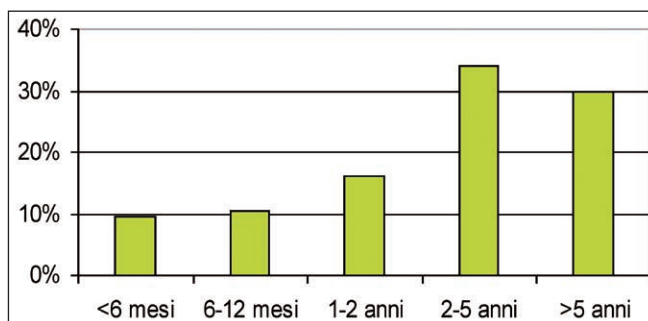
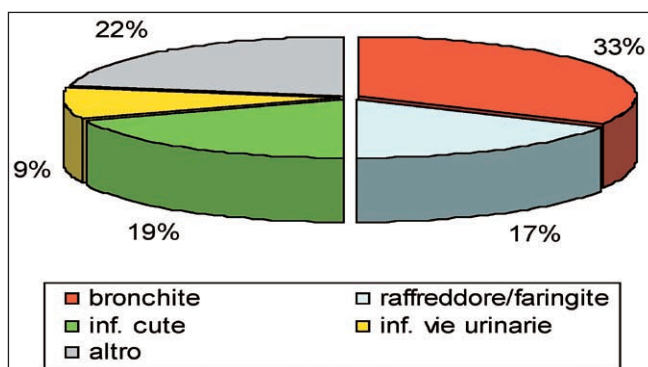


Fig. 3 : Popolazione suddivisa per durata di residenza nella struttura.



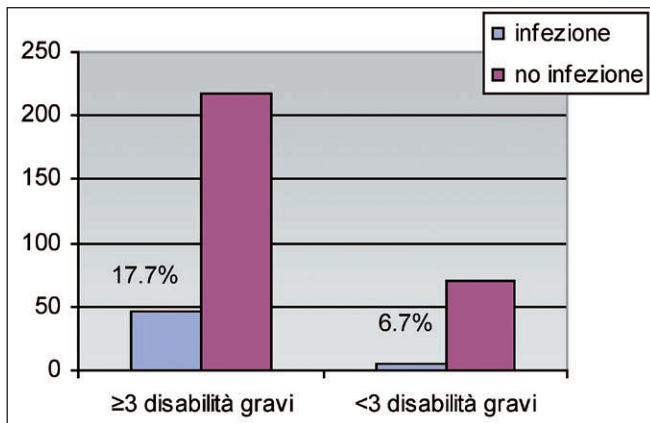
In complesso sono stati diagnosticati 58 casi di infezione (in 52 ospiti), per un tasso di prevalenza pari al 15,3%: la prevalenza di infezione nelle strutture residenziali si colloca nel range riportato in letteratura. In circa un terzo dei casi si tratta di bronchiti o tracheobronchiti. Considerando 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.

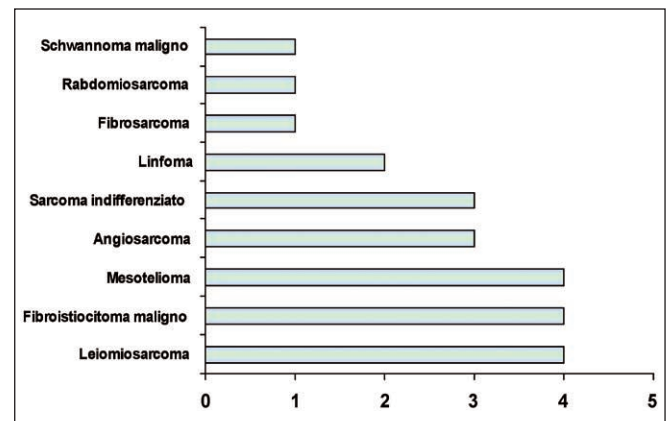
Complessivamente, dei 210 tumori cardiaci primitivi, solo 23 (11%) erano maligni e 187 (89%) benigni.

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.



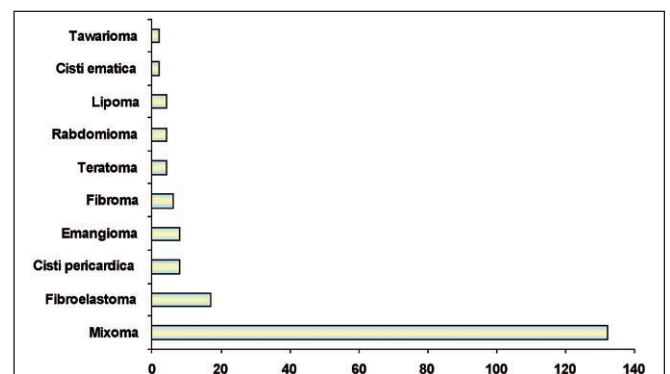
La sede primitiva della neoplasia era l'atrio sinistro in 8 (3 sarcomi indifferenziati, 2 fibroistiocitomi maligni, 1 leiomiosarcoma, 1 rabdomiosarcoma, 1 schwannoma maligno), l'atrio destro in 7 (3 angiosarcomi, 2 linfomi B, 1 fibrosarcoma, e 1 fibroistiocitoma maligno), il ventricolo destro in 2 (1 leiomiosarcoma, 1 fibroistiocitoma maligno), l'arteria polmonare in 2 (leiomiosarcomi), 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 $47,5 \pm 22$, mediana 52 anni. Nella figura 2 sono riportati i vari istotipi.

Figura 2: Tumori cardiaci benigni riscontrati per istotipo.



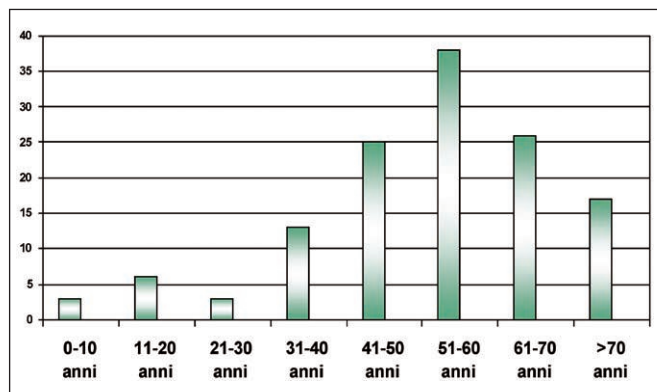
I **mixomi** erano complessivamente 132, di cui 121 biopatici e 11 autopatici.

Trattasi pertanto del 63% di tutti i tumori del cuore, e del 71% delle forme benigne.

Per quanto concerne le caratteristiche demografiche del mixoma, 82 (62%) erano femmine e 50 (38%) erano maschi, con un'età variabile da 2 a 85 anni (media $52,5 \pm 16,7$, mediana 55).

L'istogramma della figura 3, che riporta la distribuzione per decenni di età, mostra un picco di incidenza fra i 50 e 60 anni; solo 9 casi di mixoma sono stati osservati in età pediatrica (<18 anni).

Figura 3: distribuzione per classi di età dei mixomi del cuore.



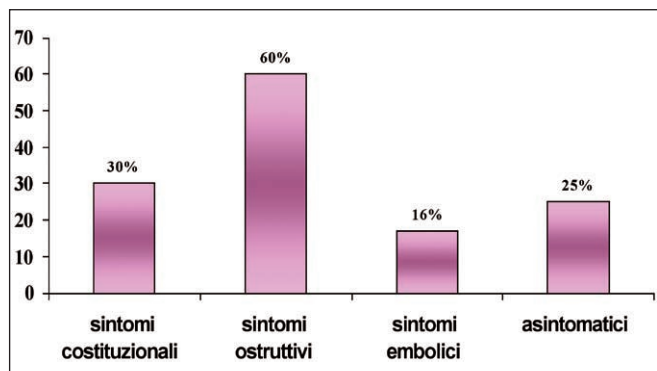
La sede era l'atrio sinistro in 107 casi (80%), l'atrio destro in 22 (17%), il ventricolo destro in 2 casi (2%) e il ventricolo sinistro in un solo caso (1%).

Nella nostra esperienza non si è mai riscontrato un mixoma a livello valvolare.

Il peso variava da 2 a 125 gr (media 38 ± 24) e la superficie era liscia nel 65% e villosa nel 35%.

Per quanto concerne la presentazione clinica del mixoma, segni e sintomi di ostruzione erano presenti in ben il 60% dei casi, seguiti da sintomi costituzionali nel 30%, da fenomeni embolici nel 16%, mentre ben il 25% dei pazienti non aveva presentato sintomo alcuno (mixomi silenziosi) e il reperto era occasionale all'ecocardiografia o più raramente all'autopsia (Fig.4).

Figura 4: presentazione clinica dei mixomi.



I **fibroelastomi** papillari rappresentano il secondo tumore benigno più frequente dopo i mixomi, essendo stati riscontrati in 17 casi (8% di tutti i tumori primitivi e 9% dei tumori benigni). Trattasi di 4 casi autopatici e 13 biopatici, in 9 femmine e 8 maschi di età variabile da 24 a 83 anni (media 58 ± 18 anni). La sede dei papillomi era costituita dall'endocardio valvolare in 12 casi (valvola aortica in 4, valvola mitrale in 3, valvola tricuspidale in 3 e valvola polmonare

in 2) e dall'endocardio murale in 5 (ventricolo sinistro e/o muscolo papillare in 3 e atrio sinistro in 2). In 8 casi la diagnosi era casuale all'autopsia o all'ecocardiografia, mentre nei rimanenti 9 pazienti la diagnosi era stata fatta in vivo a seguito della comparsa di sintomi di ischemia miocardica (4 casi) o dispnea (3 casi).

Emangiomi. Trattasi di 8 pazienti, 4 femmine e 4 maschi, di età variabile da 2 giorni a 73 anni, media 25 ± 30 anni, mediana 18. L'emangioma era intramurale in 2 (parete libera del ventricolo sinistro e setto interatriale, 1 caso rispettivamente) e endocavitario in 6 (atrio destro in 2, ventricolo destro in 2, atrio sinistro in 1, e valvola mitrale in 1). L'osservazione è stata incidentale all'autopsia in 1 solo caso, mentre nei rimanenti 7 si trattava di una diagnosi ecocardiografica (6 casi) o intraoperatoria (1 caso).

Fibromi. Si tratta di 6 pazienti, 4 femmine e 2 maschi, di età variabile da 1 mese a 40 anni (media 7 ± 16 anni, mediana 7 mesi). La sede del fibroma era il setto interventricolare in 3, la parete libera del ventricolo destro in 2, e la parete libera del ventricolo sinistro in 1. In 2 casi la enucleazione e resezione chirurgica non fu possibile e la terapia consistette nel trapianto di cuore.

Cisti ematiche. Furono masse riscontrate entrambe in infanti, in corrispondenza della valvola tricuspidale.

Teratomi. Trattasi di 4 pazienti, 1 maschio e 3 femmine, di età variabile da 1 mese a 35 anni (mediana 1 mese), esorditi tutti tranne uno con sintomi di scompenso cardiaco alla nascita e con reperto radiografico ed ecocardiografico di massa pericardica.

Rabdomiomi. Trattasi di 4 pazienti di età variabile da 7 giorni a 4 mesi (media 2 mesi), 2 femmine e 2 maschi. In tutti e 4 i casi il rabdomioma presentava una crescita endocavitaria con sintomi ostruttivi, a livello dell'efflusso ventricolare sinistro in 2 e dell'efflusso ventricolare destro in 2.

Lipomi. Trattasi di 4 casi. In 2, entrambi autopatici, maschio di 65 e femmina di 75 anni, si tratta in realtà più propriamente di una ipertrofia lipomatosa del setto interatriale. Gli altri due casi invece sono biopatici e consistono in lipomi a crescita endocavitaria, con localizzazione sulla valvola mitrale (maschio di 24 anni) e in atrio destro (donna di 85 anni), rispettivamente.

Tawariomi (Tumore cistico del nodo atrioventricolare). Erano due osservazioni su cuori provenienti rispettivamente da cardiectomia per trapianto cardiaco (cardiomiopatia dilatativa) e da autopsia per morte improvvisa.

Cisti pericardiche. Erano 8 casi, 6 maschi e 2 femmine, età variabile da 22 a 54 anni, media 10. Rappresentano pertanto nella nostra esperienza il terzo tumore cardiaco benigno più frequente dopo il mixoma e il fibroelastoma papillare.

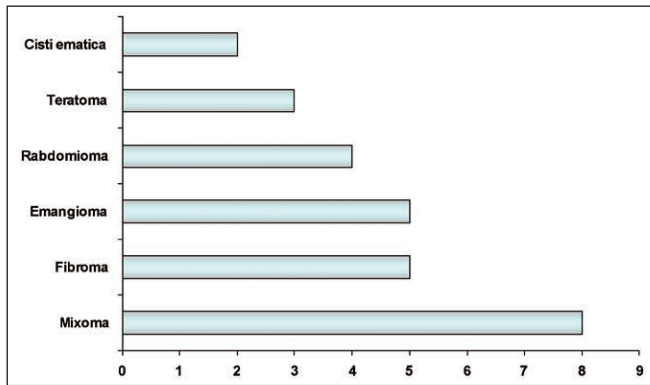
Tumori in età pediatrica

L'esperienza pediatrica (<18 anni) è limitata a 27 casi, di cui 12 femmine e 15 maschi, di età compresa da 1 giorno e 18 anni, media 51 mesi, mediana 4 mesi.

Si tratta di neoformazioni benigne: 8 erano mixomi, 5 fibromi, 5 emangiomi, 4 rabdomiomi, 3 teratomi del pericardio e

2 cisti ematiche (figura 5).

Figura 5: Tumori cardiaci in età pediatrica per istotipo.



Esperienza bioptica dei tumori primitivi del cuore e del pericardio

L'esperienza bioptica dei tumori primitivi del cuore consiste in 187 casi, di cui 19 maligni (9%) e 168 benigni (91%). In 172 casi si tratta di resezioni chirurgiche con toracotomia (di cui 3 cardiectomie).

In 6 casi (3%) la diagnosi è stata ottenuta tramite biopsia: endomiocardica in 2 casi (angiosarcoma dell'atrio destro e fibrosarcoma dell'atrio destro) o toracotomica in 4 casi (2 fibromi del ventricolo destro, 1 angioma del ventricolo sinistro e 1 schwannoma maligno dell'atrio sinistro).

Conclusioni

Questo contributo del Registro Regionale di Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare ha riguardato un aspetto peculiare della patologia cardiaca quale i tumori primitivi del cuore. Si tratta di un insieme di patologie rare che pongono problemi di inquadramento nosografico, di approccio diagnostico e terapeutico.

L'esperienza del nostro Registro si pone come utile supporto al processo di decisione clinica e in ogni caso, aldilà dello specifico campo dei tumori cardiaci, può costituire un interessante approccio metodologico nella valutazione delle neoplasie in generale o comunque in tutti i vari ambiti in cui il riscontro patologico contribuisce ad una corretta impostazione dell'atteggiamento terapeutico.

Notiziario bimestrale del CRR del SER Veneto anno II - numero VI - maggio 2006

Supplemento alla rivista **UisSalute8**
anno VIII - Luglio 2006

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin.

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore.

Coordinatori di Redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli.

Coordinatore Comitato Scientifico: Cesare Dal Palù.

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Luigi Bertinato, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Roberto Corrocher, Cesare Dal Palù, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Adriano Marcolongo, Giampietro Pellizzer, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Renzo Trivello, Massimo Valsecchi, Marcello Vettorazzi, Felice Vian.

Elaborazione grafica: Eleonora Dalmonte.

Stampa: Tipografia DE ROSE - Cosenza.

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Il prossimo 19 maggio il Sistema Epidemiologico Regionale organizza un convegno "Lo scompenso cardiaco nel Veneto: la dimensione del problema, la qualità della cura, gli esiti".

Lo scompenso cardiaco è un problema rilevante che impatta fortemente sullo stato di salute della popolazione con ricadute rilevanti sul Servizio Sanitario a tutti i livelli. A titolo di esempio basti citare come lo scompenso cardiaco rappresenti la terza causa in assoluto per numero di ricoveri ospedalieri e la prima causa per consumo di giornate di degenza. La prognosi dei soggetti colpiti da scompenso cardiaco è impegnativa: circa il 12% dei soggetti muore in ospedale, una elevata quota di soggetti ha condizioni di vita disagevoli. Il trend della malattia appare in aumento per vari motivi: il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza dei fattori di rischio per scompenso cardiaco, il miglioramento della prognosi di questi pazienti. Il convegno si propone pertanto come momento di discussione e di riflessione sugli aspetti epidemiologici e assistenziali dello scompenso cardiaco, con una presentazione delle linee-guida più recenti in tema di prevenzione, diagnosi, e trattamento dello scompenso e con la discussione dei risultati preliminari del progetto regionale sull'epidemiologia e sull'assistenza dello scompenso cardiaco nel Veneto. Il convegno è rivolto agli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di questi pazienti: medici e infermieri operanti nei reparti ospedalieri di Medicina Generale, Geriatria, Cardiologia, Medici di Medicina Generale, Medici deputati all'organizzazione dei servizi assistenziali (Direzioni di ASL, Direzioni Ospedaliere, Distretti Socio-Sanitari). La sede del convegno è a Verona, presso l'Aula Giorgio De Sandre - Ente Didattico Policlinico G. Rossi, piazzale L.A. Scuro 10. L'iscrizione al convegno è gratuita. E' stato richiesto l'accreditamento ECM.

Per informazioni rivolgersi alla [Segreteria Organizzativa](#) [Everywhere Travel](#) Tel 045 8004114 Fax 045 597347

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- La sorveglianza dell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco
- Indicatori di outcome in cardiocirurgia: bypass aorto-coronarico.
- Infezioni ospedaliere, gli ultimi risultati.
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni
sull'attività del S.E.R.
www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.ven.it