

ANI GIAN CARLO*
SSIGENOTERAPIA NEI PAZIENTI
-ACUTI : ESPERIENZA CON O₂ AL 93%»

ALISTA IN MEDICINA INTERNA –
R IN GIORNALISMO SCIENTIFICO

SABILE MEDICINA LUNGODEGENZA “VILLA IRIS”

lungodegenzavillairis.it - www.formazione-sanitaria.com/blog/

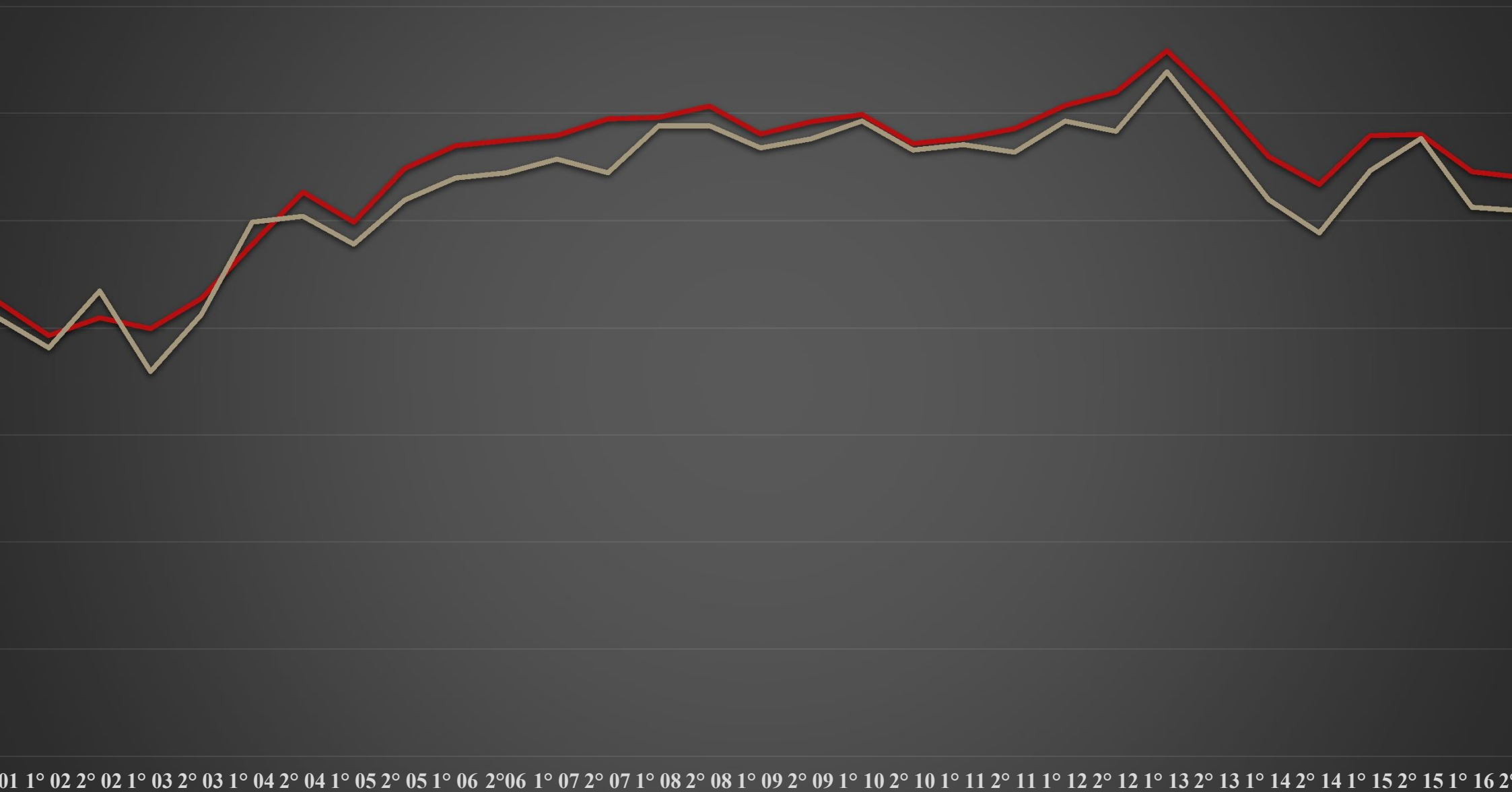
a, 23 Ottobre 2018





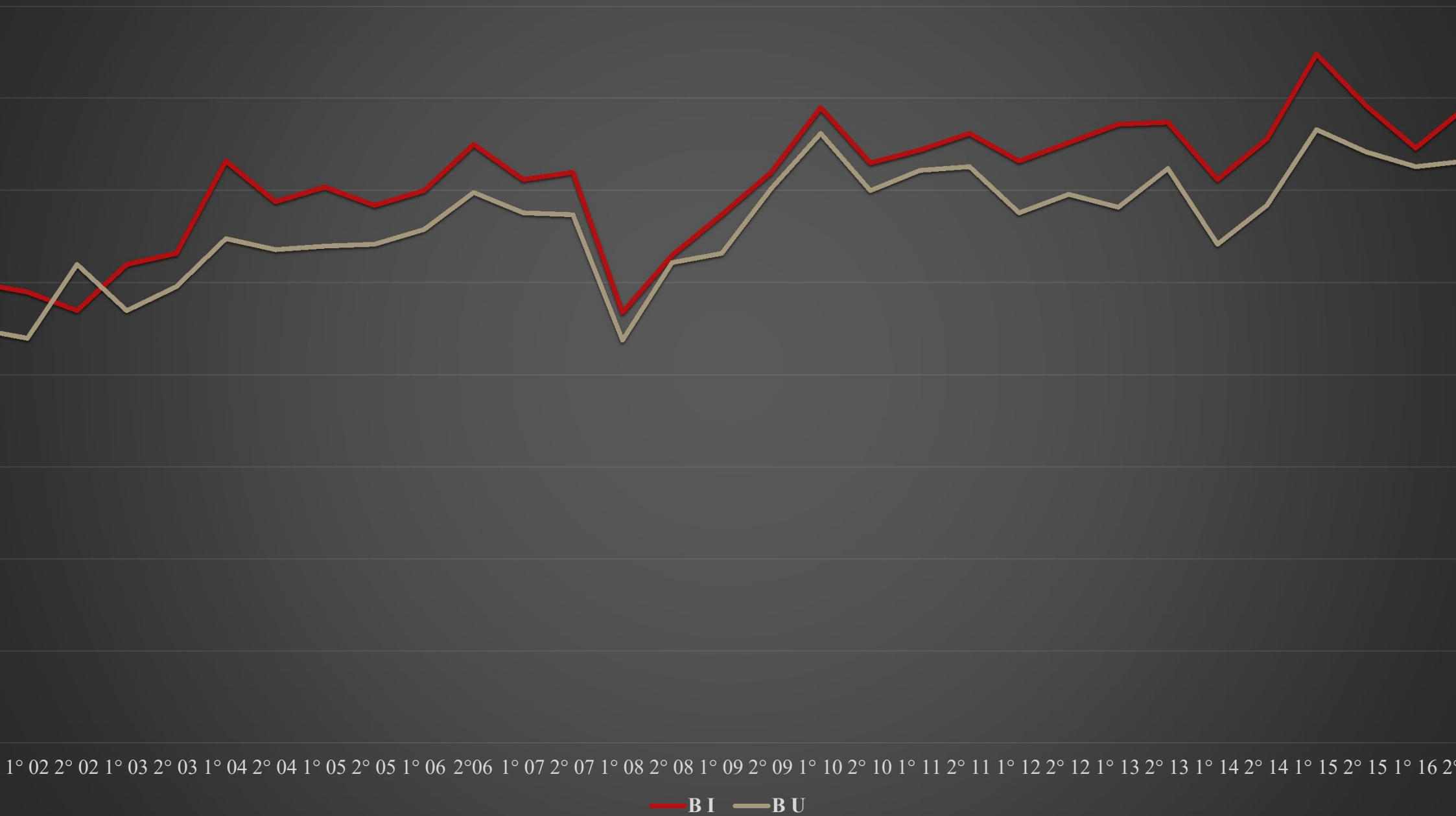
ARIA

Scala CIRS

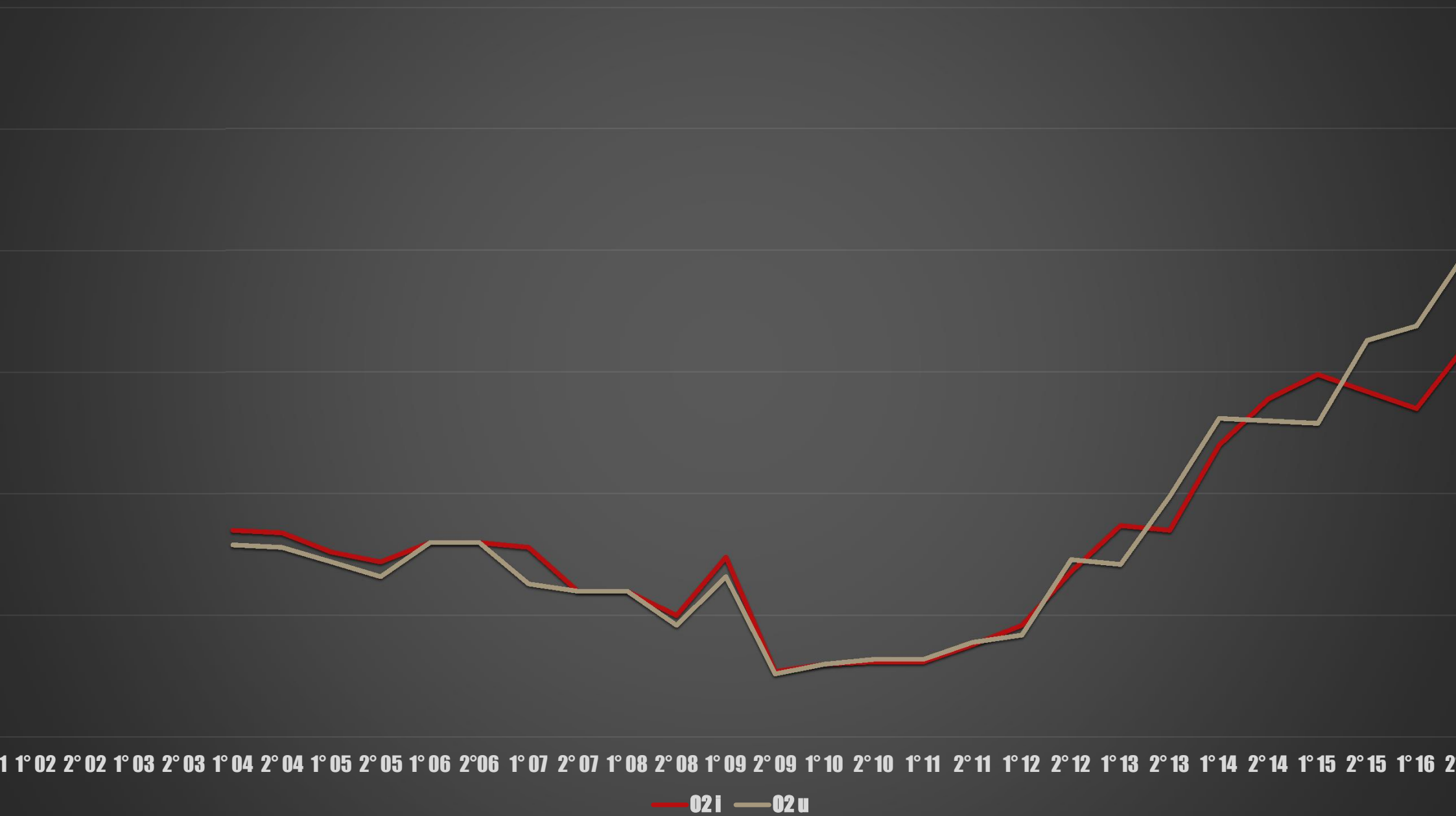


— CIRS 14 I — CIRS 14 U

Criteria Minori Scala DMI

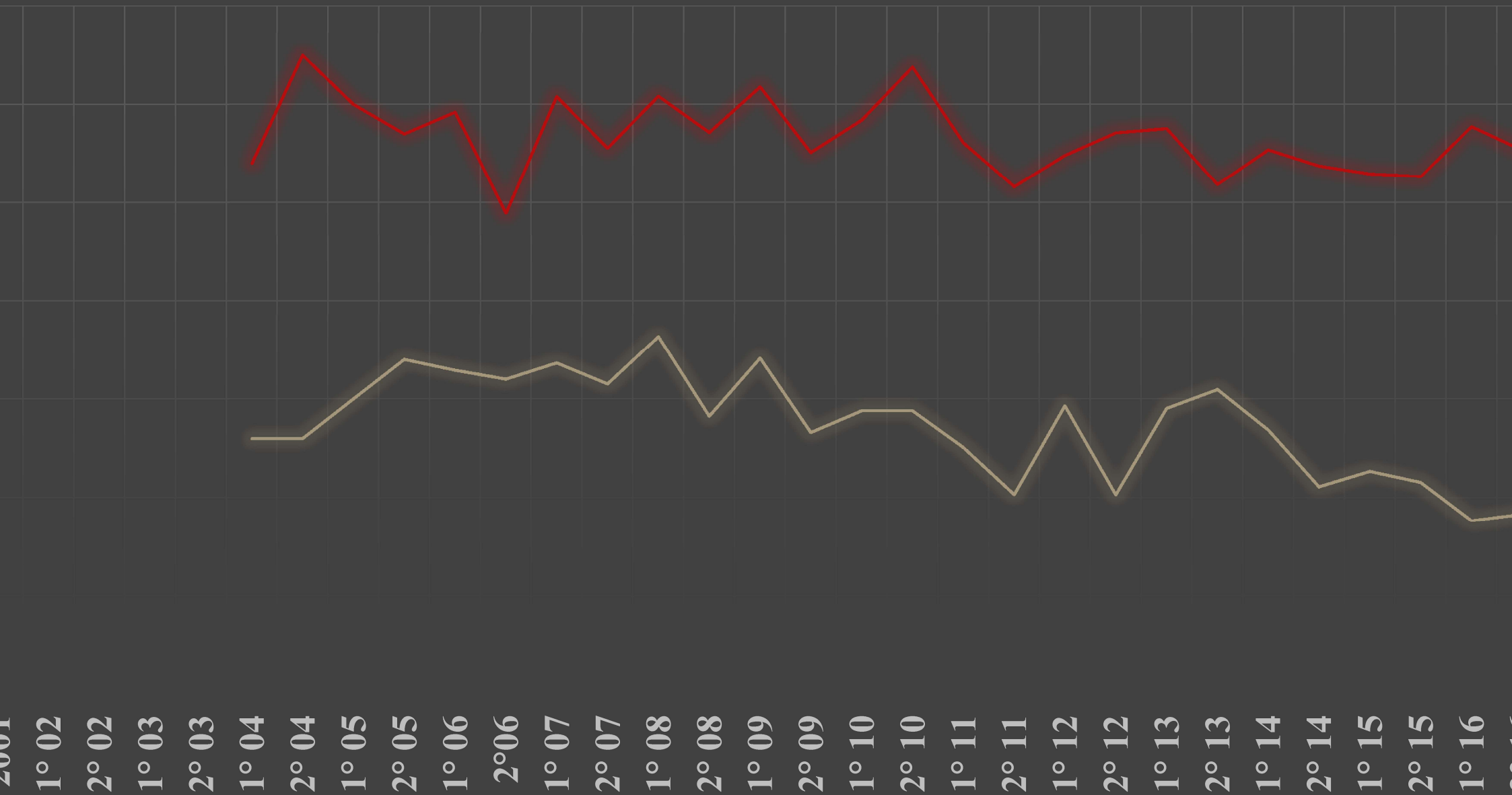


Ossigeno-Terapia



Abitazione/Familiari e/o Caregivers

— Soli — Fam/Careg



http://www.grg-bs.it/usr_files/letteratura/luoghi_cura3_2012.pdf

<http://www.lungodegenzavillairis.it/index.php/it/chi-siamo>

I luoghi della cura

Anno X - N. 3
Settembre 2012
TRIMESTRALE

3/2012



ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

I luoghi della cura

ANNO X - N. 3 - 2012

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Gualta, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppic.it

Area marketing & sviluppo

Carlo Bianchini, bianchini@gruppic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppic.it
Antonietta Garzonio, garzonio@gruppic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppic.it
Sito web: www.gruppic.com

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Finito di stampare nel mese di agosto 2012

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato

EDITORIALE

“Demenza: una priorità di salute pubblica”

Antonio Gualta, 4

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Training cognitivo e demenza di Alzheimer:
il ruolo della riserva cognitiva

Claudia Tomasi, Andrea Zangrossi, Susanna Bergamaschi,
Valeria Foschi, Maria Clara Raimondi, Massimo Guarneri,
Federico Pedrabissi, Daniele Villani, Sara Mondini, 6

SPUNTI DI DIBATTITO

È possibile prevenire la demenza?

Gianbattista Guerrini, 10

ESPERIENZE

Gli operatori socio sanitari nel lavoro di cura
con disabili psichici e relazionali

Oliviero Tochich, Monica Pedrazza, 16

La Medicina LungoDegenza: realtà assistenziale
o reparto specialistico per le patologie del Paziente Fragile?

Gian Carlo Giuliani, Laura Palazzi, 21

ssione:

base della V.M.D. utilizzata si apprende come i Pazienti arruolati e ricoverati in un Reparto di Medicina Degenza siano: prevalentemente **non autosufficienti per motivi medici**; con parziale ma statisticamente **significativo recupero dell'autosufficienza nel corso della degenza**; a grande **rischio di caduta**, rischio che diminuisce significativamente nel corso della degenza; discretamente **non autosufficienti all'ingresso**, con successivo parziale ma significativo miglioramento dell'autonomia funzionale; **portatori di discreta fragilità**, con progressivo successivo significativo miglioramento del compenso clinico; nonché **bisognosi di discreta assistenza infermieristica** che diminuisce quantitativamente in modo significativo nel corso della degenza. L'analisi degli **altri parametri valutati** ha altresì evidenziato la "fragilità" dei Pazienti ricoverati; un **elevato tasso di mortalità** in un contesto di pazienti di età molto avanzata, prevalentemente di sesso maschile e portatori di elevata comorbilità e patologie complesse; un **progressivo incremento delle problematiche sociali e familiari dei Pazienti**, problematiche che certamente possono, direttamente e indirettamente, aggravare anche il quadro clinico; il miglioramento generale delle **lesioni da decubito** presentatesi nel corso della degenza; la necessità di **continue verifiche degli eventi avversi** in una popolazione di soggetti fragili e a rischio clinico; **l'utilità di relazione con familiari e caregivers**, frequentemente ignari dei bisogni assistenziali dei Pazienti e delle opportunità gestionali degli stessi offerti dalle ASL e dalle Unità Valutative Geriatriche; l'importanza di valutare i **bisogni assistenziali** e non solo dei Pazienti; nonché l'utilità confermata dal ricorso a trattamenti riabilitativi (meglio identificabili con il termine di riattivazione), psicologi e logopedici in generale.

Conclusioni L'insieme di tutti i parametri ed indicatori valutati ha confermato l'esistenza di ampie quote di pazienti affetti da patologie invalidanti, identificabili prevalentemente come sub-acute o cronicamente labili, con esigenze di un elevato approccio sanitario ed assistenziale e la cui risoluzione/trattamento non può più essere di competenza dei reparti per acuti né tantomeno attribuibile alle RSA. **Certamente molti sono i problemi che non si risolvono e che continuano a mandare ancora questi reparti.** Infatti se la funzione di questa viene ormai identificata e valorizzata, dubbi e perplessità permangono invece nelle indicazioni nazionali (o regionali) per quanto riguarda: la **tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero** l'appropriatezza dei ricoveri evitando errati utilizzi ed invii da parte dei reparti ospedalieri di **Pazienti con esclusive problematiche sociali, familiari e non sanitarie** la cui risoluzione dovrebbe essere più di tipo assistenziale e non sanitario, né tantomeno di **Pazienti in stadio di terminalità molto avanzata**; il **peso da assegnare alle attività riabilitative all'interno della LungoDegenza per evitare conflitti e sovrapposizioni con le unità operative di Riabilitazione e Recupero Funzionale di I e II Livello**; la **incompatibilità fra la tariffa giornaliera stabilita per la LungoDegenza e gli standard di personale ipotizzati**; i **elevati costi di farmaci, parafarmaci e prestazioni sanitarie**, senza dimenticare di sottolineare come i costi della giornata di degenza in una lungodegenza ospedaliera possano essere quantificati in circa un quarto di quello delle unità operative per acuti; la **differenziazione (anche tariffaria) tra le varie Medicine LungoDegenza** considerando le significative differenze strutturali e di dotazioni strumentali e mediche tra le stesse, considerandole **“equiparati”** **Reparti dotati di limitate possibilità diagnostiche e terapeutiche** (limitate possibilità laboratoristiche e radiologiche, assenza di consulenze medico-specialistiche e di attività riabilitativa o

meno di riattivazione) con altri dotati anche di servizi normalmente assenti anche in molti Ospedali Pubblici (e - EcoColorDoppler – Servizio di Riattivazione e di Informazione rivolta ai Familiari, presenti, ad esempio, nella so is, come LungoDegenza)

Conclusioni, i nostri dati dimostrano come la lungodegenza post-acuzie possa svolgere un ruolo rilevante di cerniera tra i medici di medicina generale, geriatrica e specialistica per acuti e le realtà territoriali, permettendo così a molti reparti di medicina generale di recuperare la giusta dimensione nel trattamento dell'acuzie. Pensiamo inoltre di avere contribuito a creare un nuovo settore di intervento della Medicina Interna, da condividere ed integrare con la Geriatria: quello delle patologie croniche caratterizzate da elevata comorbilità e criticità, le cui linee di indirizzo generali sono da individuare nella gestione della non-autosufficienza, nel trattamento del dolore, nel potenziamento delle capacità residue dei Pazienti, nella prevenzione dei mezzi di contenzione, nell'utilizzo di riattivazione e mobilizzazione, nella cura delle lesioni da decubito, nella prevenzione della sindrome da allettamento, nel controllo della nutrizione e dell'idratazione, nel controllo degli eventi avversi (cadute, lesioni cutanee, danni iatrogeni, cateterizzazioni inadeguate ecc.), nel moderato uso dei farmaci, nella gestione olistica ed anche sociale dei Pazienti ricoverati e nel continuo confronto con i Familiari/Caregiver nonché con i servizi sociali ed il sistema di rete deputata all'assistenza ed alla cura del Paziente Anziano e Fragile sul territorio.



LA LUNGODEGENZA POST ACUZIE COME REALTÀ PUBBLICA ASSISTENZIALE NEL TERRITORIO DEL NORD SARDEGNA – ASL SASSARI

Uneddu A.¹, Orani T.²

1 U.O.C. Lungodegenza Post Acuzie Ospedale Civile "SS.ma Annunziata"; UU. OO. Lungodegenza Post Acuzie Presidi Ospedalieri di Ittiri e Thiesi ASL Sassari.

2 Università degli Studi di Sassari, Scuola di Specializzazione in Geriatria

<http://www.geriatricrivista.org/wp-content/uploads/2014/N.1%20Gennaio-Marzo%202014.pdf>

Riassunto: L'Unità operativa di Lungodegenza Post-Acuzie (LPA) è presente nella ASL di Sassari dal 2011, ad oggi unica struttura pubblica ed accreditata nel territorio del Nord Sardegna. A tale scopo, 62 letti della Medicina Interna sono stati convertiti all'uso di unità Post-Acuzie, con l'obiettivo di stabilizzare pazienti fragili a dimissione difficile provenienti dai reparti per acuti di area sia medica che chirurgica. Scopo del presente lavoro è quello di descrivere le principali metodologie assistenziali che il reparto fornisce e la tipologia dei pazienti assistiti. Tali dati sono stati confrontati con quelli di una analoga realtà di Post-Acuzie (Casa di Cura "Villa Iris" di Pianezza (TO)).

Parole chiave: Lungodegenza Post-Acuzie, Valutazione Multidimensionale, MPI index.

Non sono stati riscontrati in letteratura dati relativi ad attività della Lungodegenza in altre realtà Sarde. Pertanto, i pazienti della Lungodegenza Post-Acuzie della ASL Sassari sono stati messi a confronto con quelli della Lungodegenza della Casa di Cura "Villa Iris" di Pianezza, Torino, accreditata con la Regione Piemonte e certificata ISO 9001. Tale casa di cura, con 100 posti letto, è uno dei più grandi reparti di Lungodegenza Post-Acuzie del Piemonte e, verosimilmente, dell'intero territorio nazionale. Si dispone dei dati di Villa Iris relativi al periodo compreso tra il luglio 2007 e il luglio 2008 (9). Come si evince dalla Tab. 7, i pazienti ricoverati a Villa Iris, avevano un'età media di 80 anni, con lieve prevalenza del sesso femminile (F: 61%, M: 39%). Dai dati provenienti dalla VMD, i pazienti avevano un ADL medio di 11,88/18, SPMSQ medio di 4/10, punteggio medio della Scala di Norton (utilizzata per quantificare il rischio delle

ulcere da decubito) di 12,3/22, erano privi di supporto familiare (vivevano soli) nel 57% dei casi ed erano affetti da comorbidità (CIRS medio di 4,1/13). La degenza media era di 52 giorni, con indice di rotazione annuale dei pazienti (rapporto tra totale dei dimessi e posti letto presenti nella struttura) di 6,5. La mortalità intra-ricovero gravava sul 24% dei degenti. Fra i pazienti dimessi, il 52% di essi rientrava a domicilio, (nel 5% rientro a domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata ADI), mentre il 20% veniva trasferito in RSA.

Gli analoghi dati relativi alla LPA Sassari nell'anno 2013 descrivono pazienti con una età media di 78,2 anni, con lieve prevalenza del sesso femminile (F: 52%, M: 48%); i dati tratti dalla VMD confrontabili con quelli di Villa Iris sono SMPSQ (valore medio di 5,7/10) e CIRS (valore medio di 3,8/13). I pazienti della LPA Sassari vivevano da soli nel 20% dei casi. La degenza media era di 28 giorni, con indice di rotazione annuale dei pazienti di 10,8. La mortalità intra-ricovero gravava sul 23% dei degenti. Fra i pazienti dimessi, il 64% di essi rientrava a domicilio, (nel 9% rientro a domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata ADI), mentre il 13% veniva trasferito in RSA.

Analisi del problema “dimissioni difficili” nell’Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma

Luciana Meschi, Enrico Fiaccadori*, Silvia Cocconi, Giuditta Adorni, Erminia Ridolo, Nicoletta Stefani, Gianfrancesco Schianchi, Almerico Novarini, Gianbattista Spagnoli, Caterina Caminiti**, Monica Pini**, Loris Borg...**

We analyzed, in a middle-sized hospital, the problems related to the so-called “difficult discharges”, conceived as situations involving an economic, human and organizational burden exceeding patients’ and their families’ capacities and requiring a specific involvement of territorial services.

During a whole year (July 1, 2001-June 30, 2002) the cases found were 591.

We demonstrated that the problem concerns mainly elderly patients, almost equally distributed between males and females, a quarter of the sample being represented by patients who had recently undergone surgery and whose discharge difficulties were mostly related to mixed social and sanitary problems. This kind of patients is faced with long-term hospitalization implicating a large number of intra-hospital transfers due to the presence of severe and disabling pathologies, mainly neoplasms and strokes, often associated with other serious diseases, various complications and difficult situations from the health point of view.

About half of the patients had the possibility to go back home, while the rest required lodging in territorial structures such as nursing homes and retirement homes.

The average time-lapse between the possible discharge indicated by the hospital physician and the actual discharge was 10 days, with global annual 6106 days of “improper” hospitalization.

Our conclusion is that the phenomenon of difficult discharges is nowadays a very topical problem and that it should be faced with a new model of continuous and integrated assistance organization.

Ann Ital Med Int 2004; 19: 109-117)

Key words: Continuous assistance; Difficult discharges; Frail elderly; Integrated assistance; Multiple internal medicine diseases; Prolonged hospitalization.

OSSERVAZIONI

ossigeno-terapia è Marker di Fragilità'?

ossigeno-terapia è Elemento Prognostico
prevedibile?

ossigeno-terapia è di Competenza solo
Pneumologica e delle Patologie Respiratorie?

ossigeno-terapia è Indice di Comorbilità?

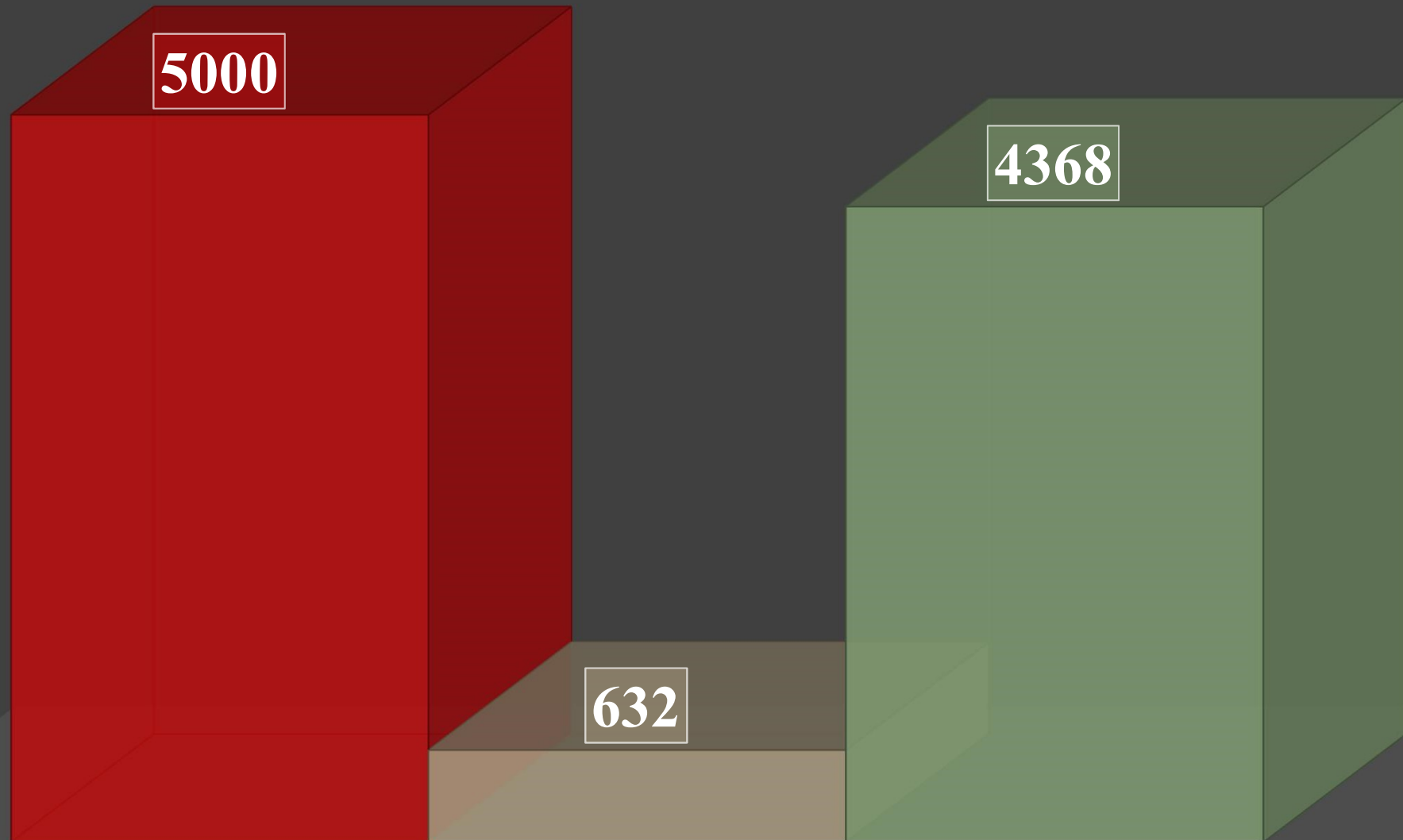
ossigeno-terapia è Sinonimo di Complessità?

ossigeno-terapia è Parametro di Carico
esistenziale?

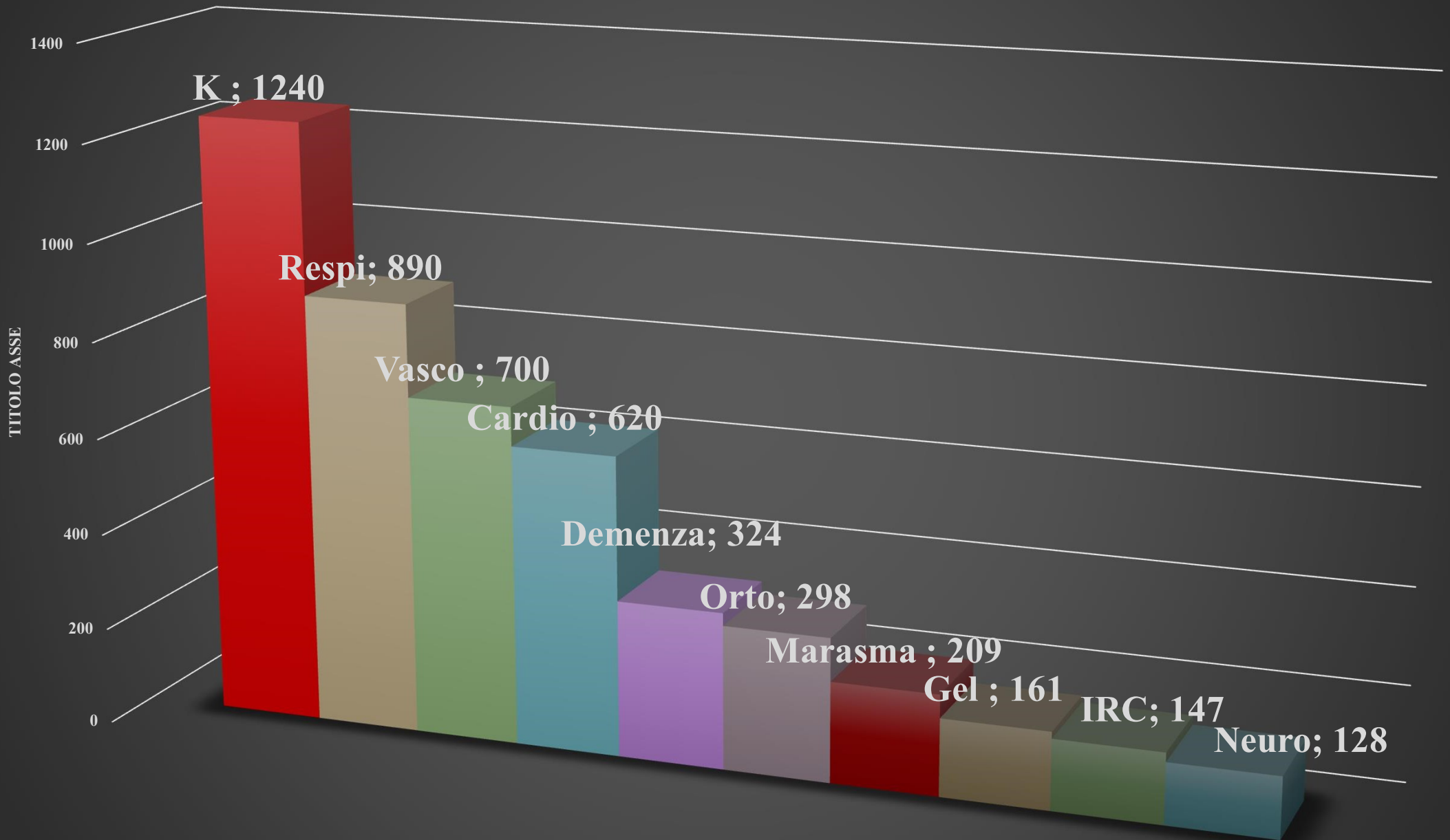


PAZIENTI ARRUOLATI (DATI INGRESSO)

■ Totale ■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T

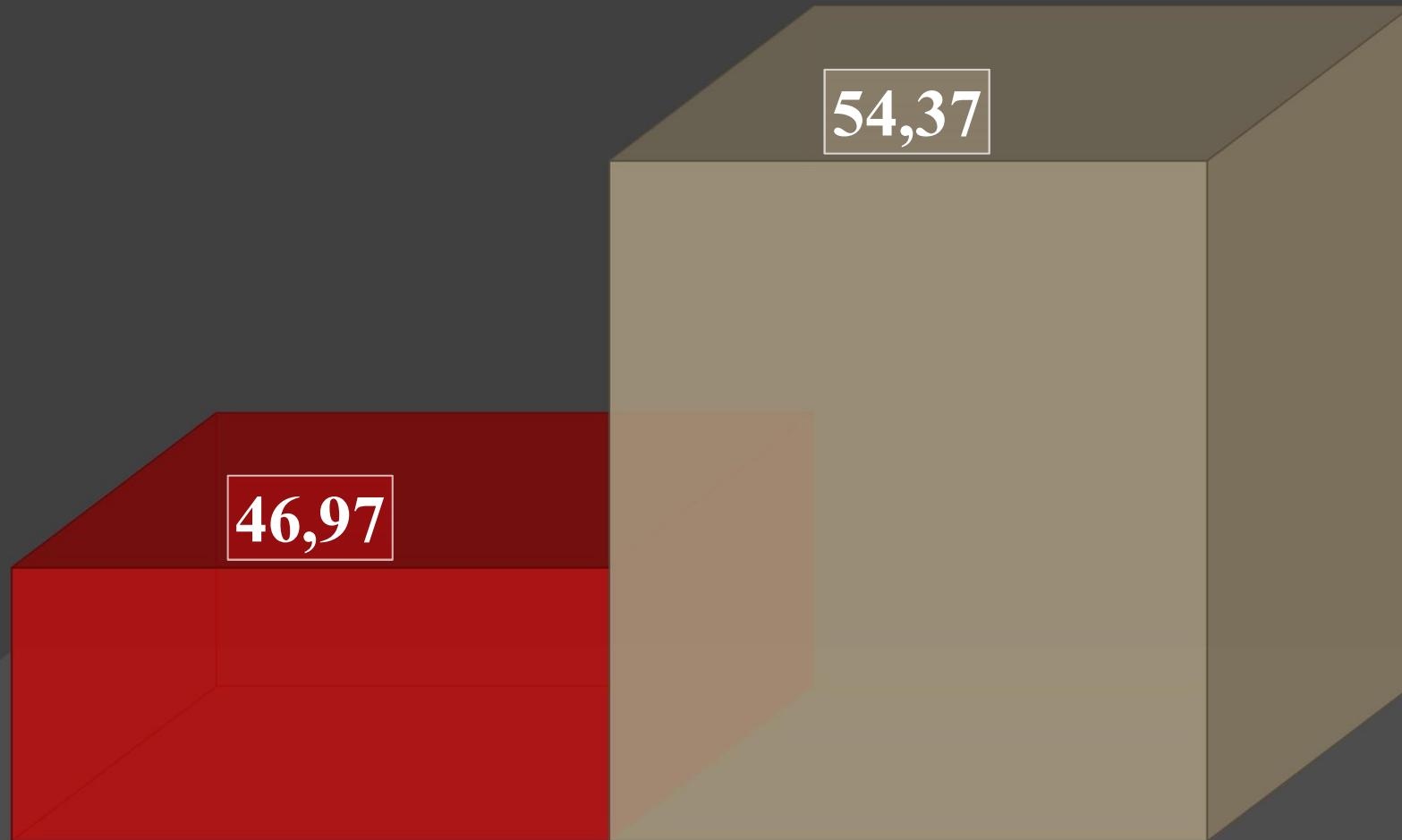


Casistica Generale



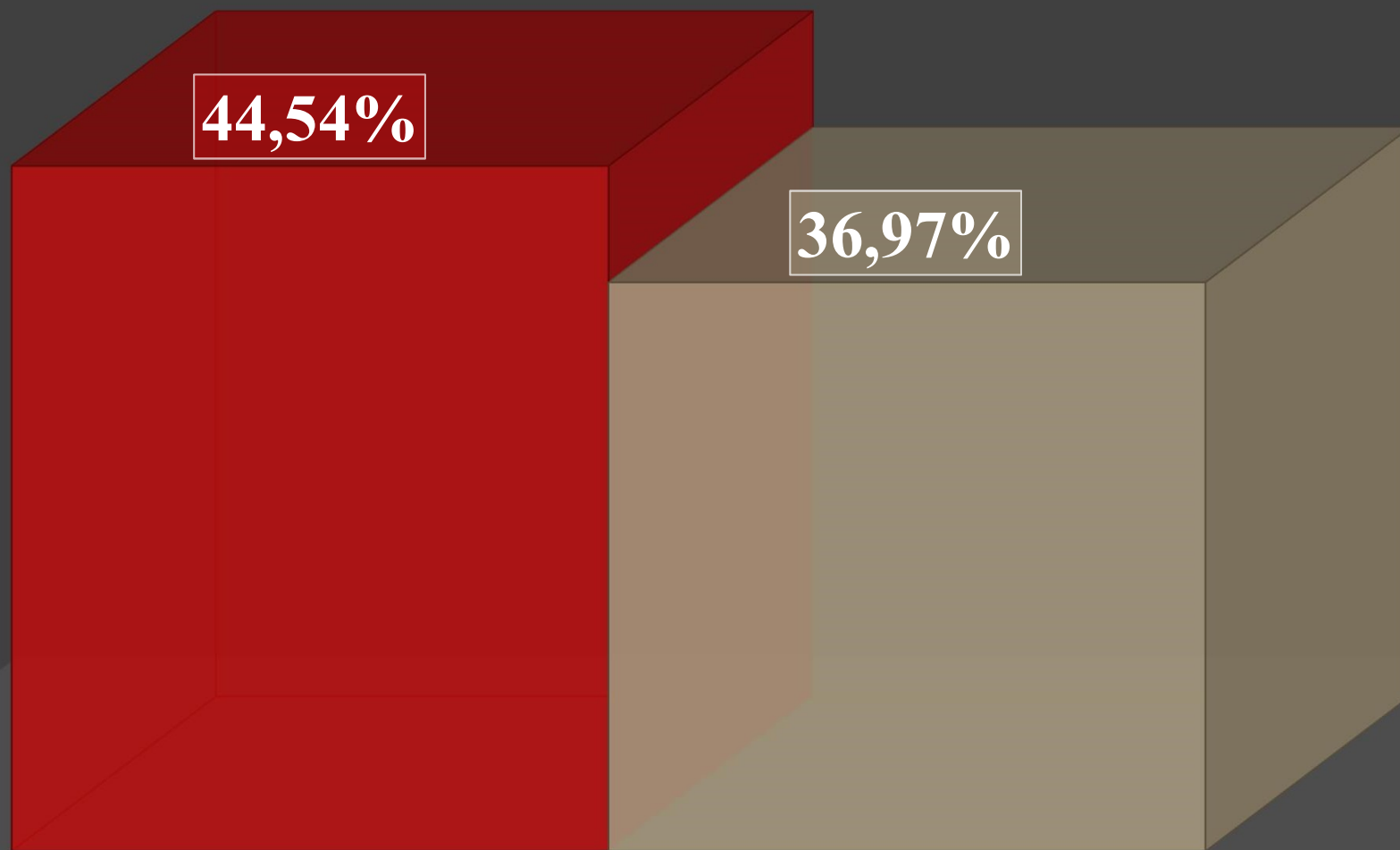
DURATA DEGENZA (8,42E-06)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



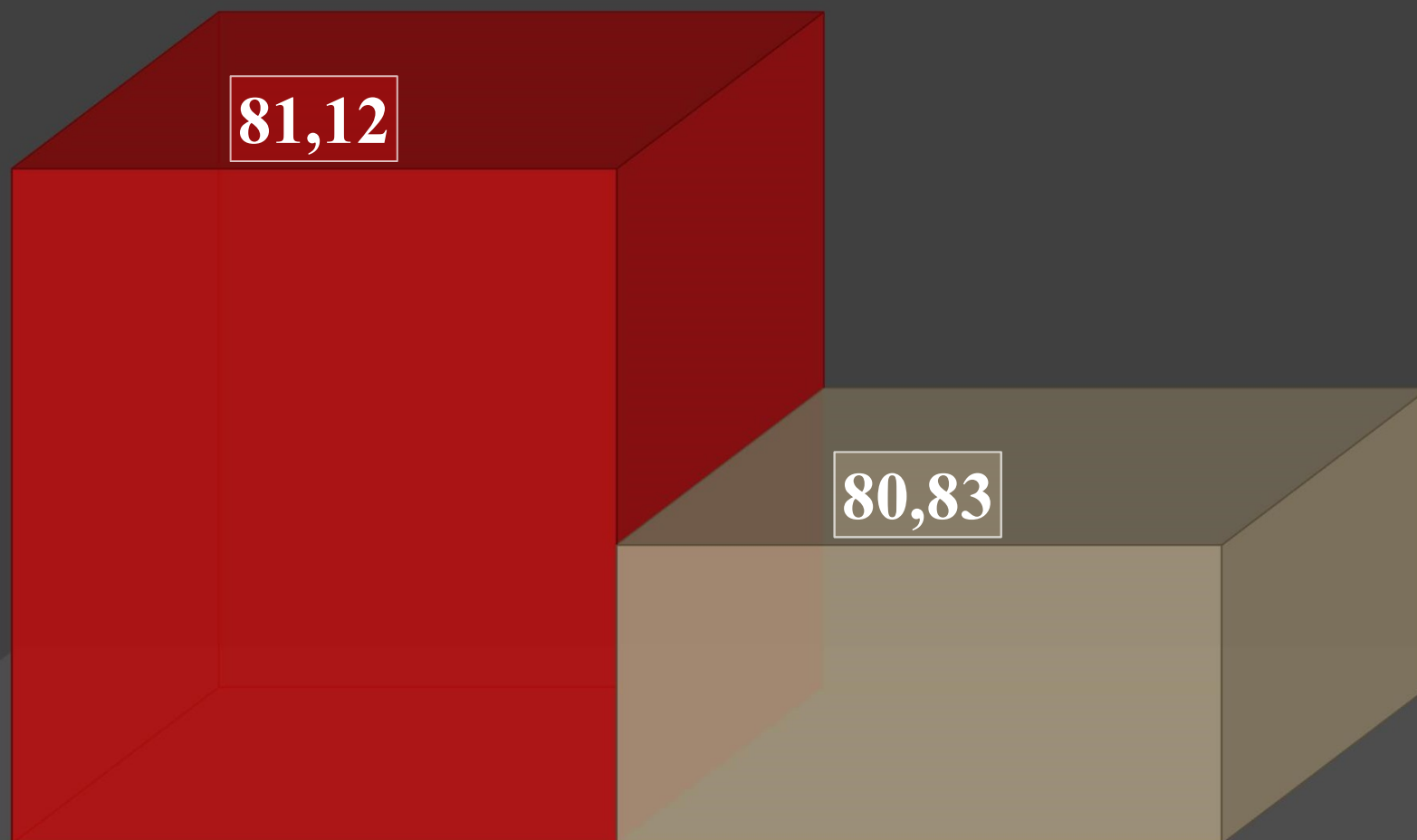
% MASCHI (P<0,005)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



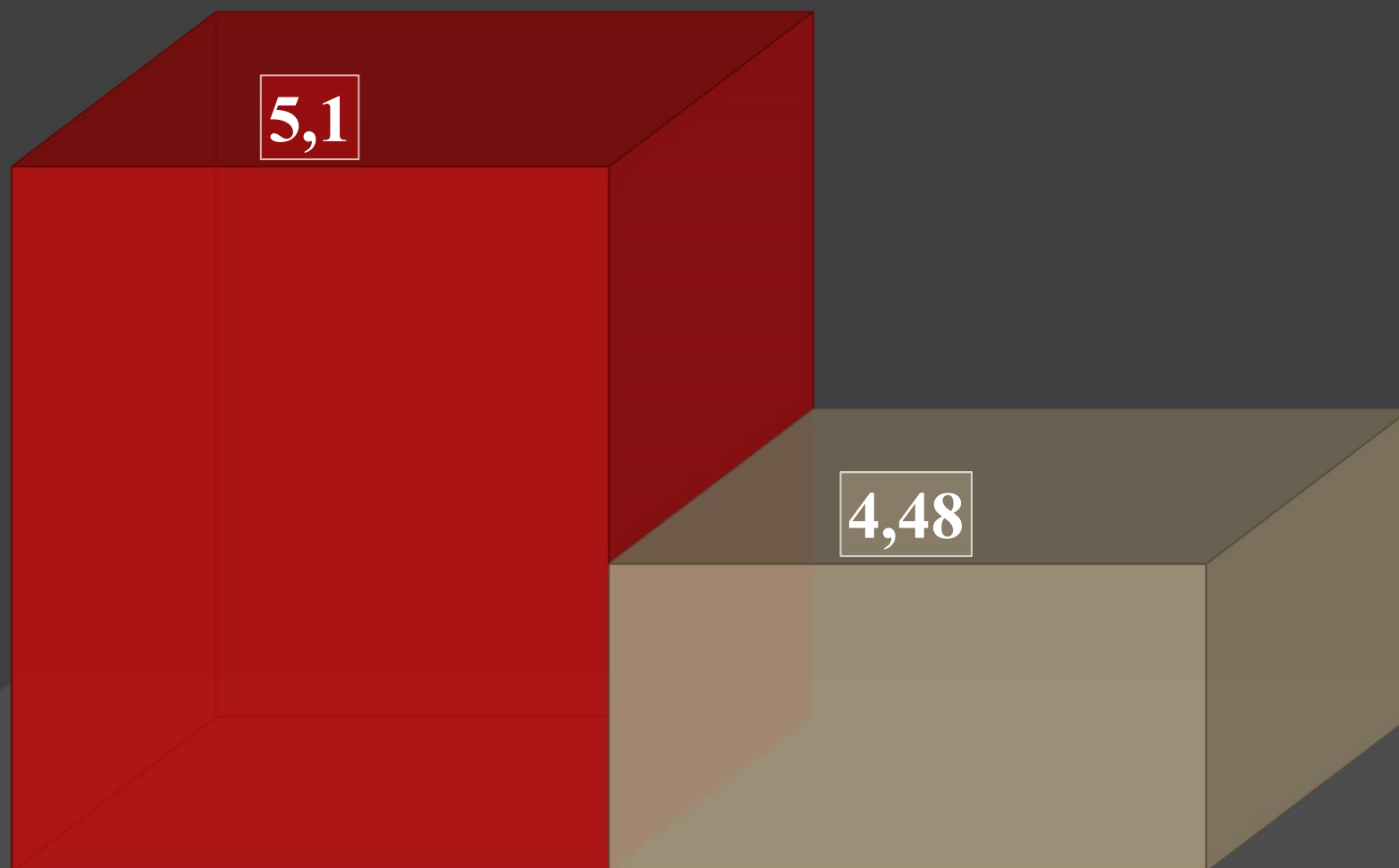
ETA' MEDIA

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



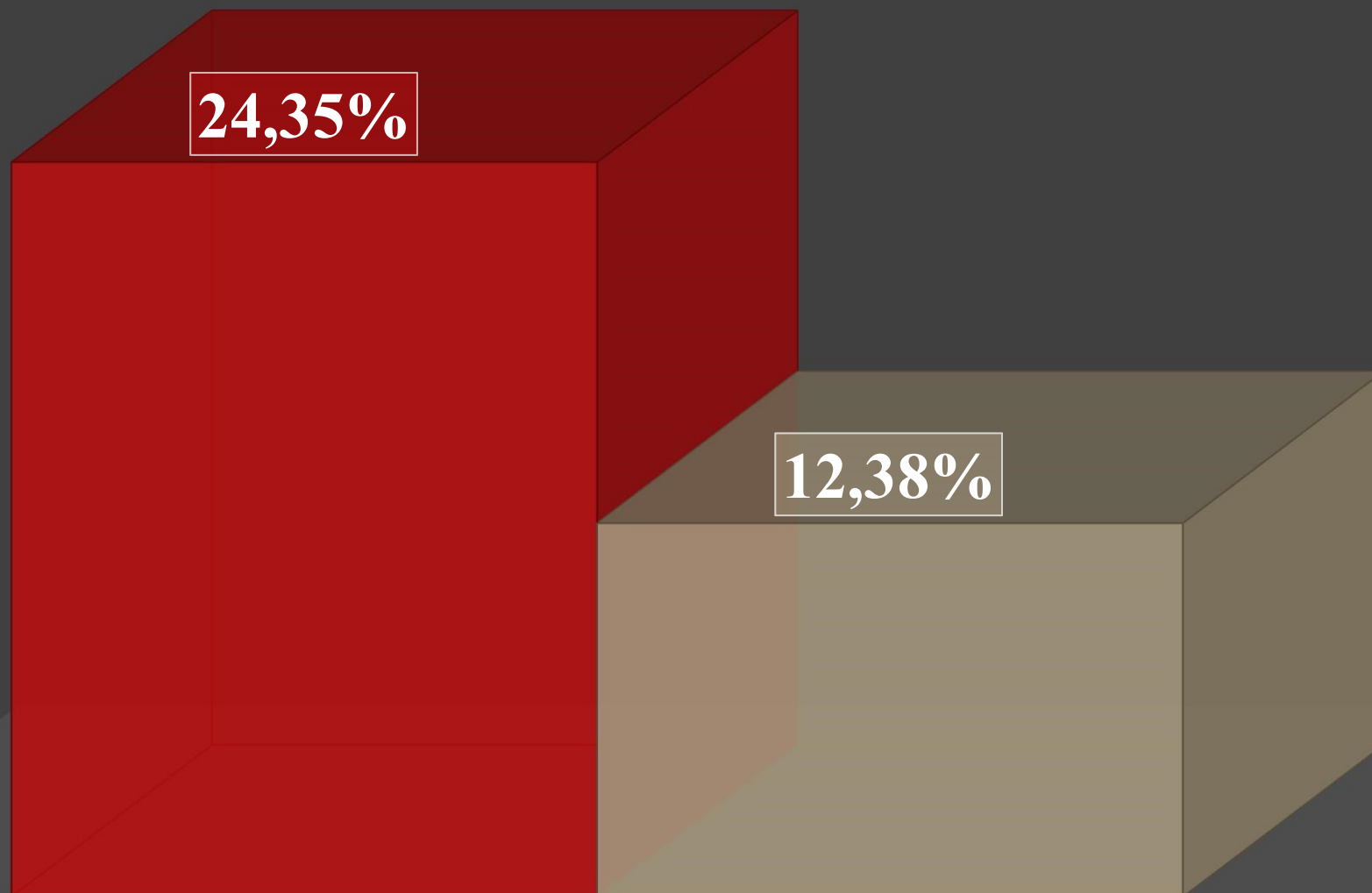
N° MALATTIE (P<0,001)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



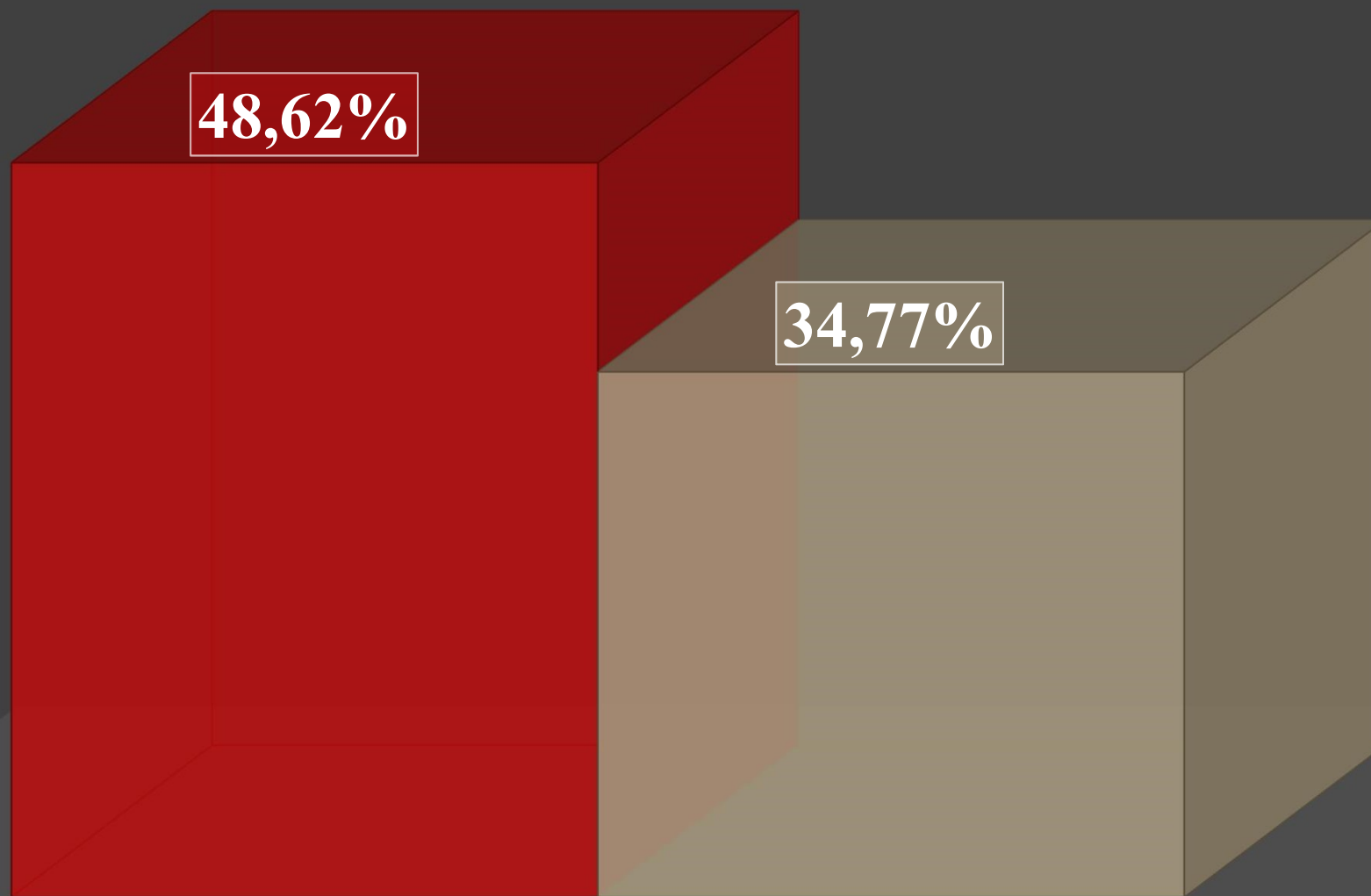
% ALLETTATI (1,38E-14)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



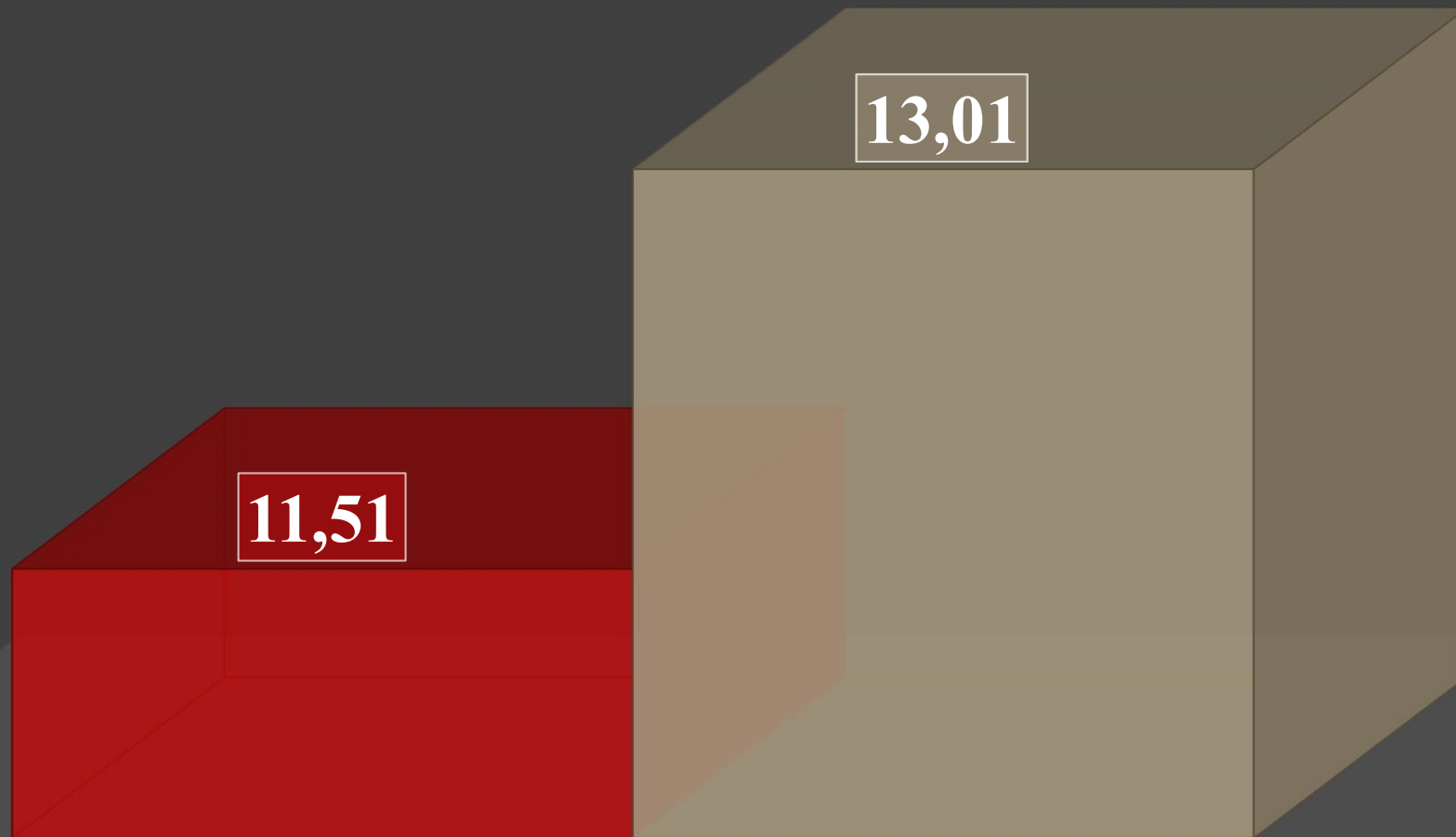
% INCONTINENTI

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



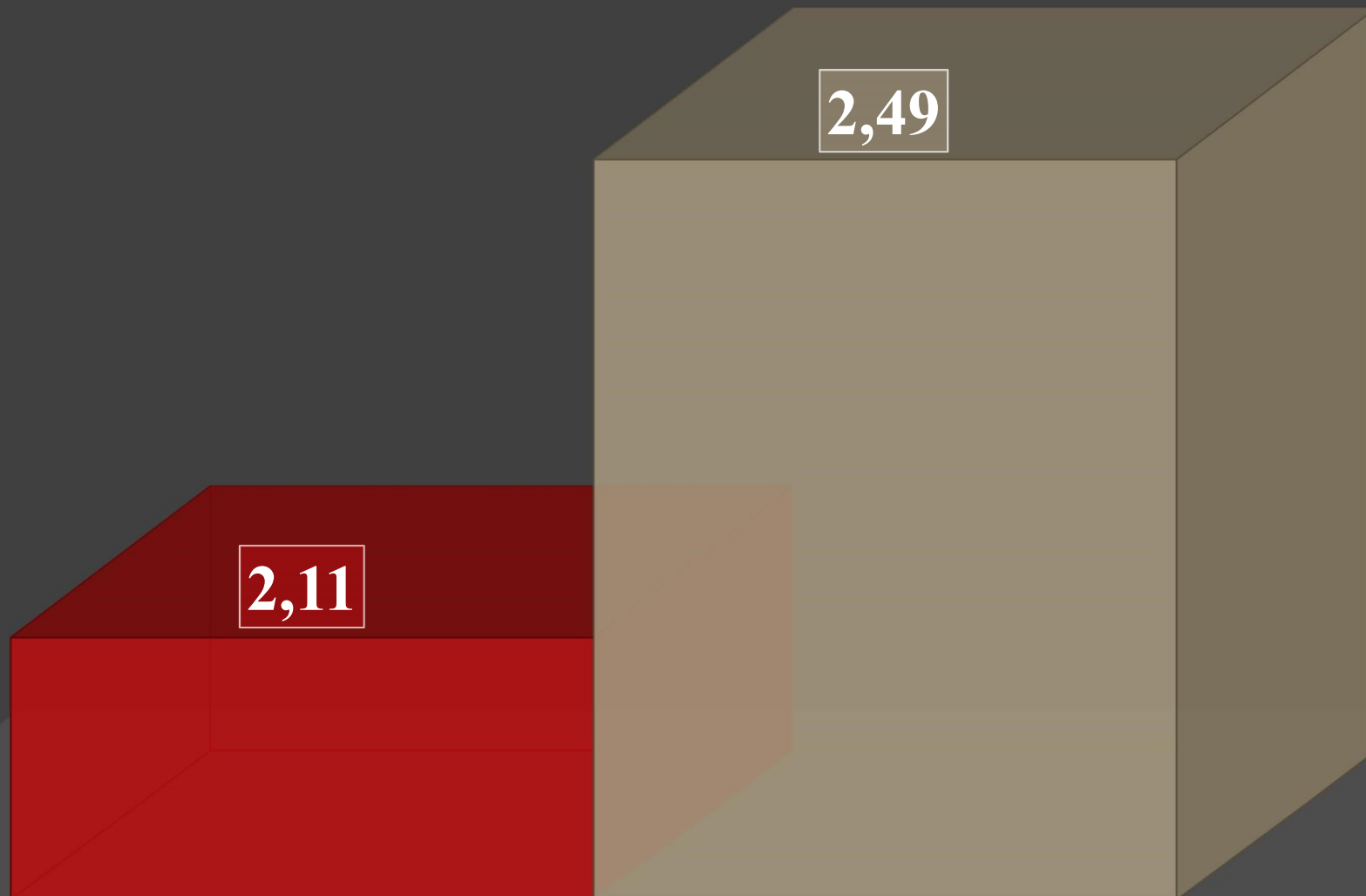
NORTON TOTALE I. (4,31E-31)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



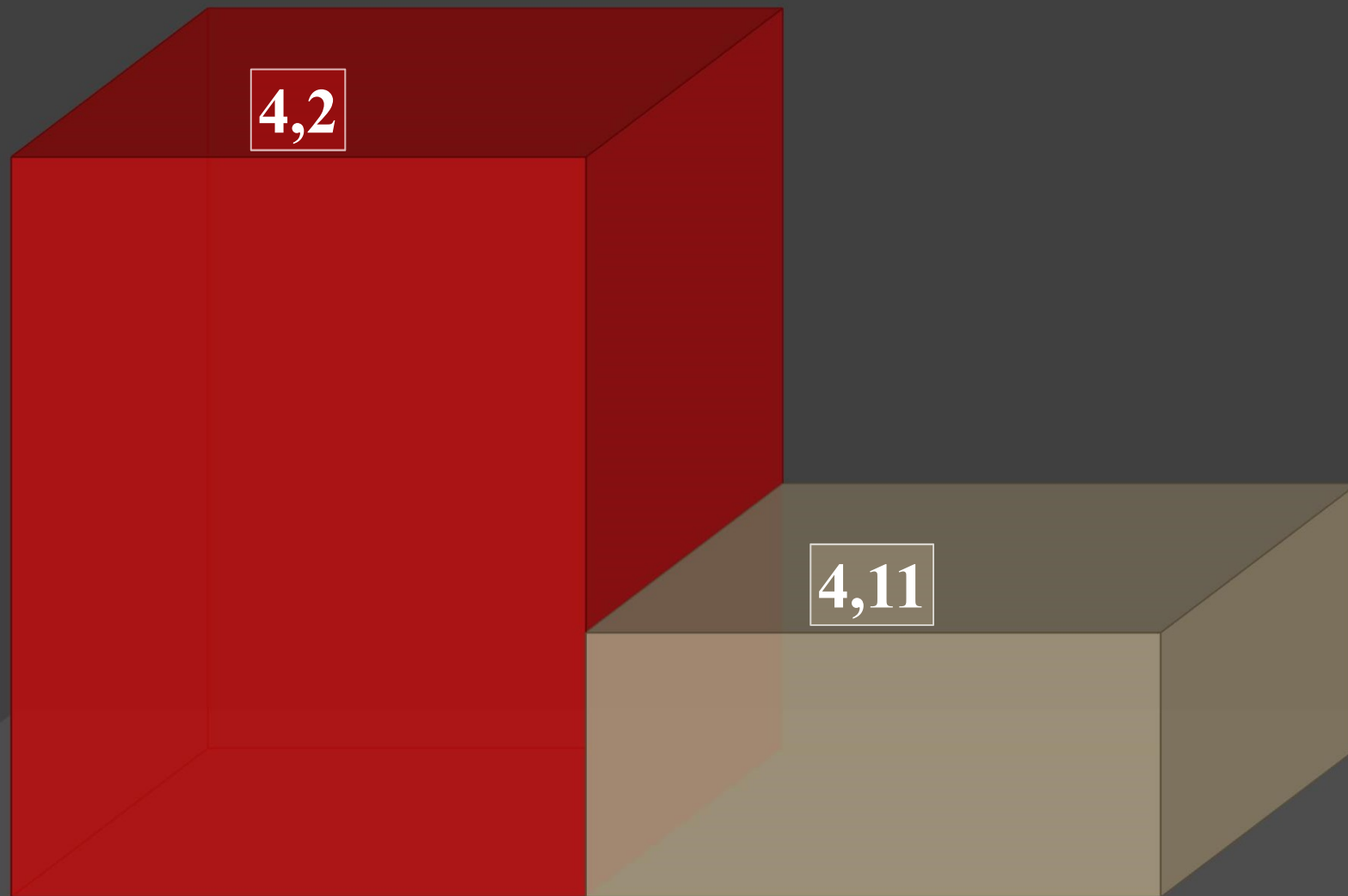
DEAMBULAZIONE (NORTON) (1,03E-23)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



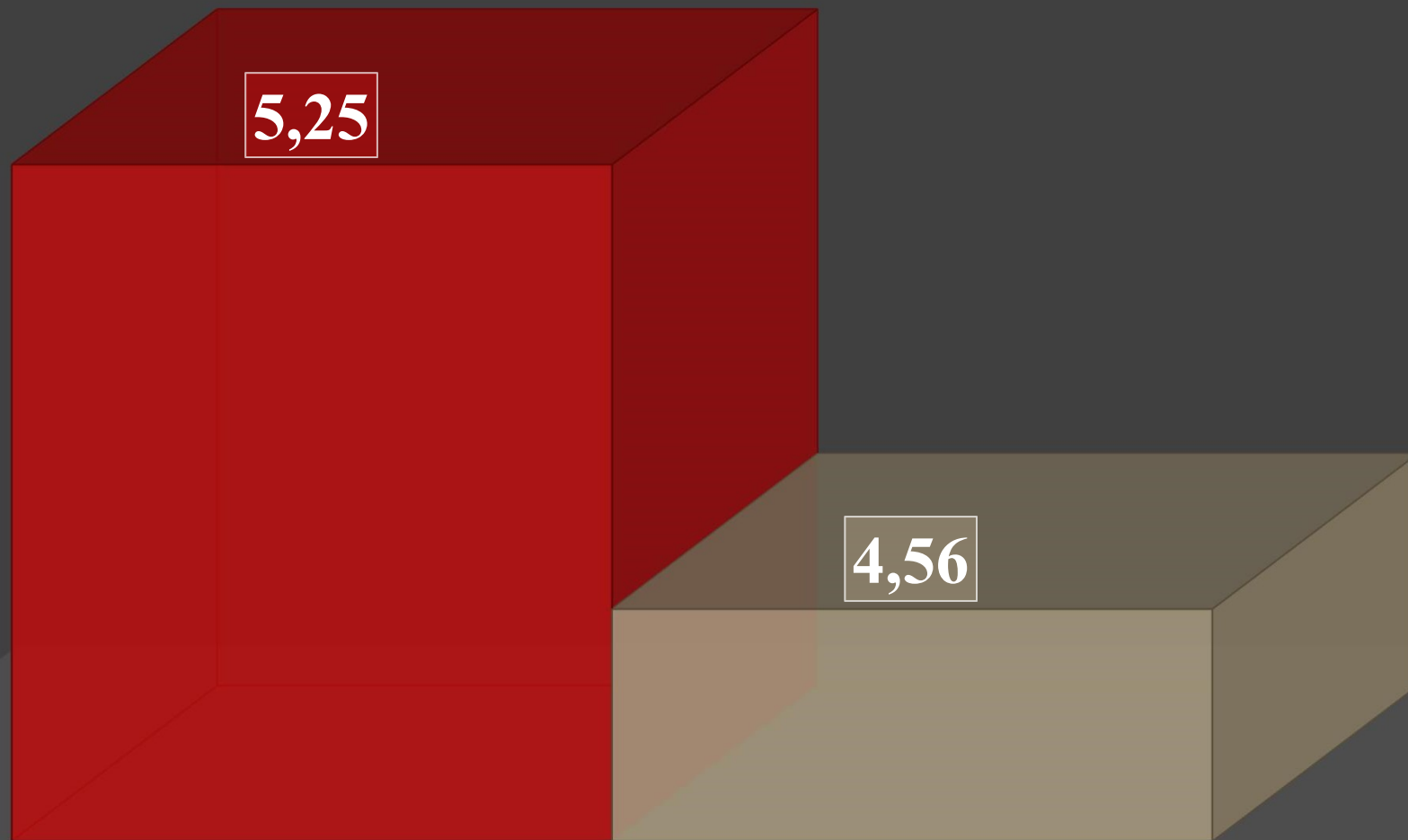
TEST CONLEY (CADUTE)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



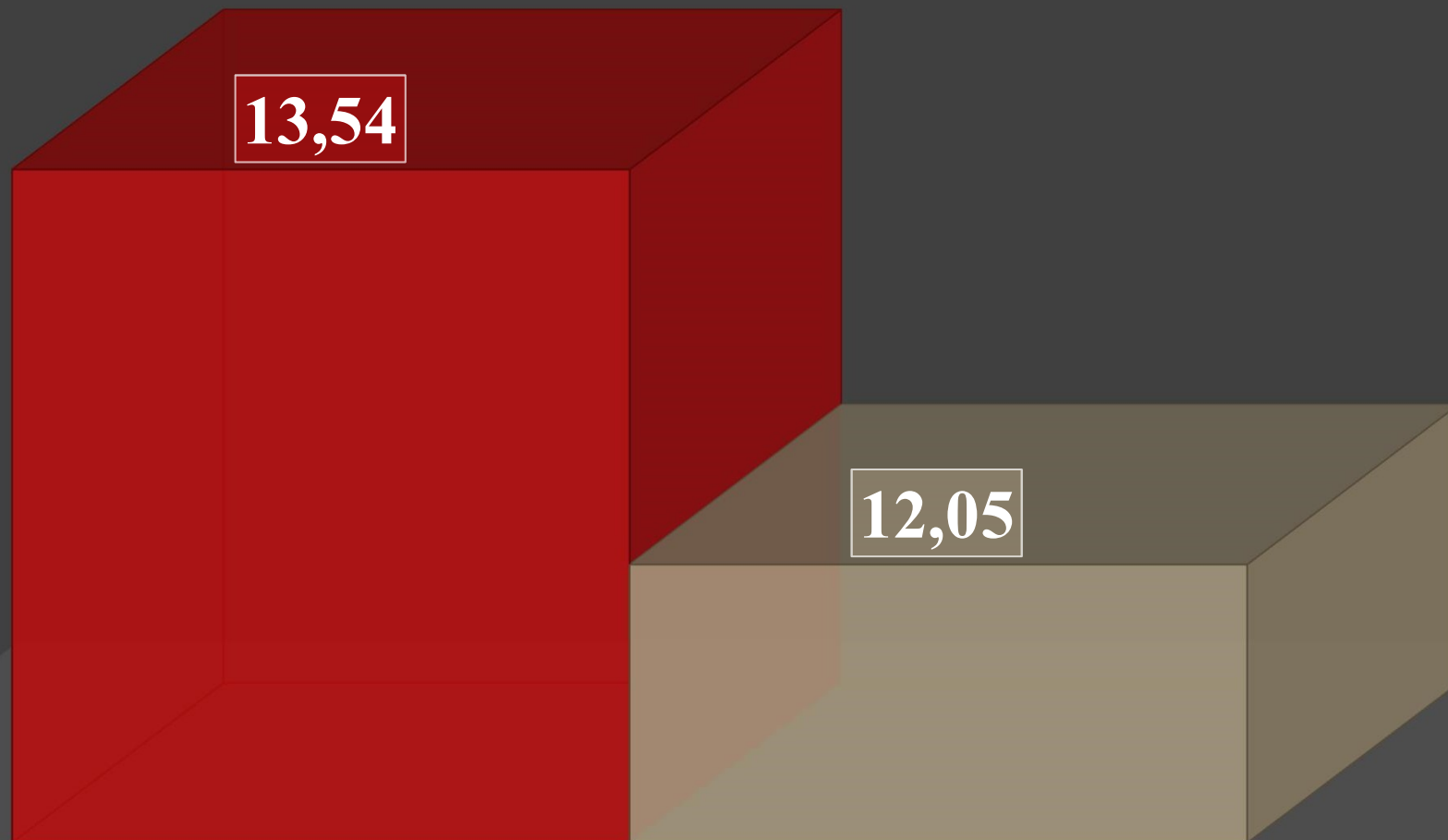
ERRORI SPMSQ (1,48E-08)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



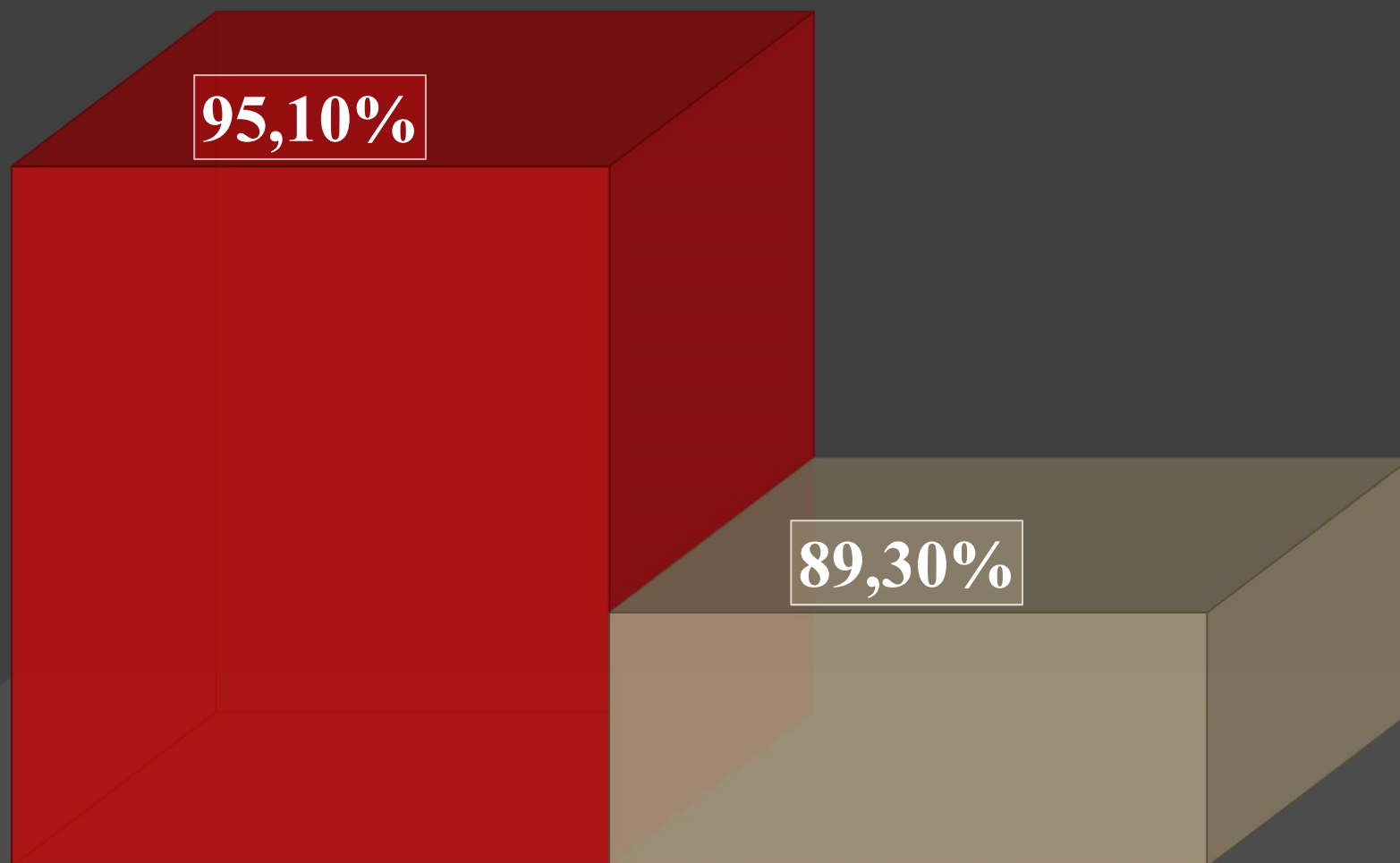
CIRS (2,60E-14)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



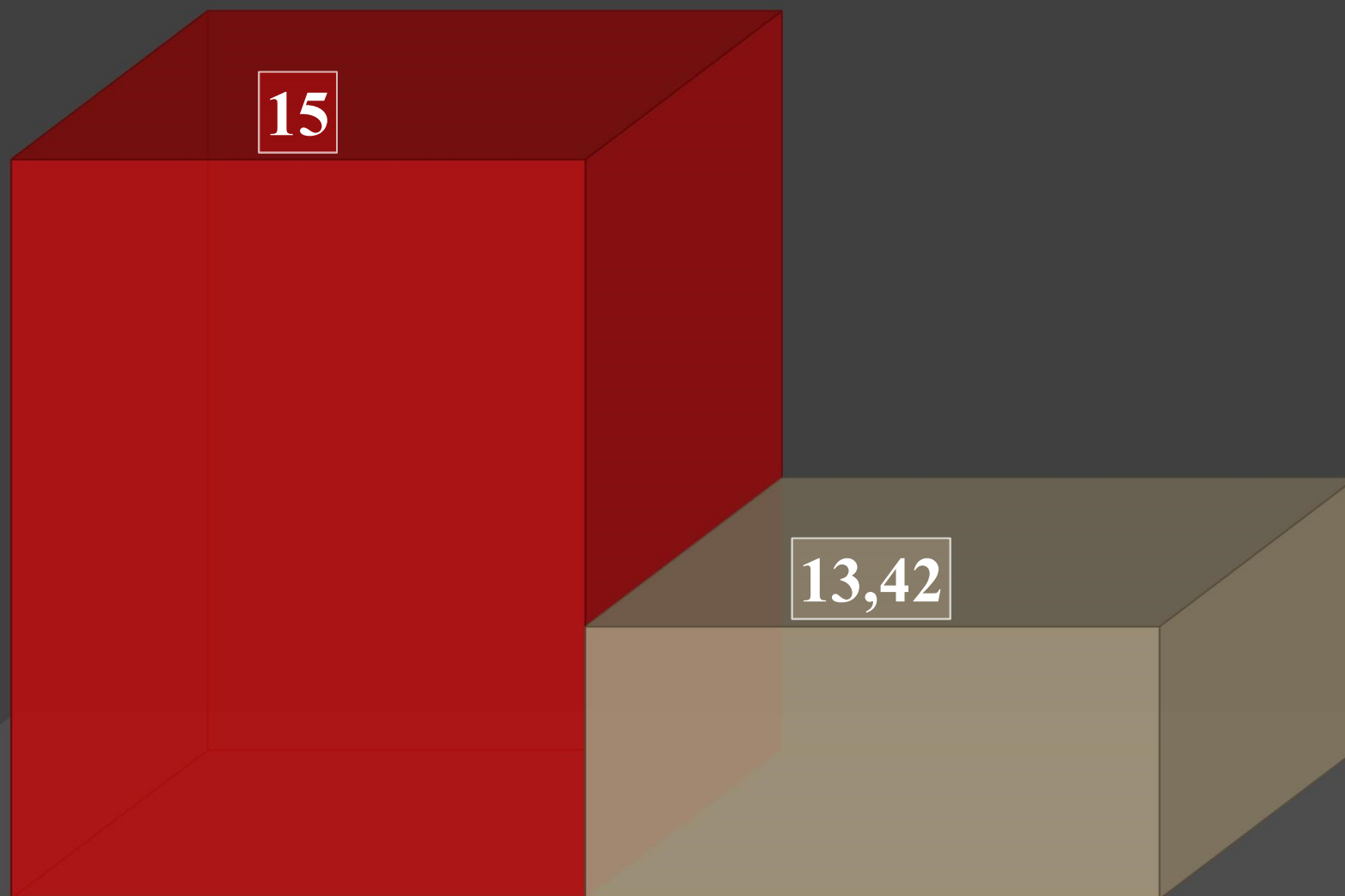
% NON-AUTOSUFF. (0,0005)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



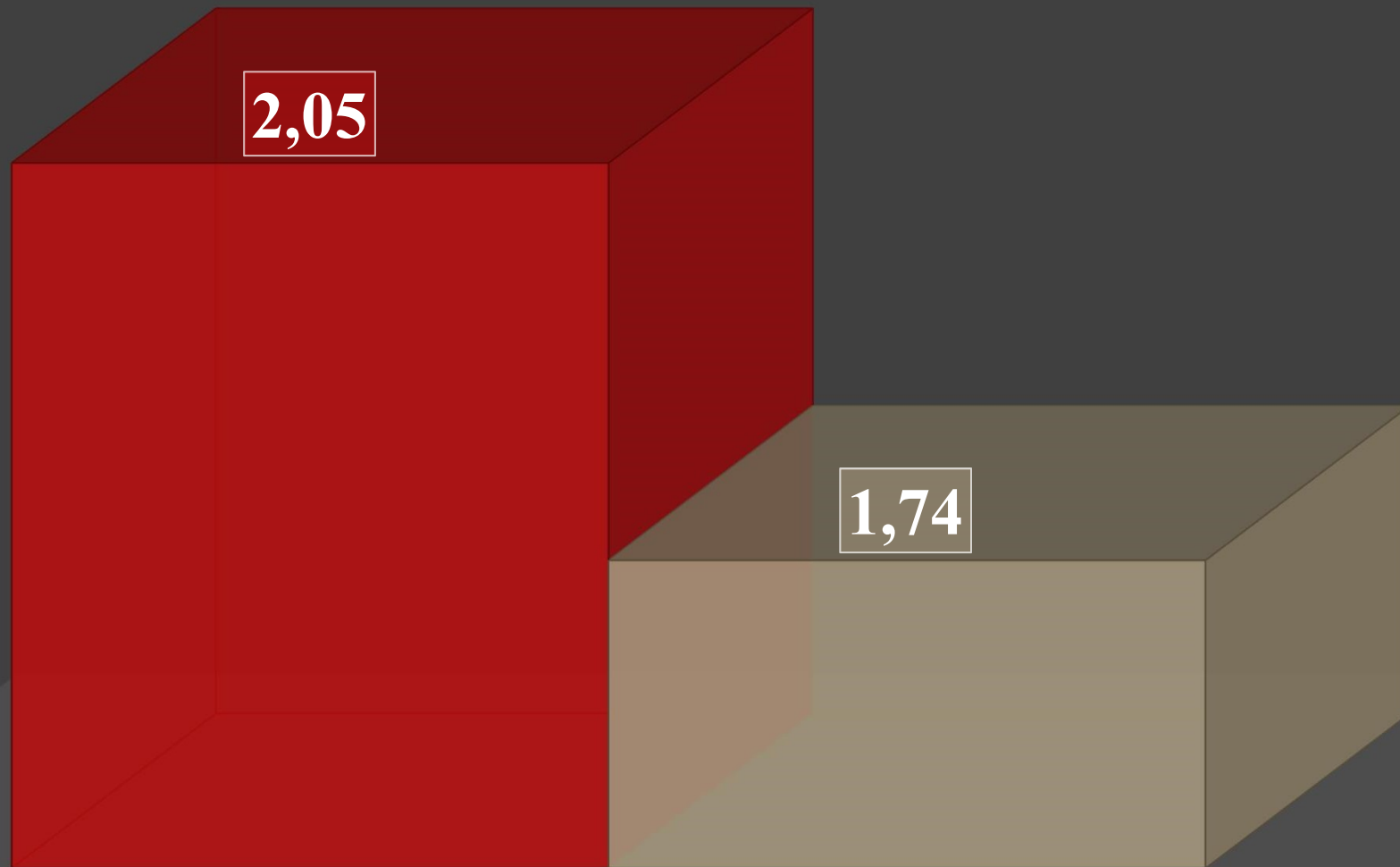
ADL (8,65E-16)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



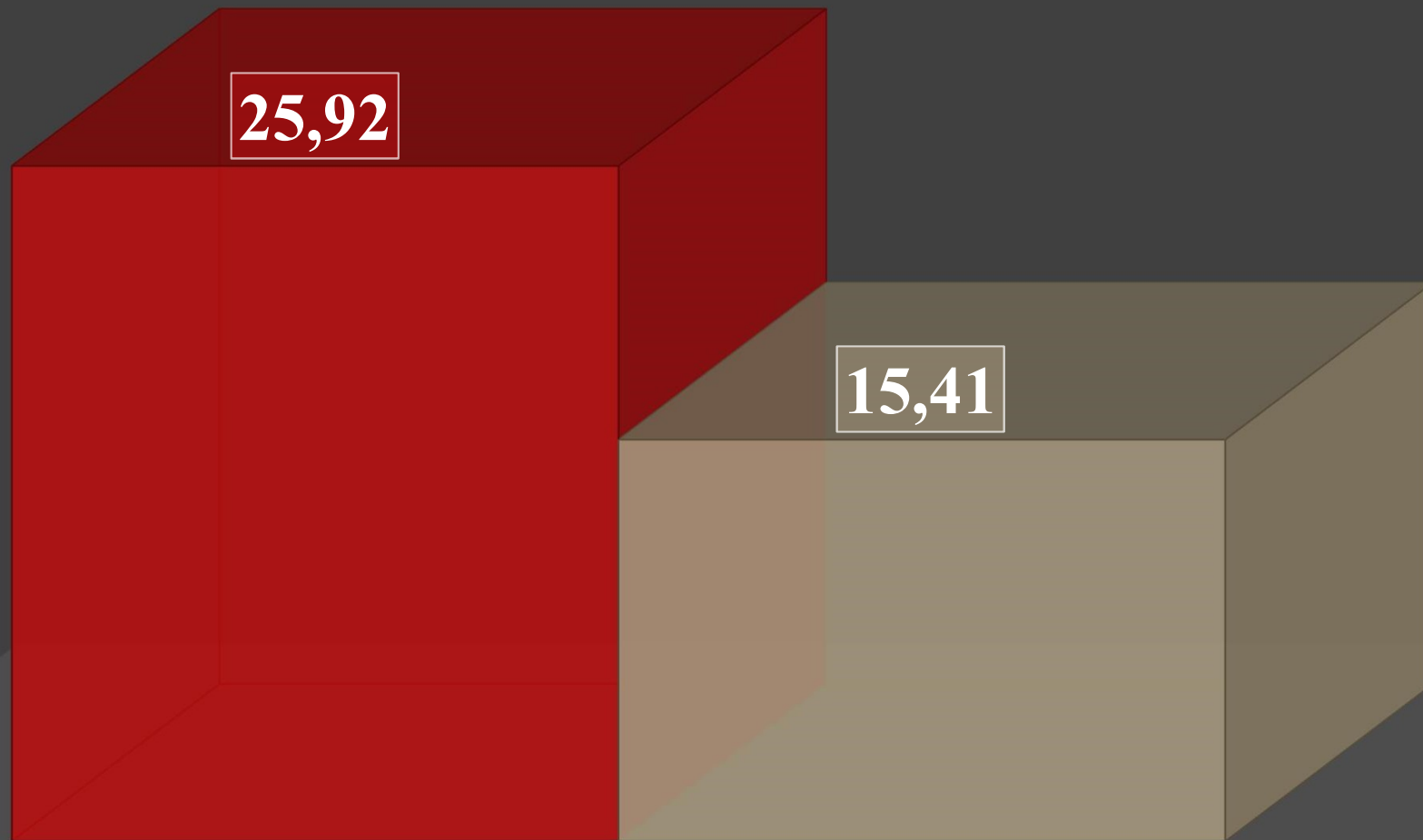
ALIMENTAZIONE ADL (15,54E-15)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



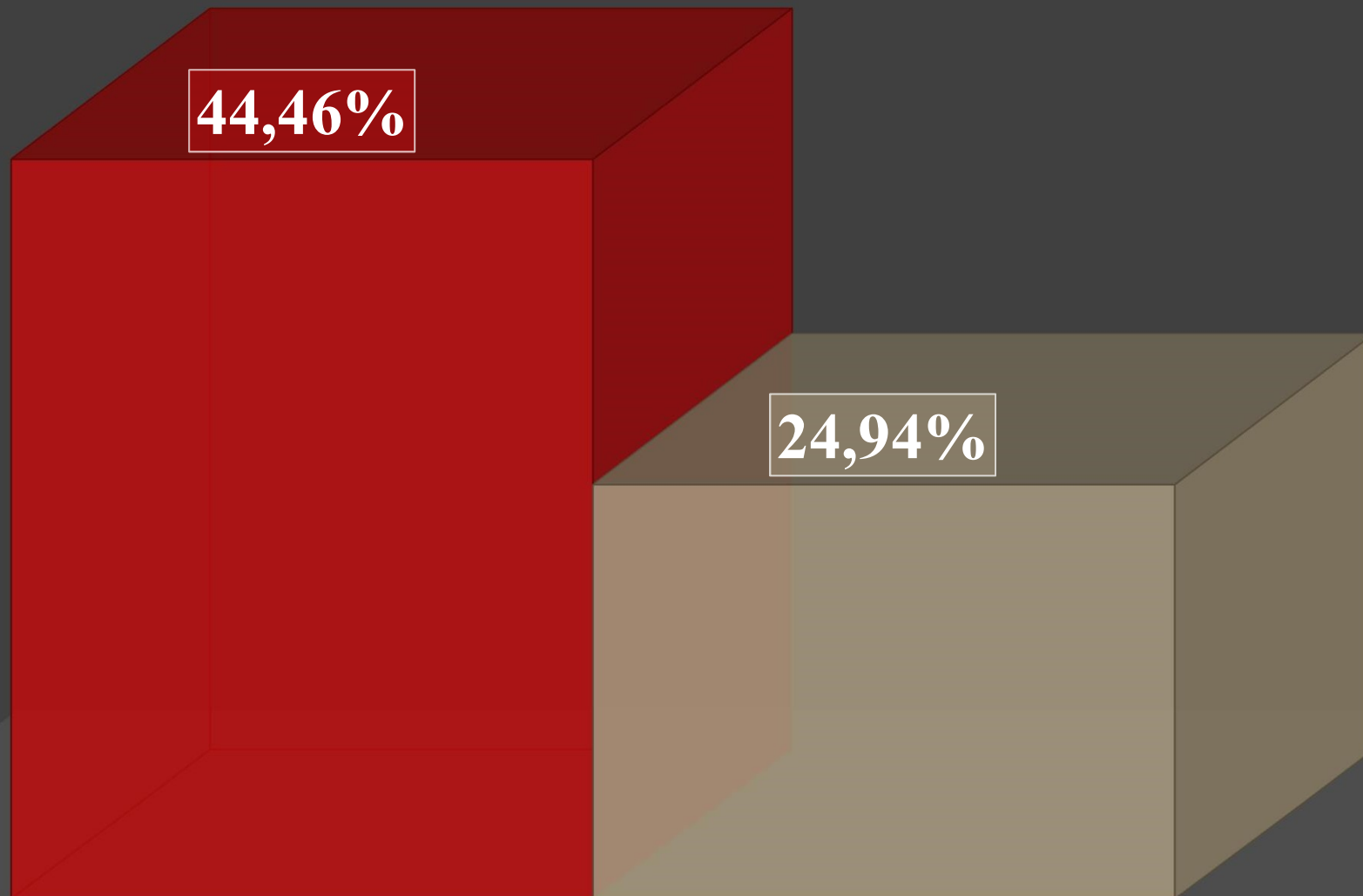
IRIS LUN (2,10E-74)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



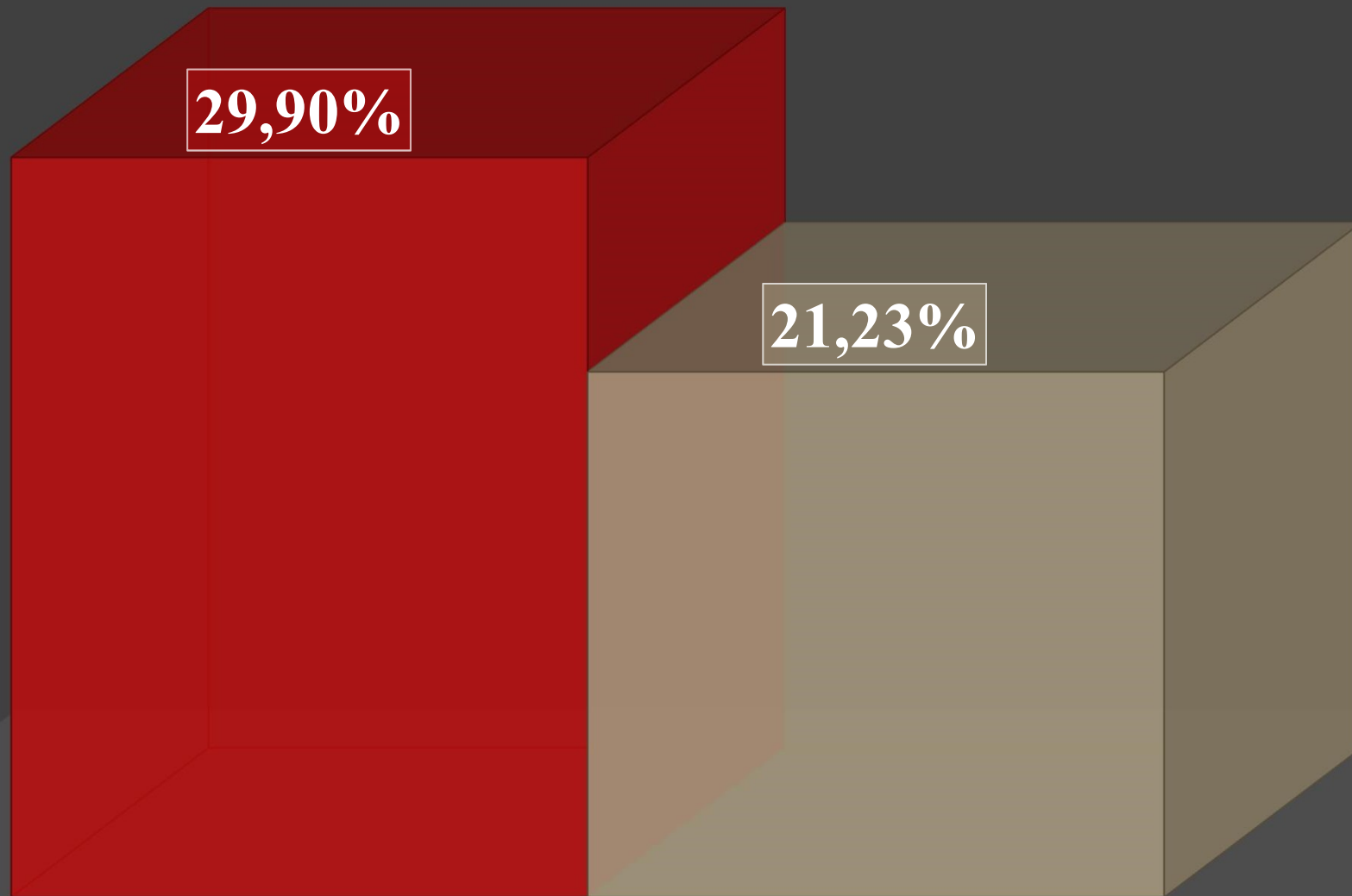
% CATET. VESC. ING. (1,84E-24)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



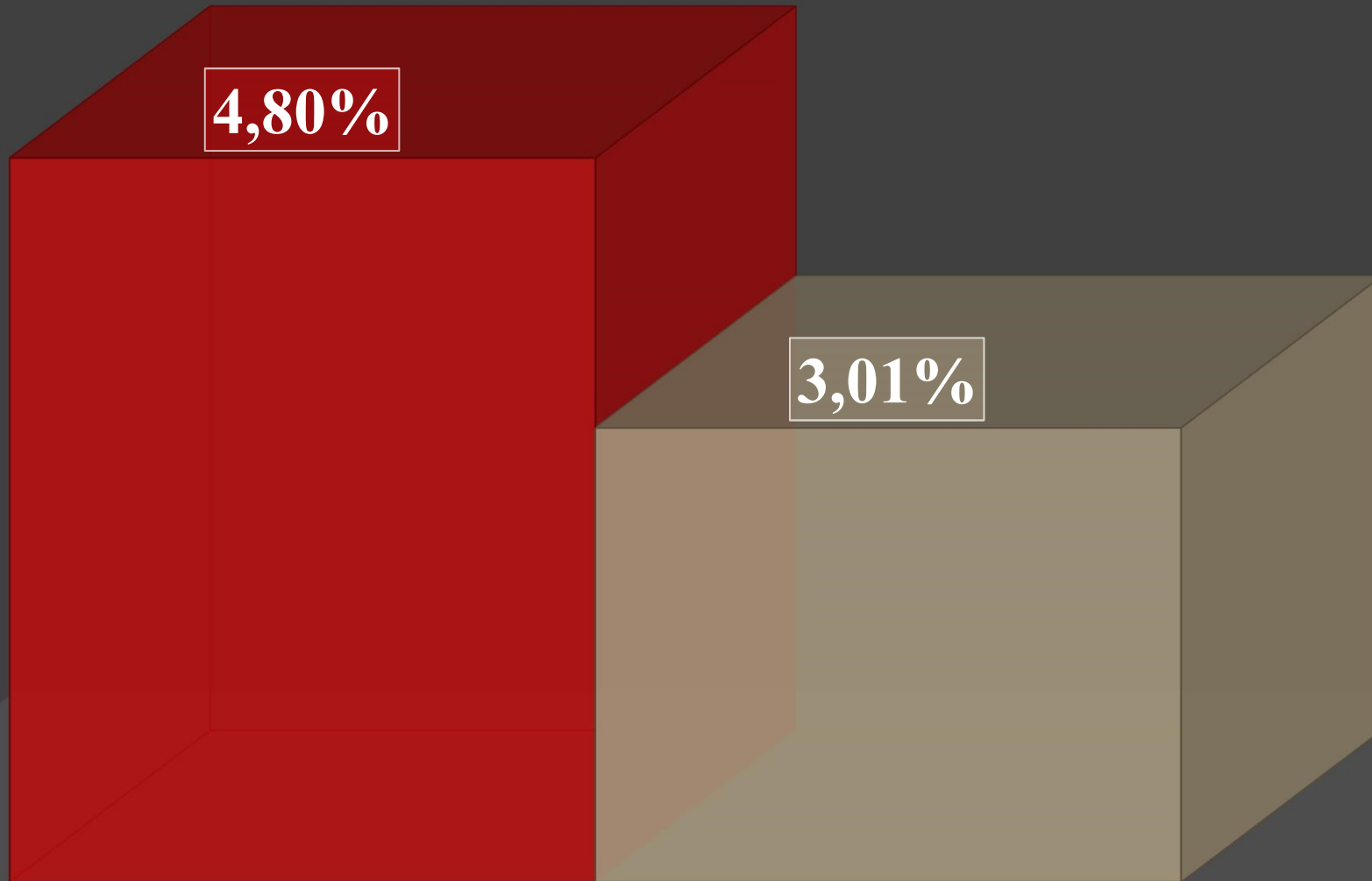
LDP INGRESSO (9,95E-07)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



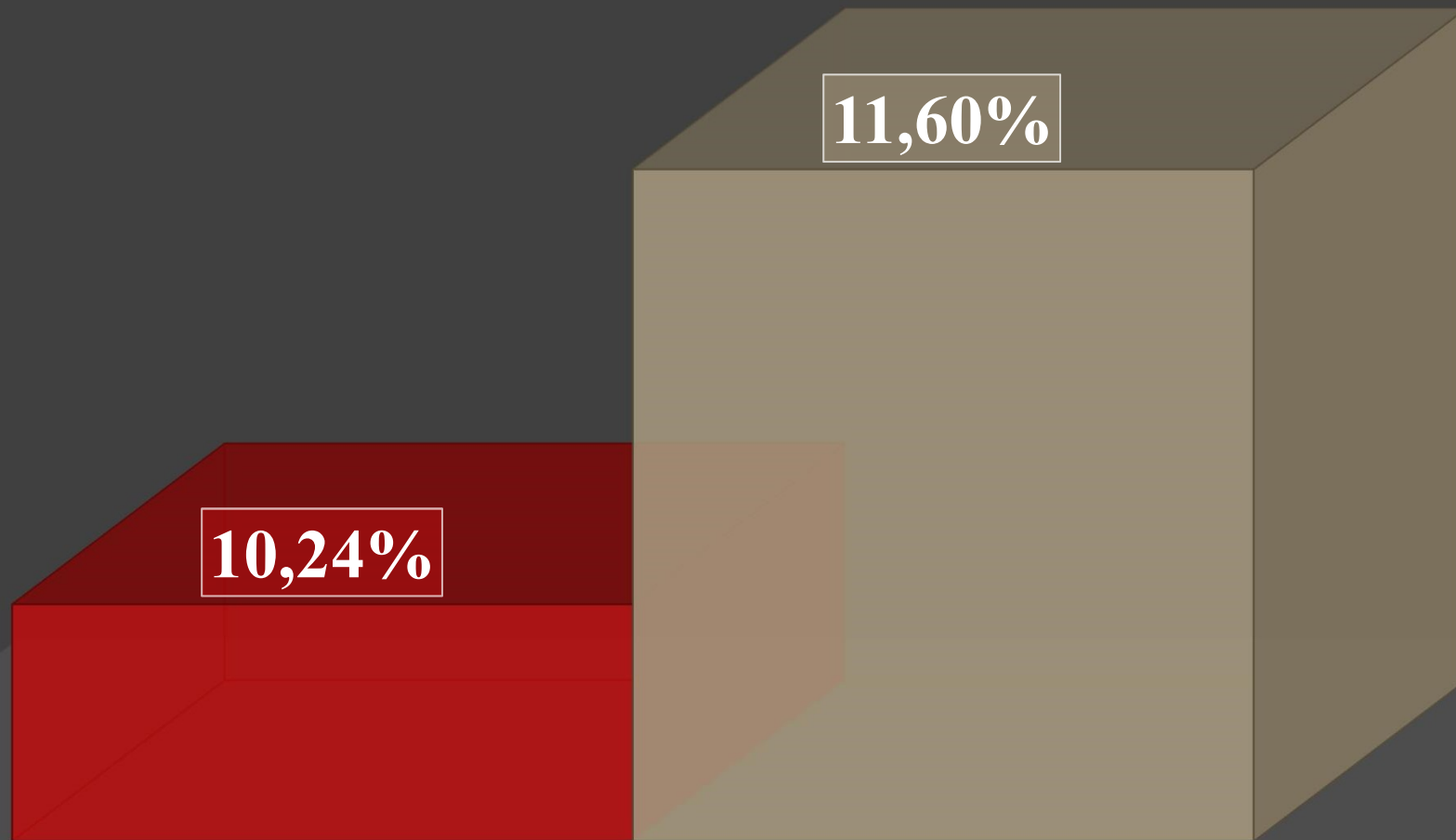
NUOVE LDP (P<0,050)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



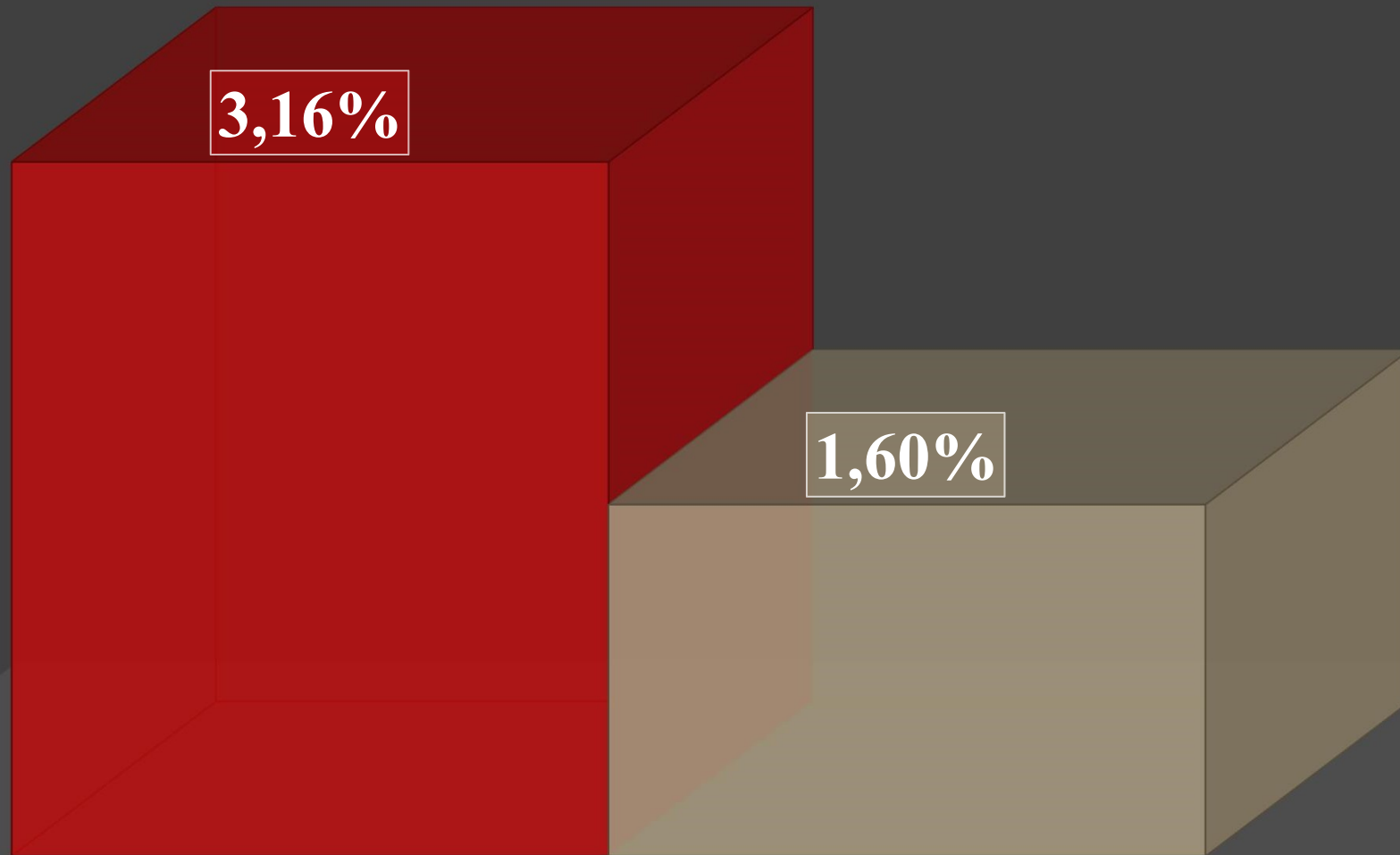
NUOVE CADUTE

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



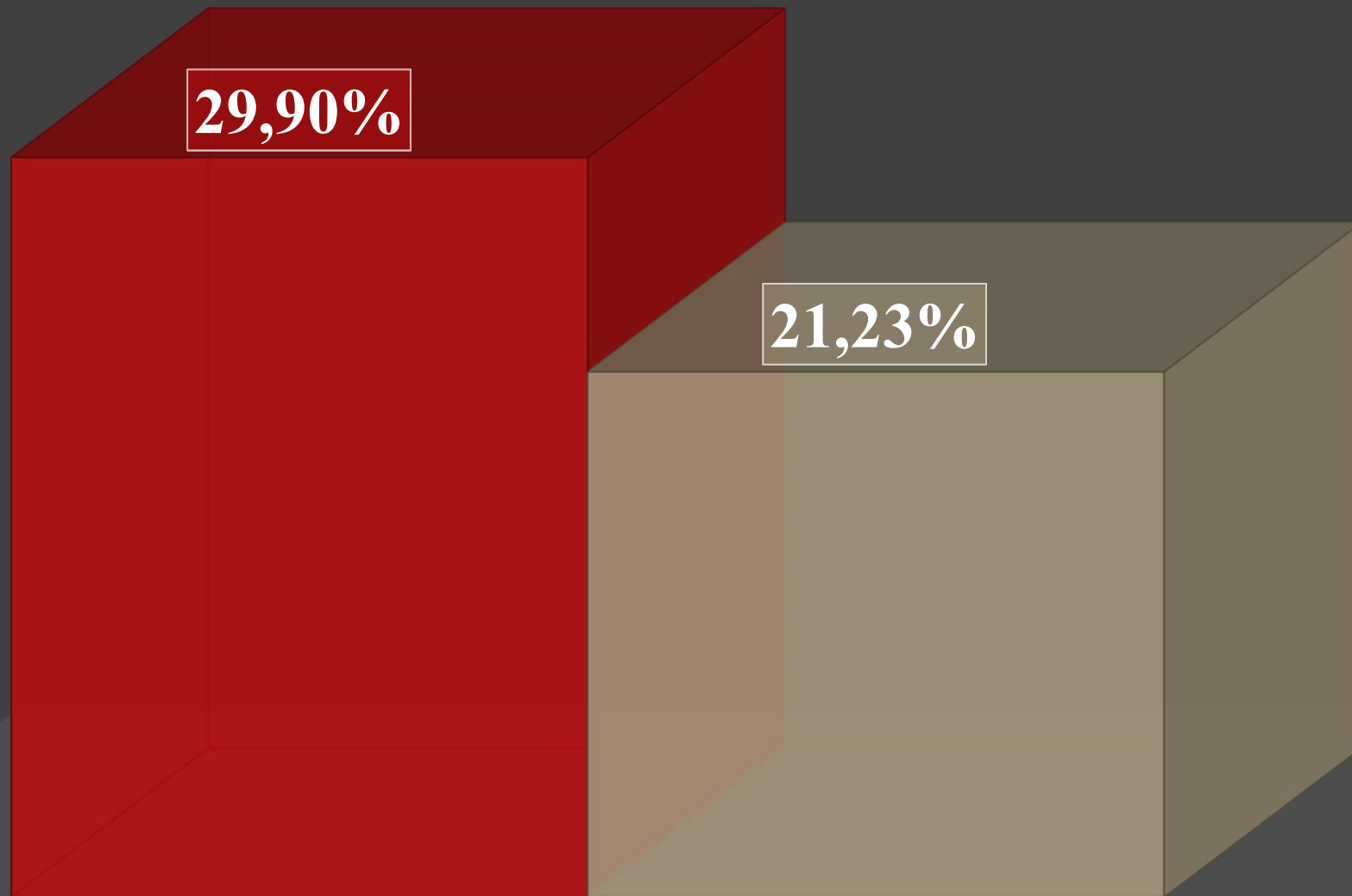
INC. POLMONITI $(1,30E-05)$

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



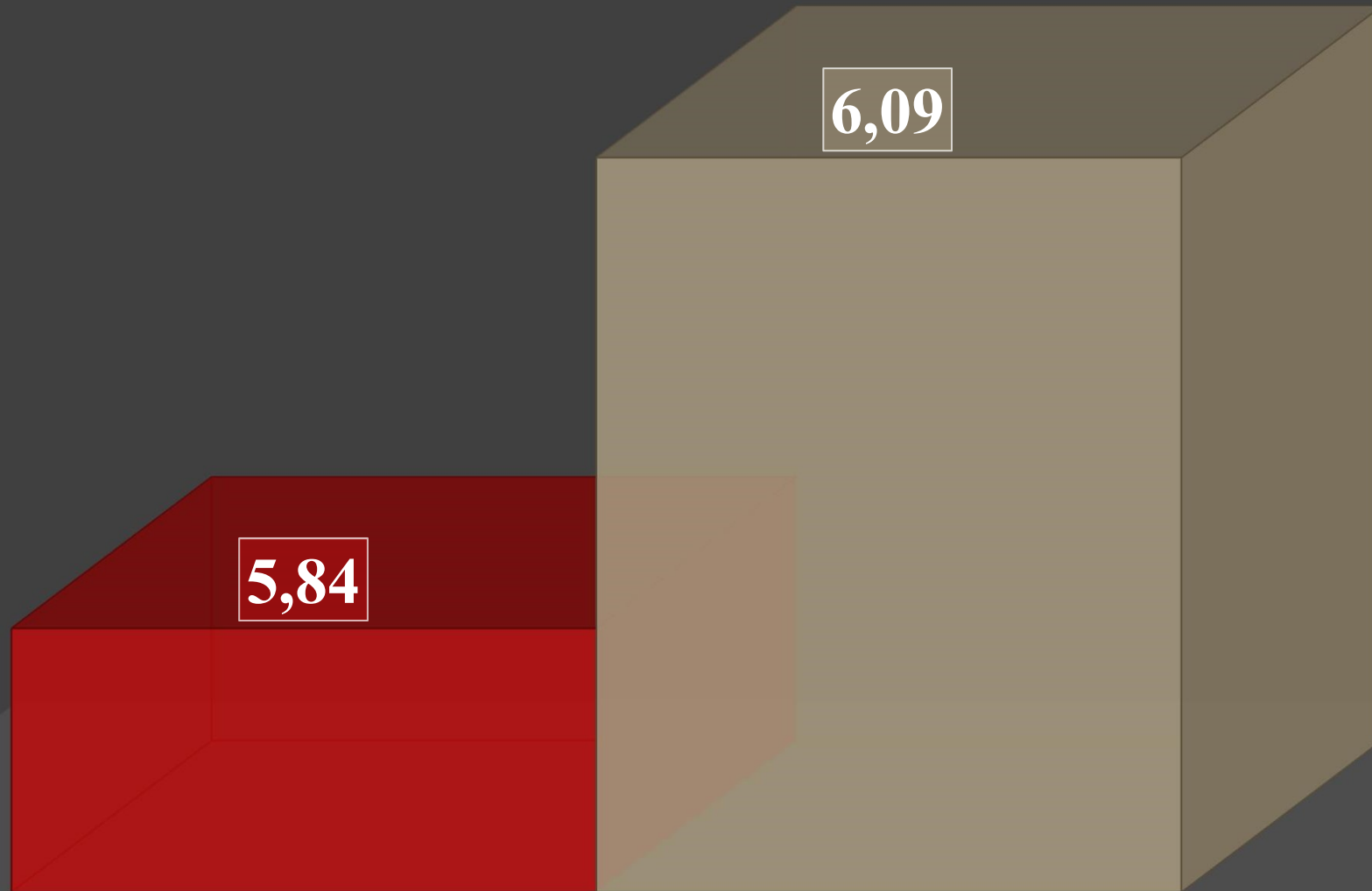
LDP INGRESSO (9,95E-07)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



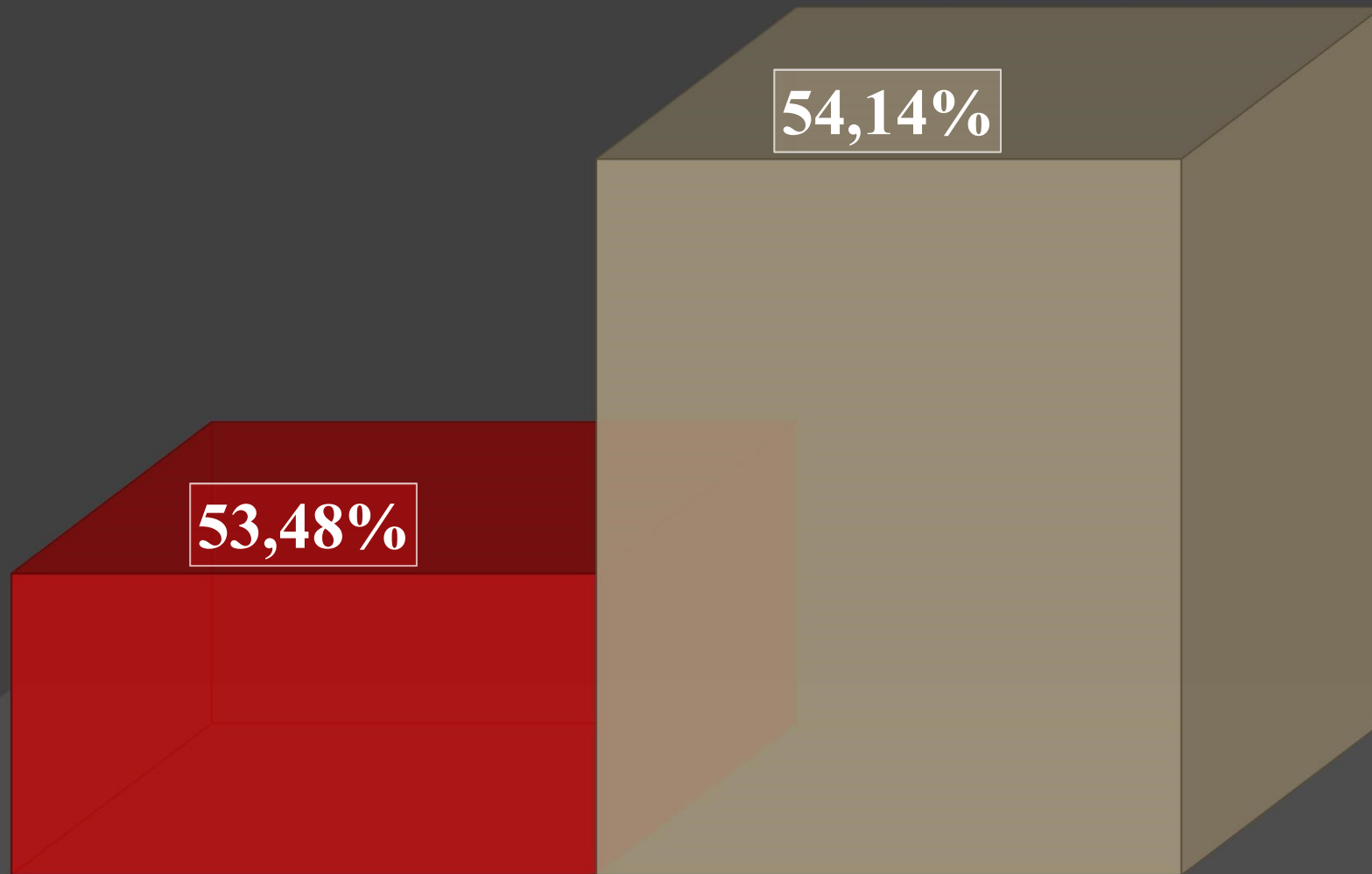
PROTEINE TOTALI

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



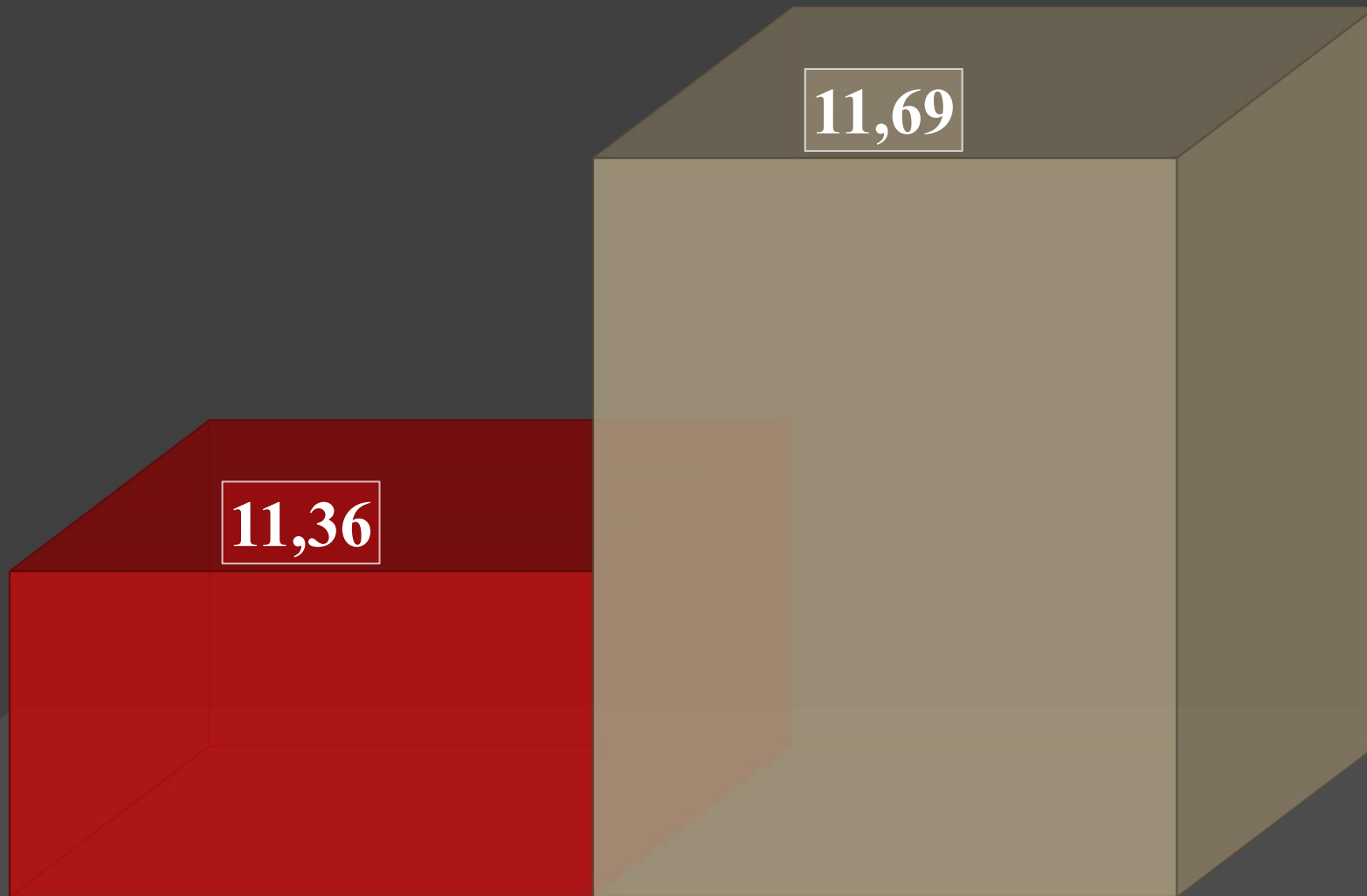
% ALBUMINA

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



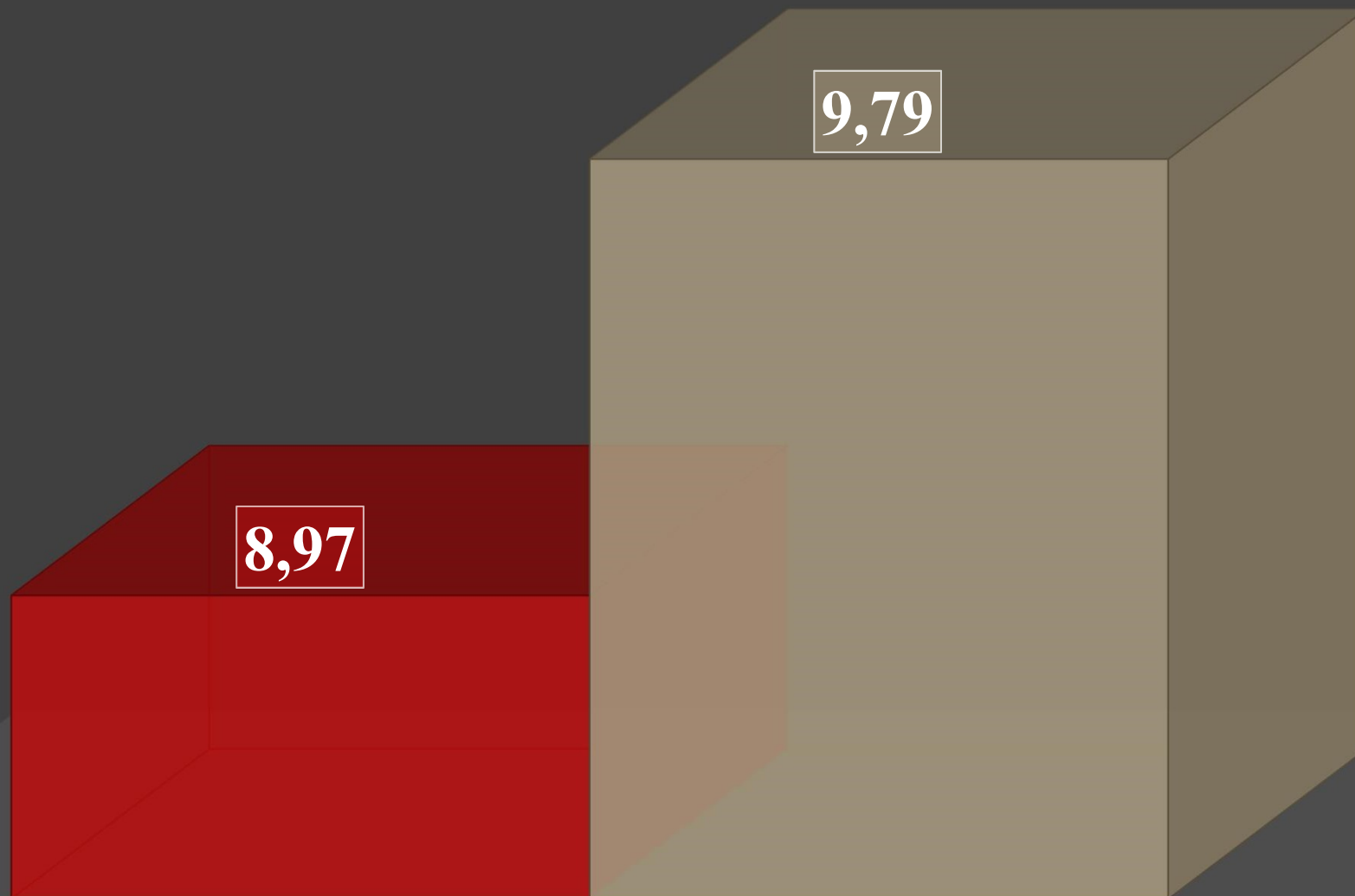
EMOGLOBINA

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



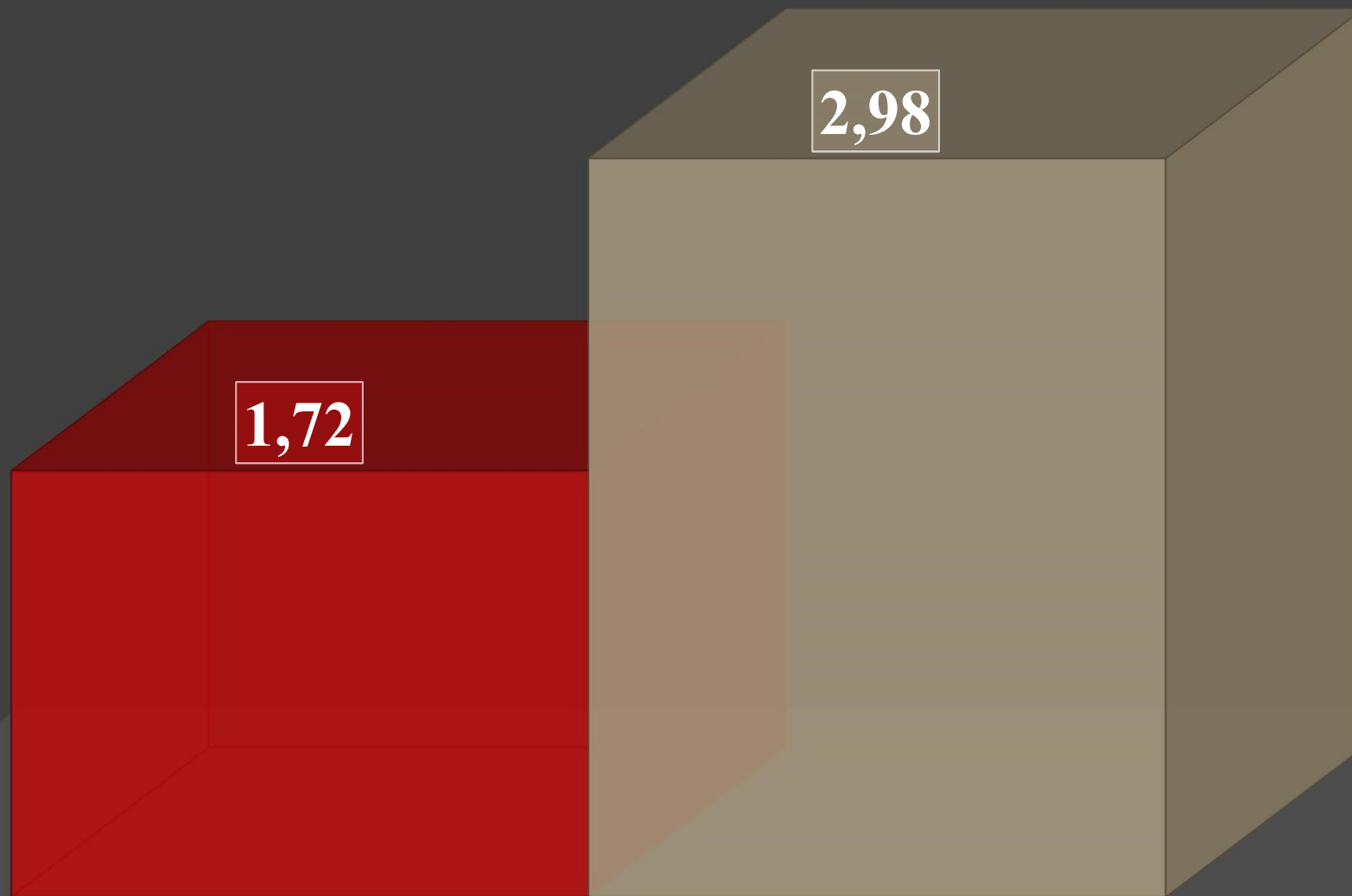
LOBULI BIANCHI

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



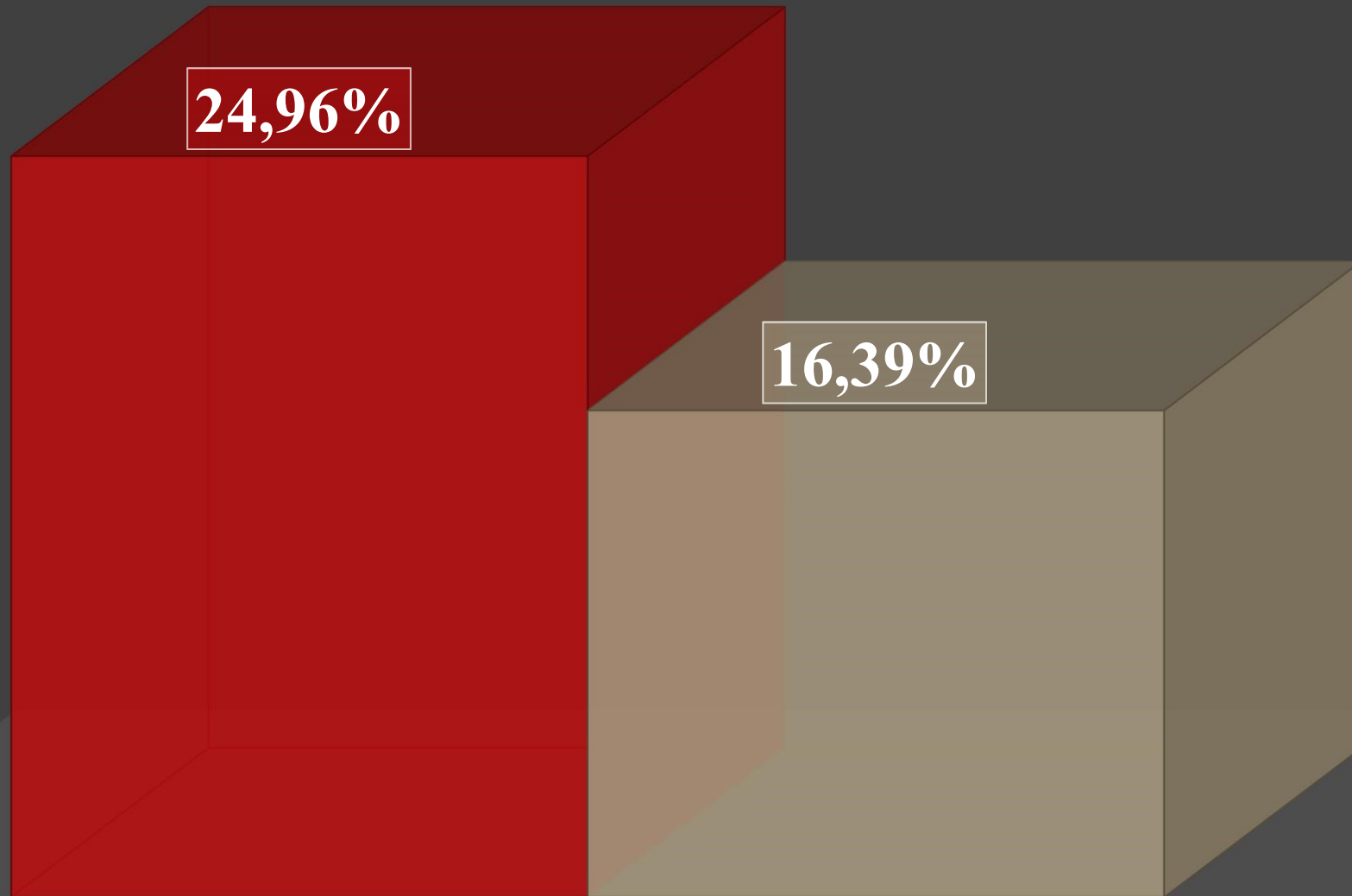
LINFOCITI

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



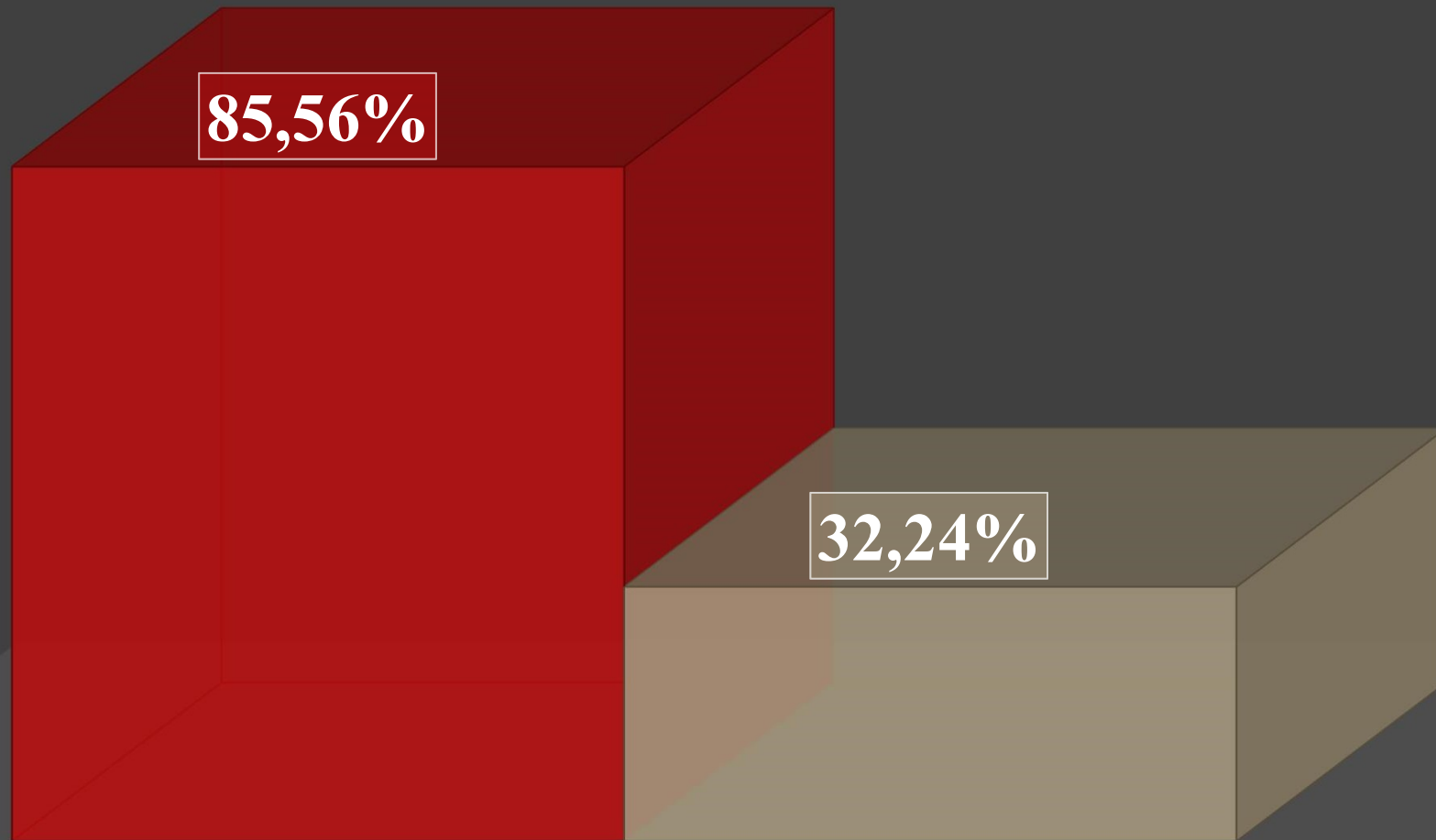
F.A.C. (P<0,050)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



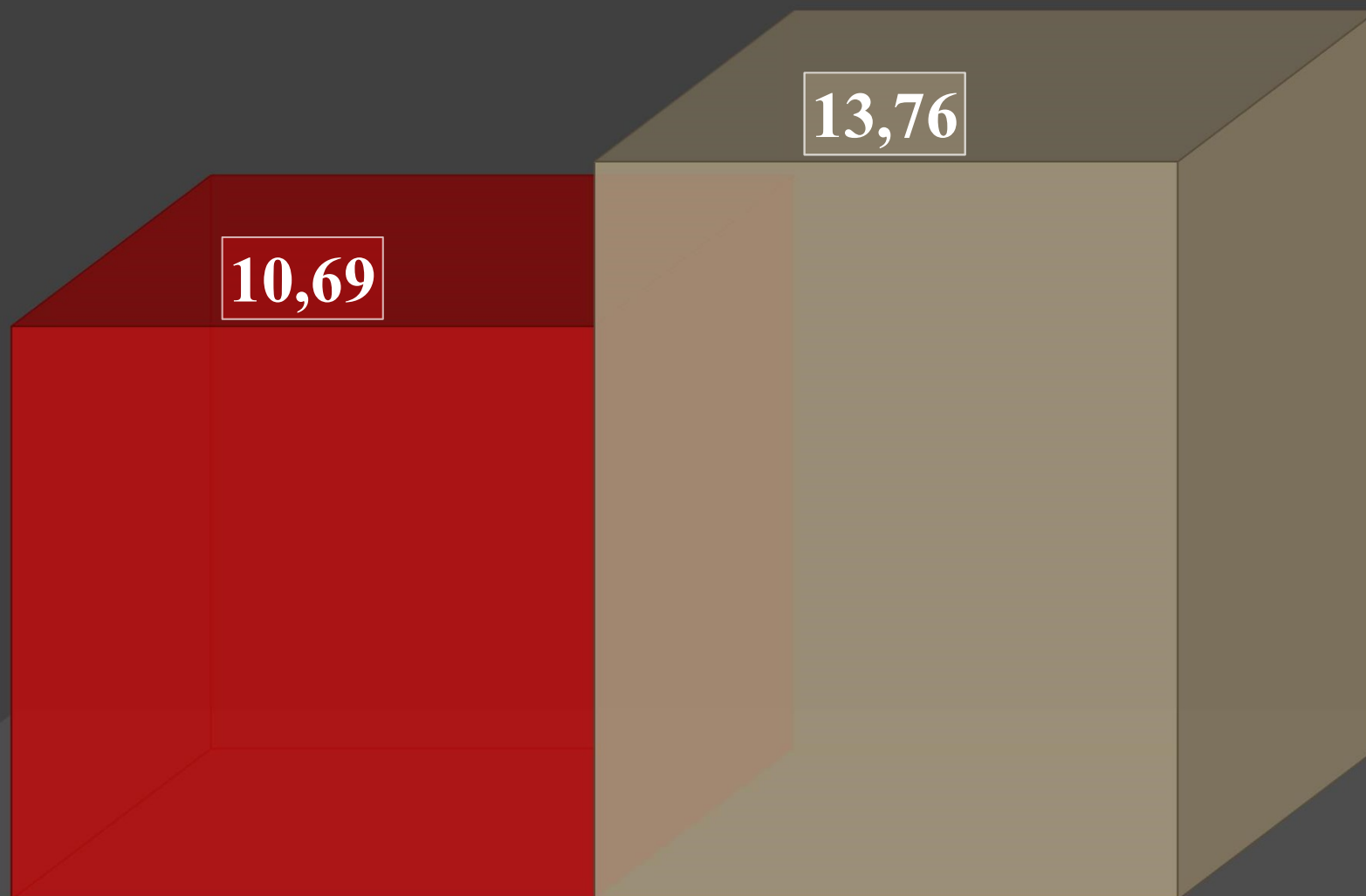
RX-TORACE $(1,41E-47)$

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



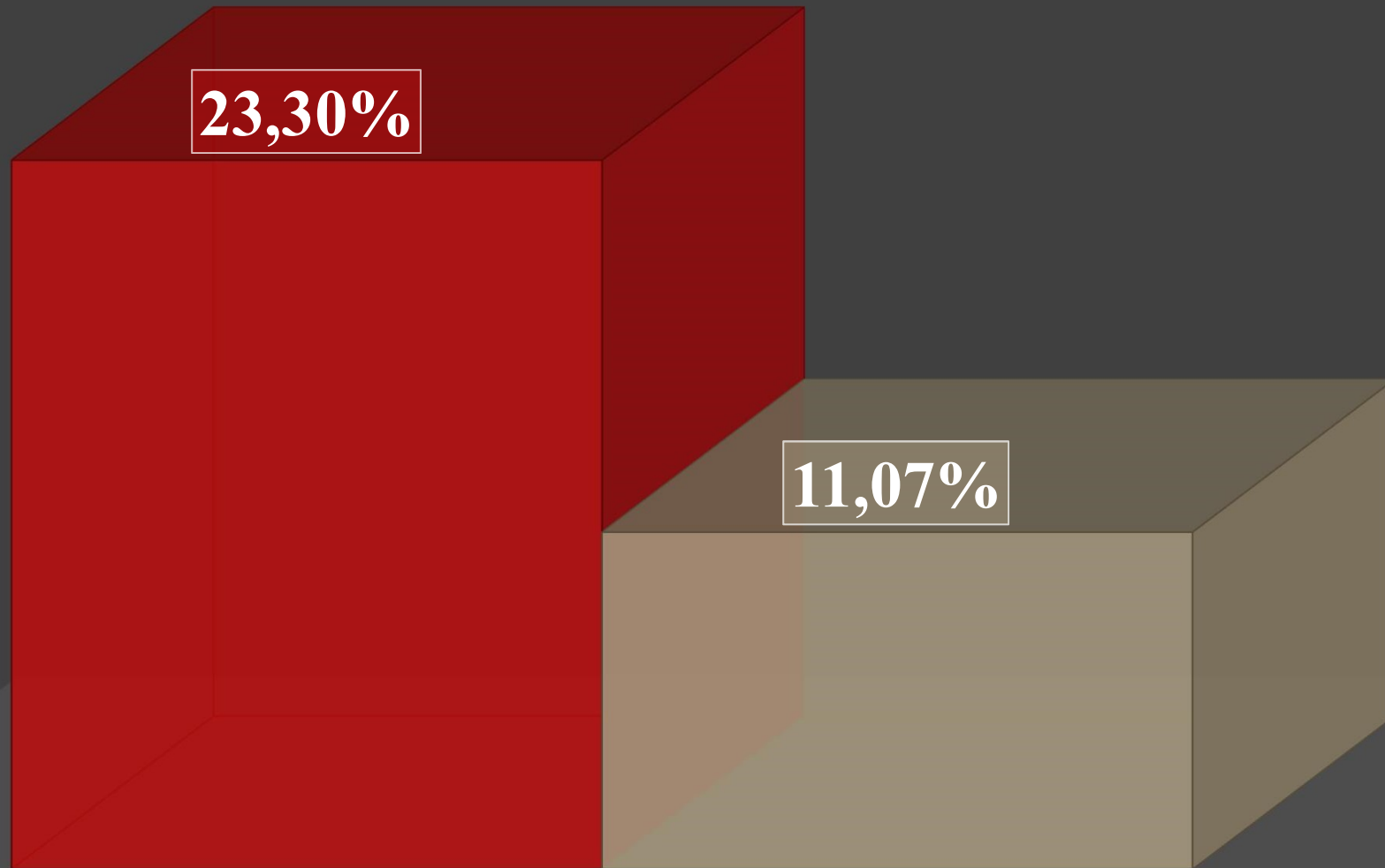
AUTONOMIA ALIMENTAZIONE (0,0025)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



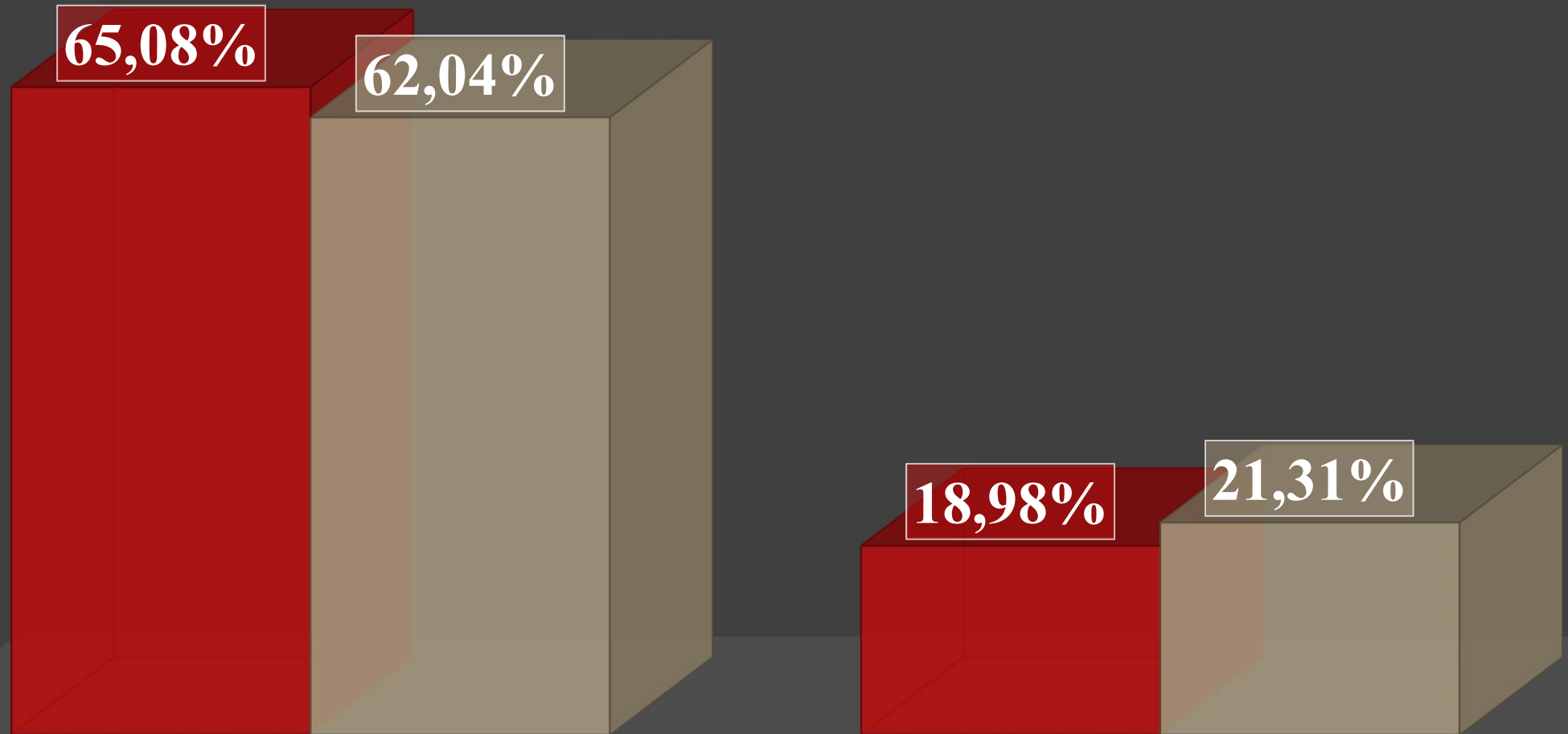
MORTALITA' (1,05E-40)

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



EVOLUZIONE DIMESSI

■ Ossigeno-Terapia ■ No O-T



Casa

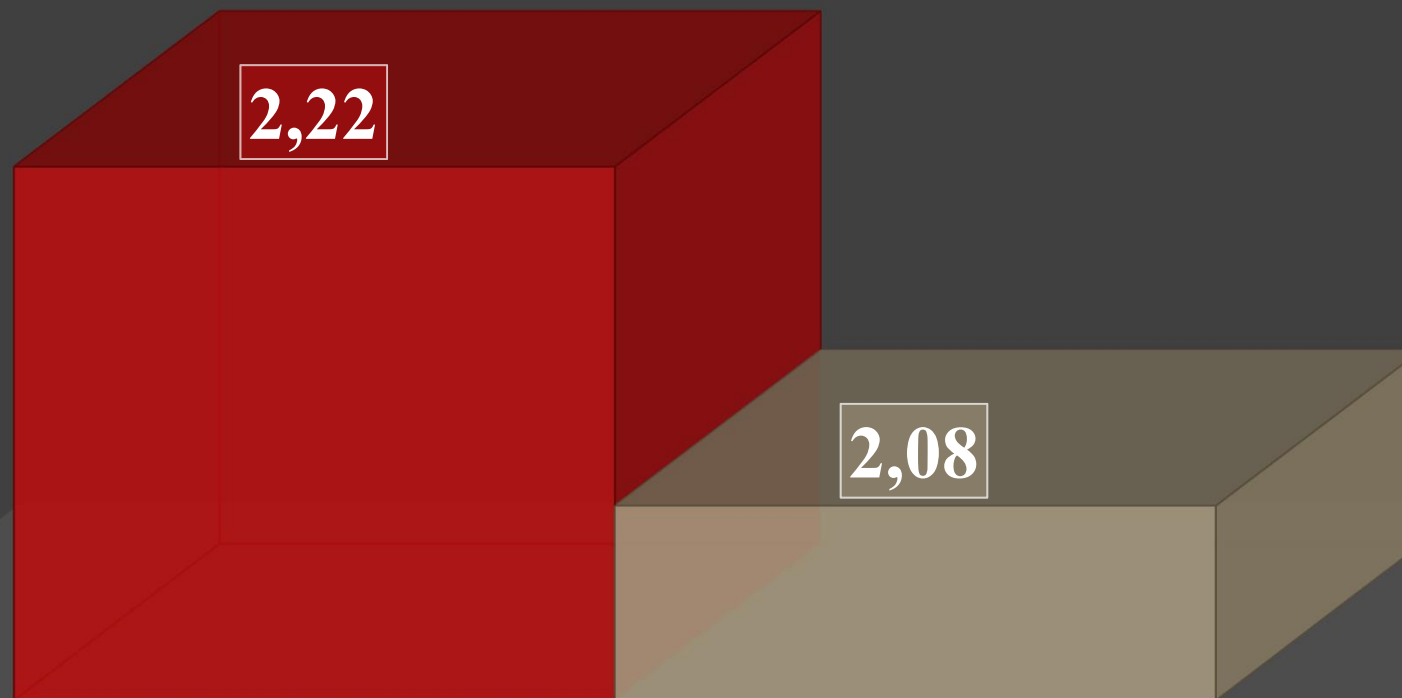
Rsa



Per Quali Patologie?

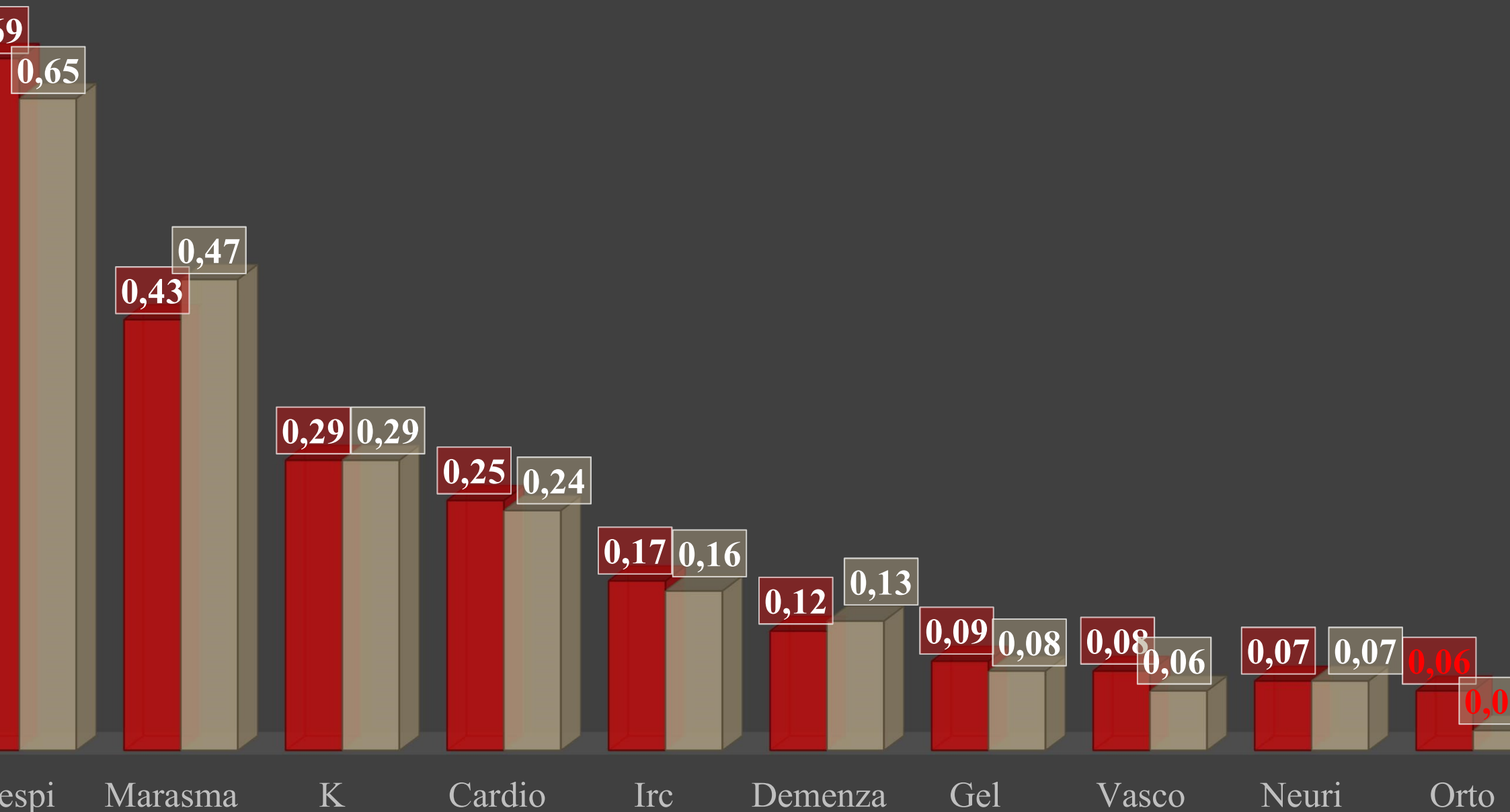
INDICATORE OSSIGENO (P<0,001)

■ Ingresso ■ Dimissioni



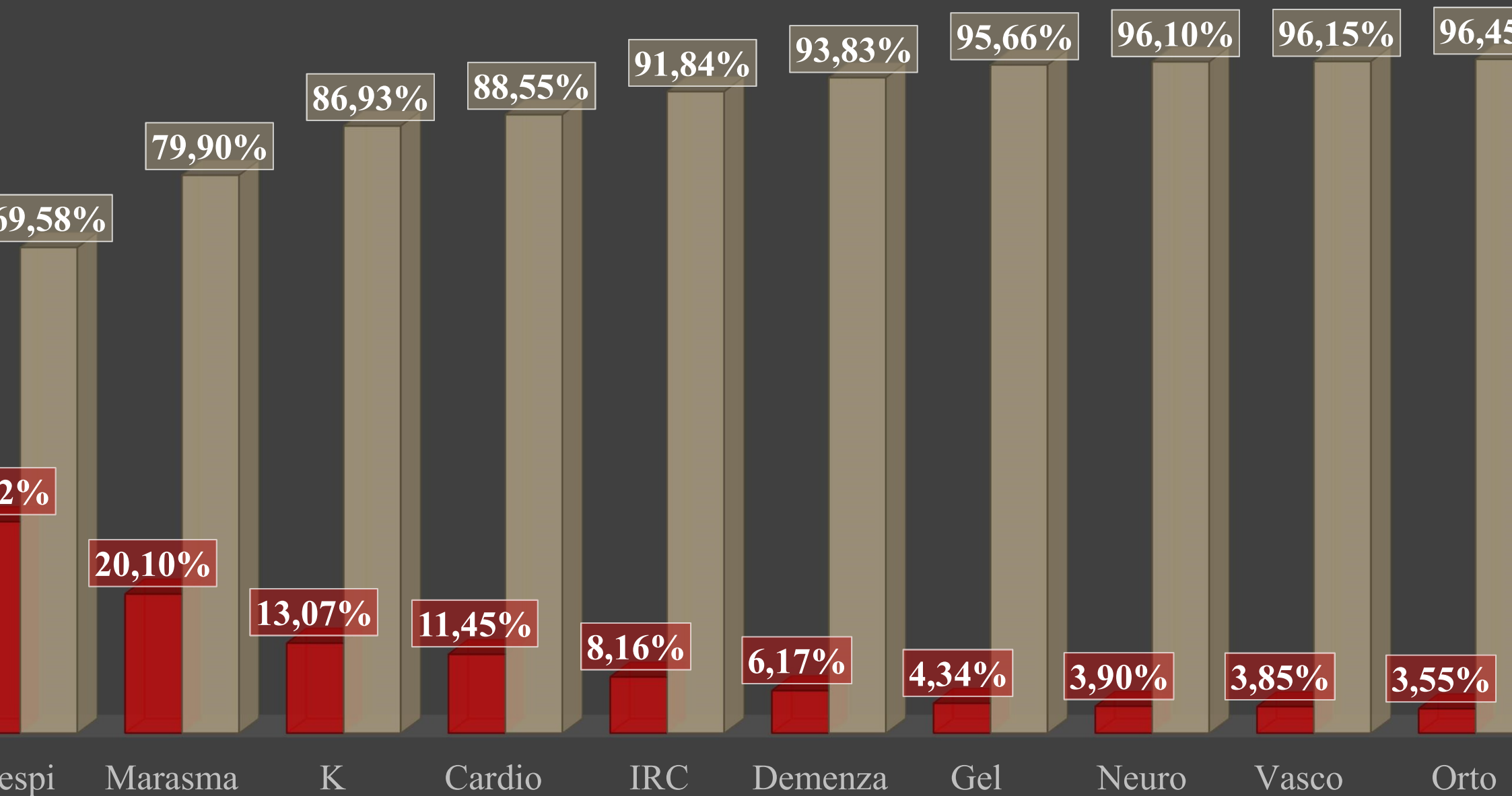
INDICATORE PER PATOLOGIE

■ Ingresso ■ Dimissione

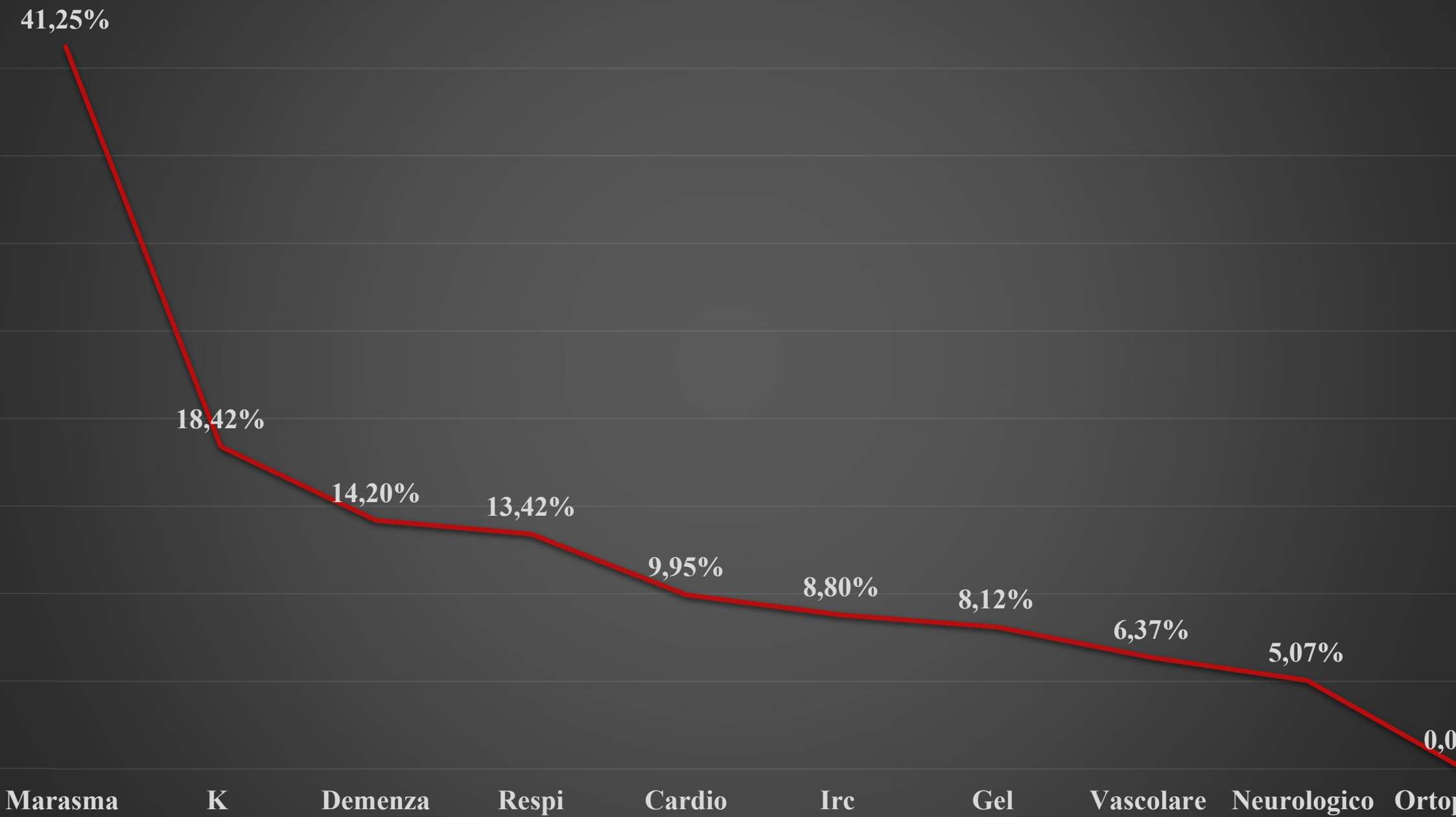


% PAZIENTI IN O2

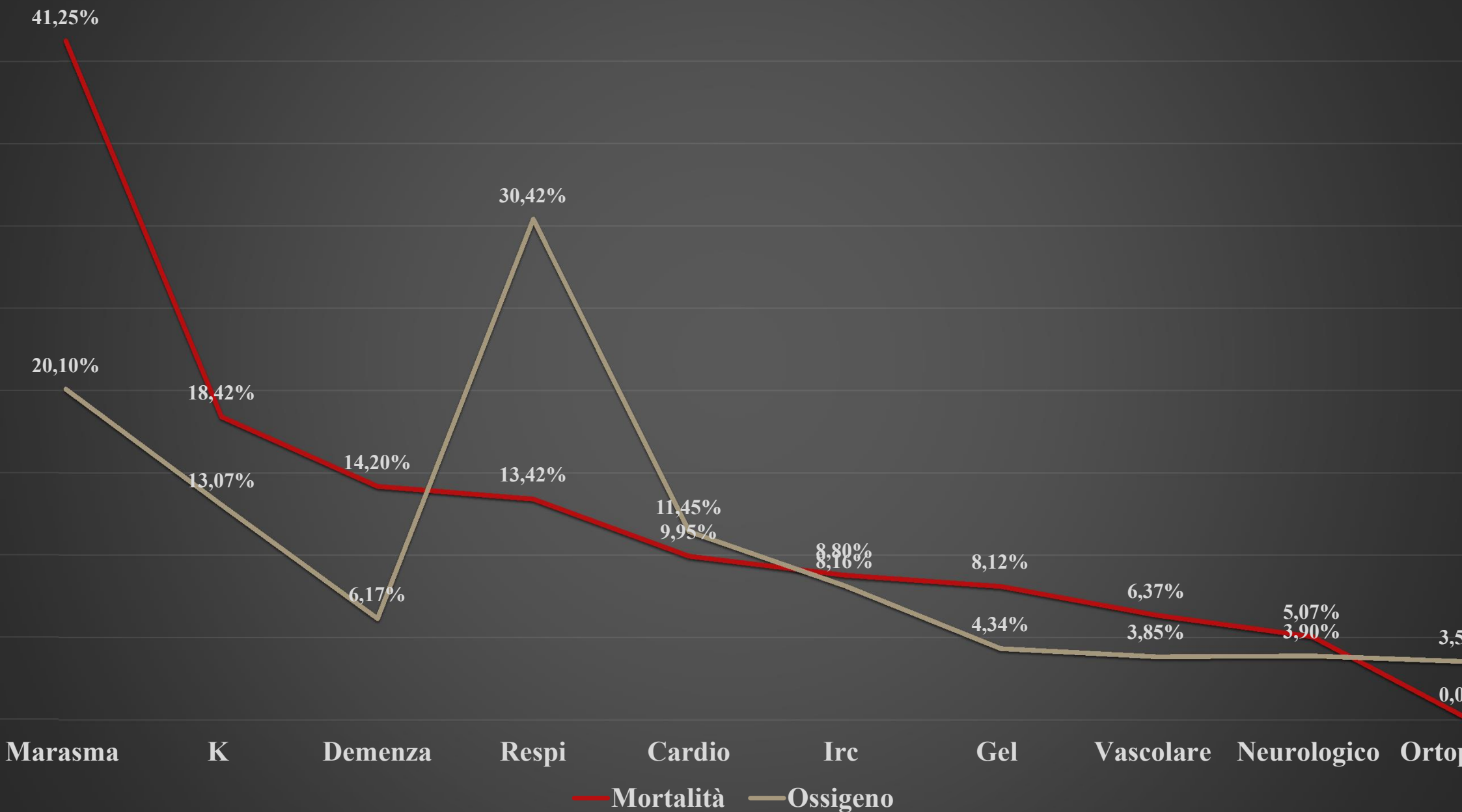
■ Ossigeno ■ No O2



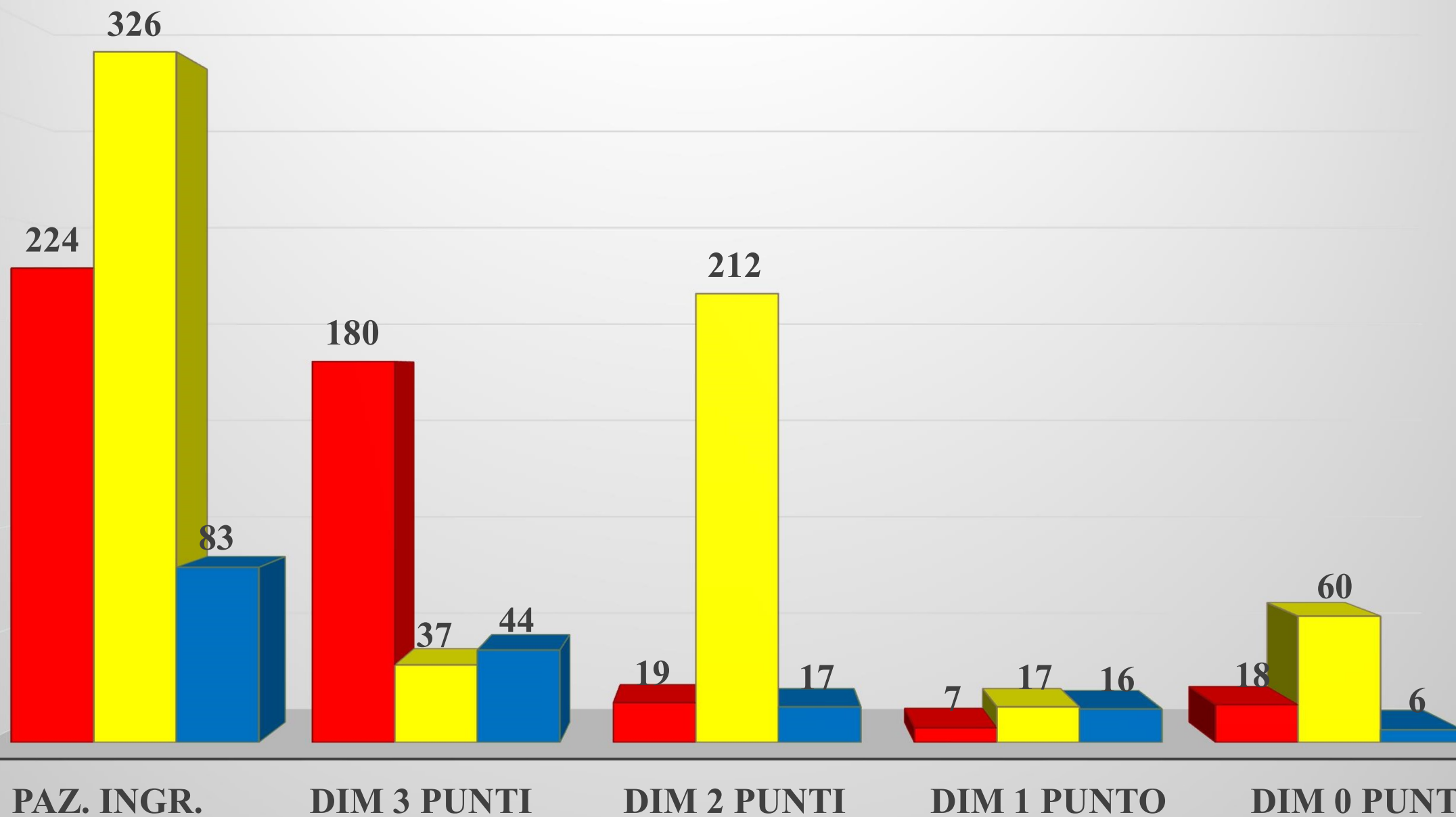
Mortalità per Patologie



Mortalità / Ossigeno

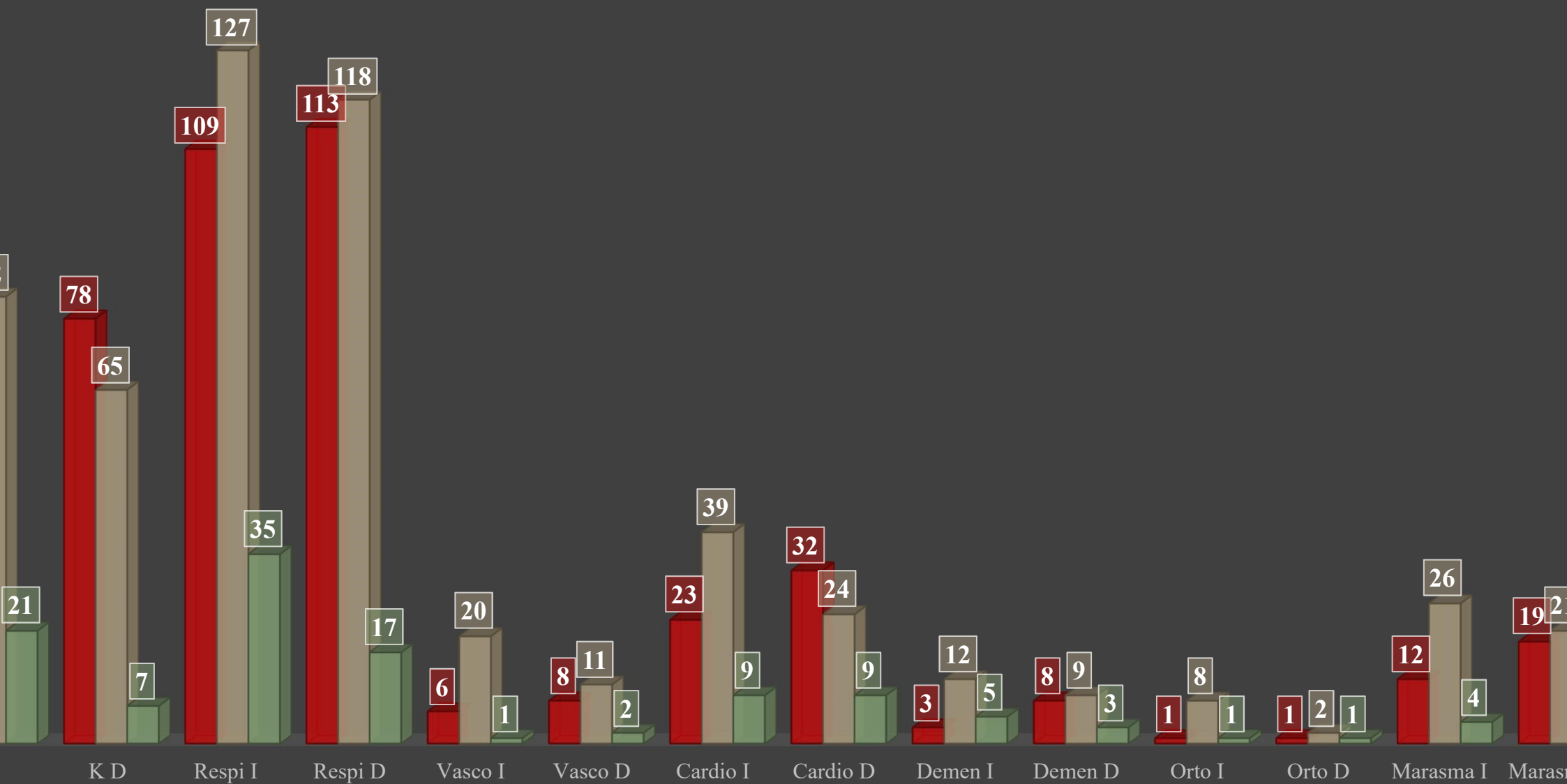


Evoluzione Punteggio (3-2-1 O₂ Ing/Dim)

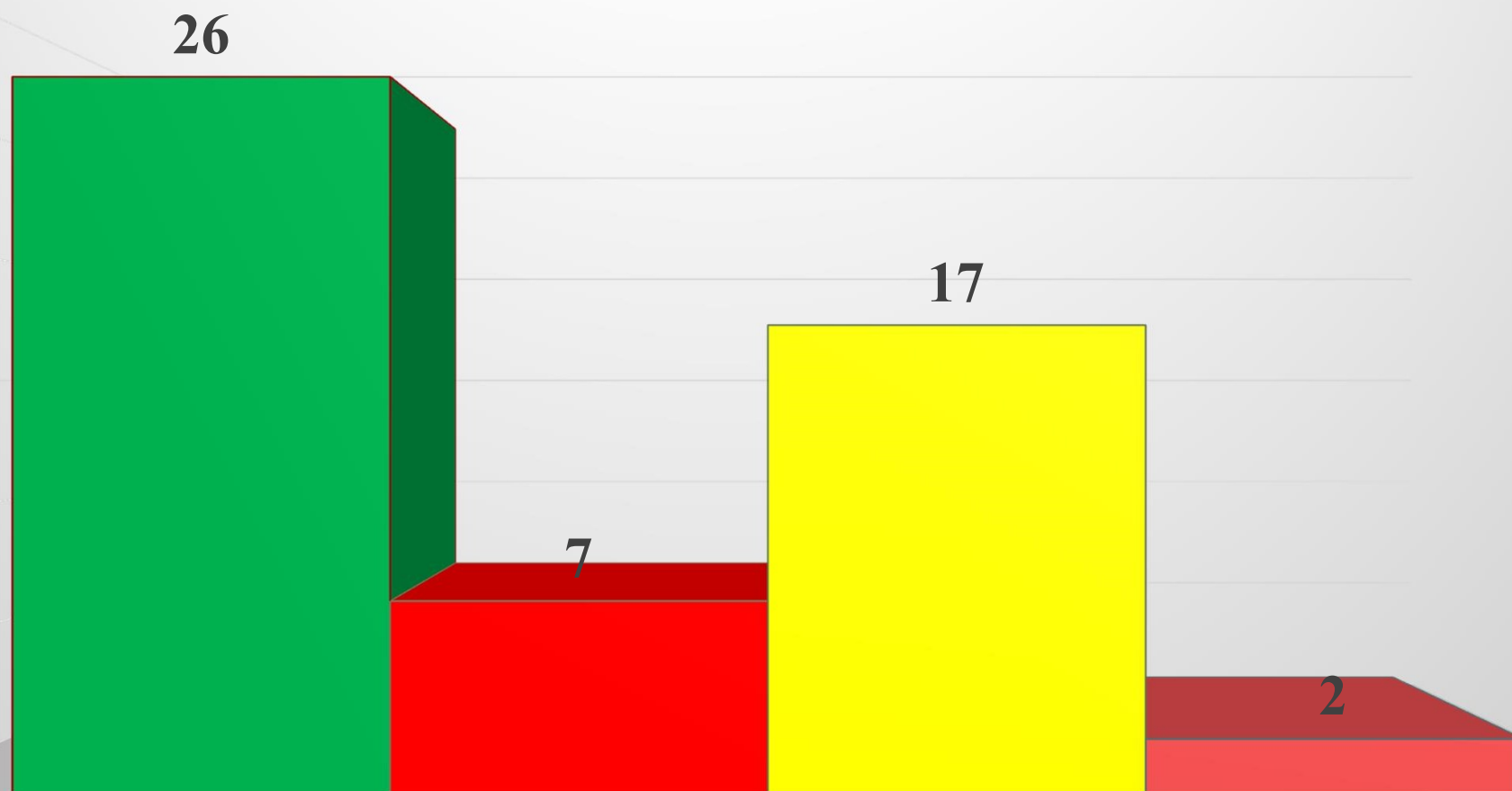


EVOLUZIONE PATOLOGIE

■ 3 ■ 2 ■ 1



Evoluzione Punteggio 0 Ing/Dim



■ Punt 0 Ingr

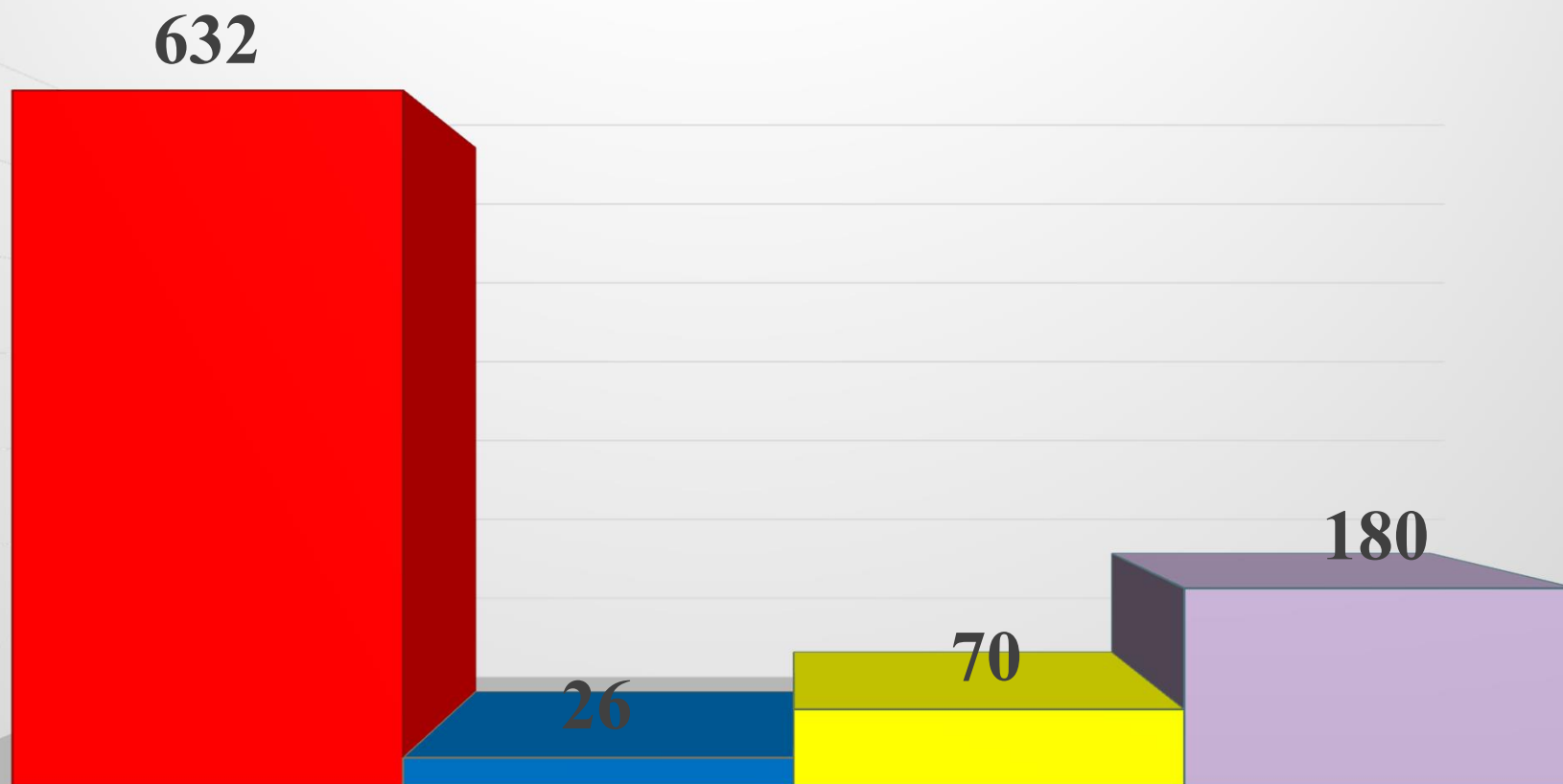
■ Punt 3 Dim

■ Punt 2 Dim

■ Punt 1 Dimiss

	Ossigenoterapia Ingresso	No Ossigenoterapia Ingresso	P<
IRIS Lun	25,92	15,41	2,10E-74
% Rx-Torace	85,56%	32,24%	1,41E-47
Mortalità	23,30%	11,07%	1,05E-40
Test Norton	11,51	13,01	4,31E-31
Catetere Ingresso	44,46%	24,94%	1,84E-24
Deambulazione Norton	2,11	2,49	1,03E-23
ADL	15,00	13,42	8,65E-16
Autonomia Alimentaz	2,05	1,74	4,54E-15
% Allettati	24,35%	12,38%	1,38E-14
CIRS	13,54	12,05	2,60E-14
SPMSQ	5,25	4,56	1,48E-08
LdP Ingresso	29,90%	21,23%	9,95E-07
Durata Degenza	46,97	54,37	8,42E-06
Polmoniti	3,16%	1,60%	1,30E-05
Alimentazione	10,69	13,76	0,00025
% NAS	95,10%	89,30%	0,0005
N° Malattie	5,10	4,48	0,001
O2	2,22	2,08	0,001
% Maschi	44,54%	36,97%	0,005
Nuovi Decubiti	4,8%	3,01%	0,050
Fac	24,96%	16,39%	0,050
Età Media	81,12	80,83	n.s.
% Incontinenti	48,62%	34,77%	n.s.
Test di Conley	4,20	4,11	n.s.
Nuove Cadute	10,24%	11,60%	n.s.
Proteine Totali	5,84	6,09	n.s.
% Albumina	53,48%	54,14%	n.s.
Emoglobina	11,36	11,69	n.s.
Globuli Bianchi	8,97	9,79	n.s.
Linfociti	1,72	2,98	n.s.
Casa	65,08%	62,04%	n.s.
RSA	18,98%	21,31%	n.s.

Totale Pazienti in O2-Terapia



PAZIENTI

■ Ingresso

■ Nuovi Dimiss

■ Intermedi

■ Term/Pall

OSSERVAZIONI

ossigeno-terapia è Marker di Fragilità'?

**ossigeno-terapia è Elemento Prognostico
Avversivo? Evento Avverso?**

**ossigeno-terapia è di Competenza solo
Pneumologica e delle Patologie Respiratorie?**

ossigeno-terapia è Indice di Comorbilità?

ossigeno-terapia è Sinonimo di Complessità?

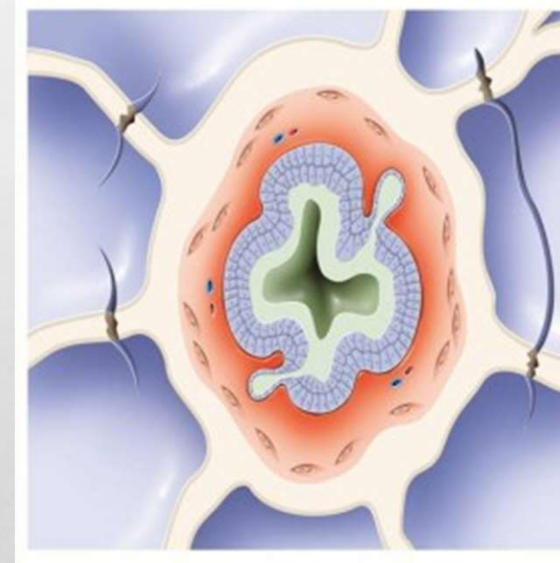
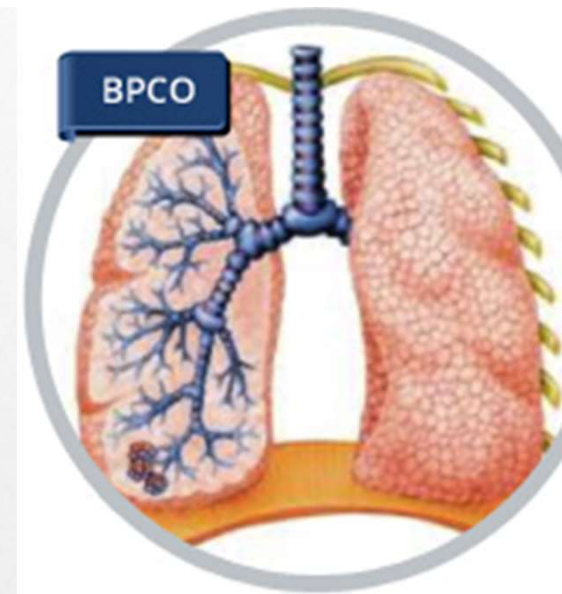
**ossigeno-terapia è Parametro di Carico
Assistenziale?**

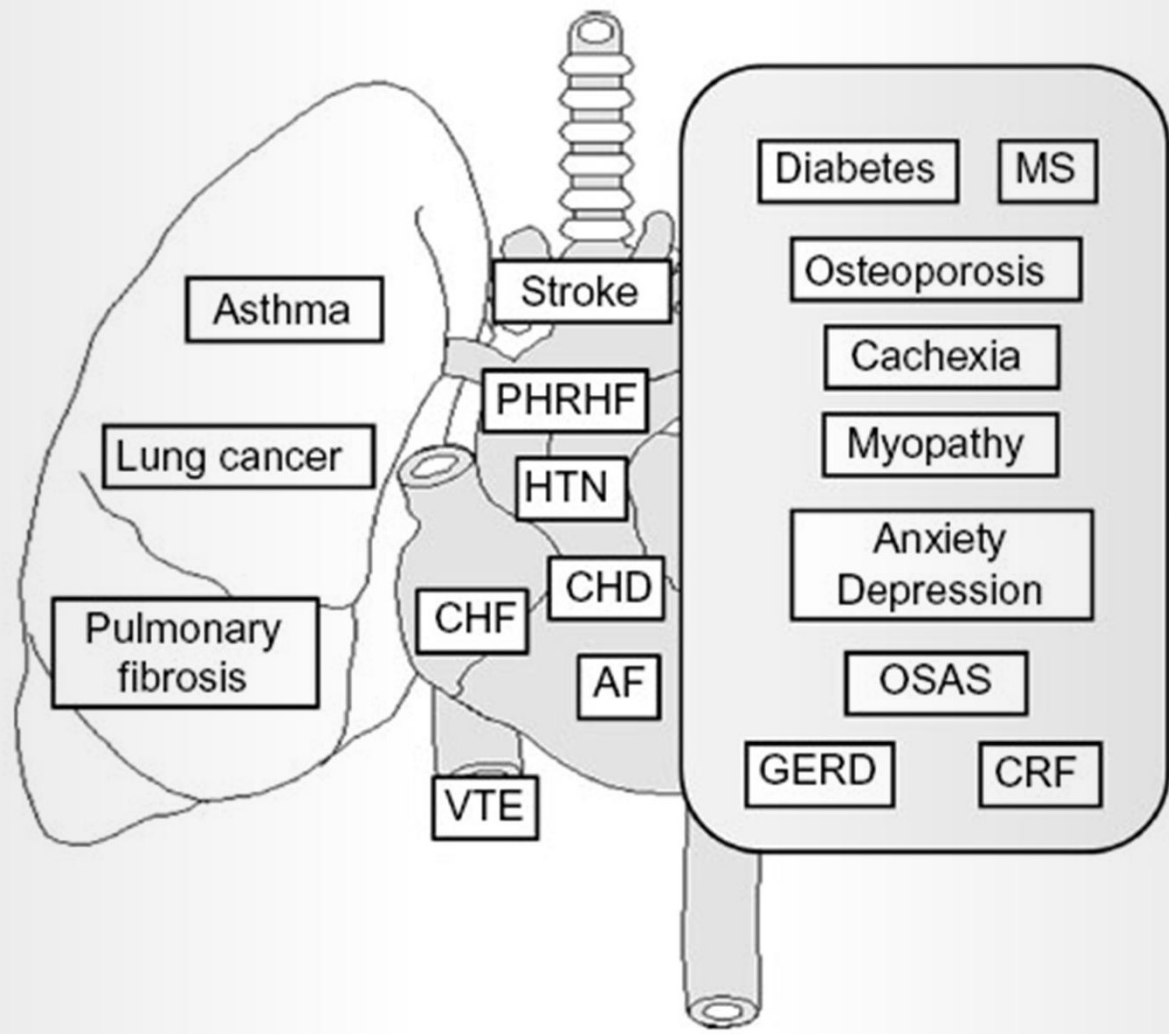


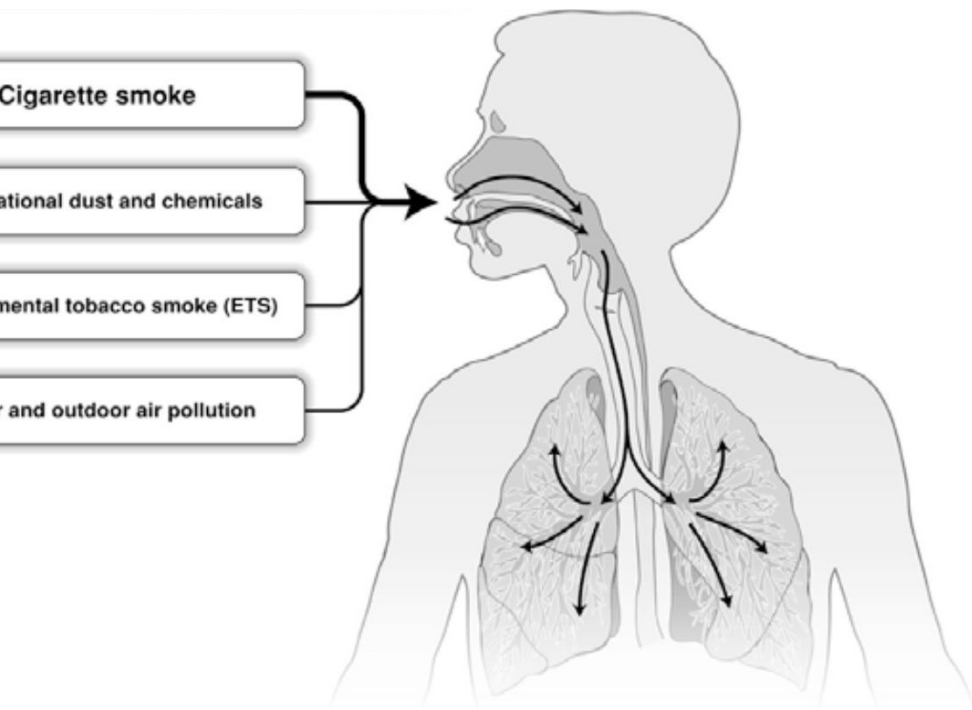
broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) si inisce come una malattia polmonare causata da diversi inquinanti ambientali, in particolare il fumo di sigaretta, che è prevenibile e trattabile.

La malattia è inoltre caratterizzata da un'**ostruzione bronchiale persistente ed evolutiva**, spesso associata a significativi **effetti extrapolmonari** che nei singoli pazienti possono contribuire alla gravità delle manifestazioni cliniche.

L'ostruzione bronchiale è in genere accompagnata da una **abnorme risposta infiammatoria broncopolmonare** e da un'esposizione cronica a inquinanti ambientali, e in particolare al fumo di sigaretta.



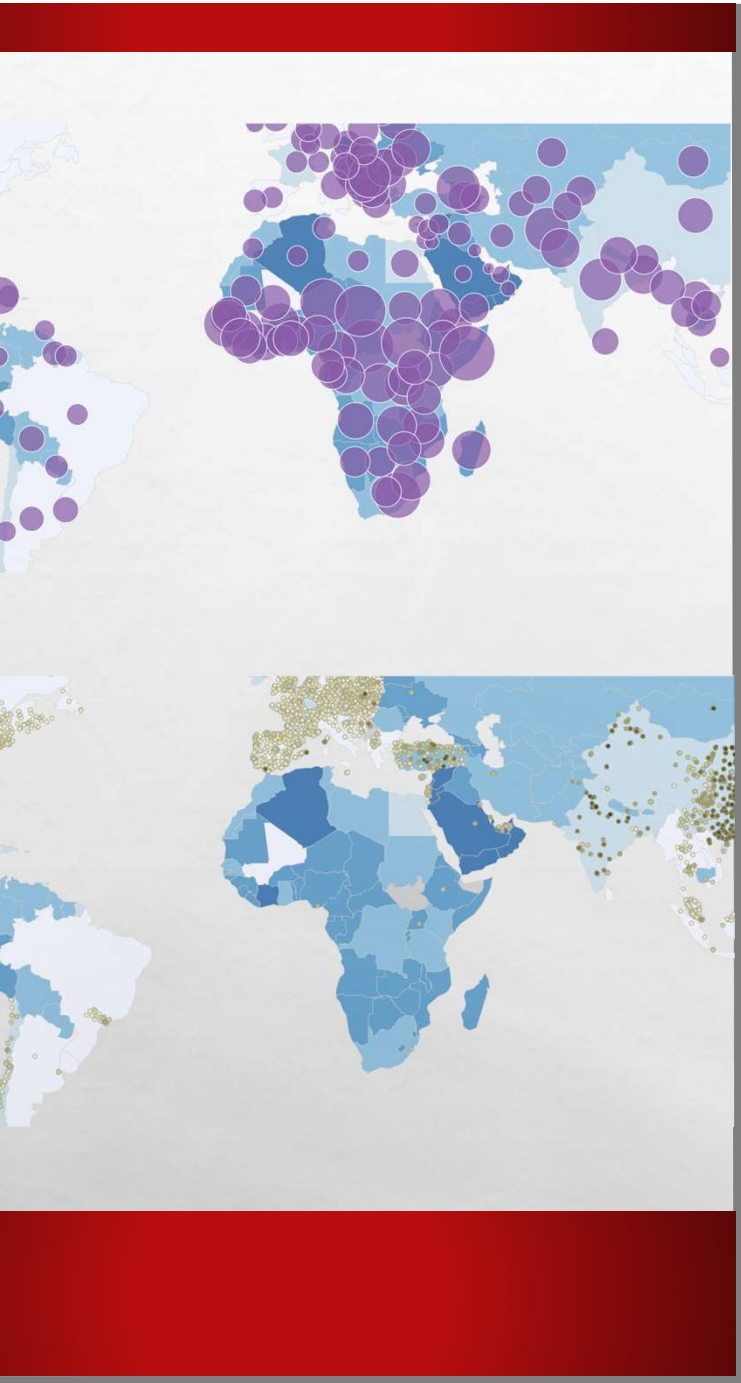




un tipo di particella, a seconda della misura e composizione, può contribuire al rischio con un diverso peso, il rischio totale dipenderà dall'integrale delle esposizioni storiche.

Diversi sono i fattori di rischio per l'insorgenza della BPCO, il fumo di sigaretta è il principale; tuttavia ne dobbiamo considerare altri, fra cui le polveri respirate in ambiente di lavoro (polveri organiche e inorganiche, agenti chimici e fumi), l'inquinamento degli ambienti interni, l'esposizione al fumo passivo e l'inquinamento atmosferico: tali fattori di rischio costituiscono anche i principali fattori di rischio per tutte le malattie croniche e per alcuni tumori, compreso quello del polmone.





Pollution

is the world's largest environmental cause of disease and premature death

Pollution disproportionately kills the poor and the vulnerable.

Nearly 90 percent of pollution-related deaths occur in low-income and middle-income countries. Children face the highest risks because small exposures to chemicals in utero and in early childhood can result in lifelong disease, disability, premature death, as well as reduced learning and earning potential.

In 2016, diseases caused by pollution were responsible for **9 million premature deaths**. That is **16 percent** of all global deaths.



Exposure to contaminated air, water and soil kill more people than high-calorie diet, obesity, alcohol, road accidents, or child and maternal malnutrition. They are also responsible for three times as many deaths as AIDS, tuberculosis, and malaria combined, and for nearly 10 times as many deaths as war and all forms of violence.

Air pollution and climate change are closely linked and share common solutions. Fossil fuel combustion in higher-income countries and the burning of biomass in lower-income countries accounts for 85 percent of airborne particulate pollution.



Major emitters of carbon dioxide are coal-fired power plants, chemical producers, mining operations, and vehicles. Accelerating the switch to cleaner sources of energy will reduce air pollution and improve human and planetary health.

The cost of inaction is high, with several losses and enormous economic gains. Welfare losses due to pollution are estimated at \$4.6 trillion a year — 6.2 percent of global economic output. In the United States, investment in pollution controls has returned \$200 billion each year since 1990 (\$6 trillion total). The claim that pollution control stifles economic growth and that poor countries must pollute to grow is false.

Pollution is neglected by funding agencies worldwide.



We can all help to make a difference.

Governments can integrate pollution challenges and control strategies into planning processes. Ask for support from development assistance agencies. Design and implement programs that reduce pollution, and save lives. End government subsidies and tax breaks for polluting industries.

Individuals should demand, for a detailed form, health protection rules, and individuals should prioritize funding for pollution planning, interventions, and research.

People affected by pollution can review data related to toxic exposures in their neighborhood and connect with help by visiting www.pollution.org

mgp.who.int/airpollution

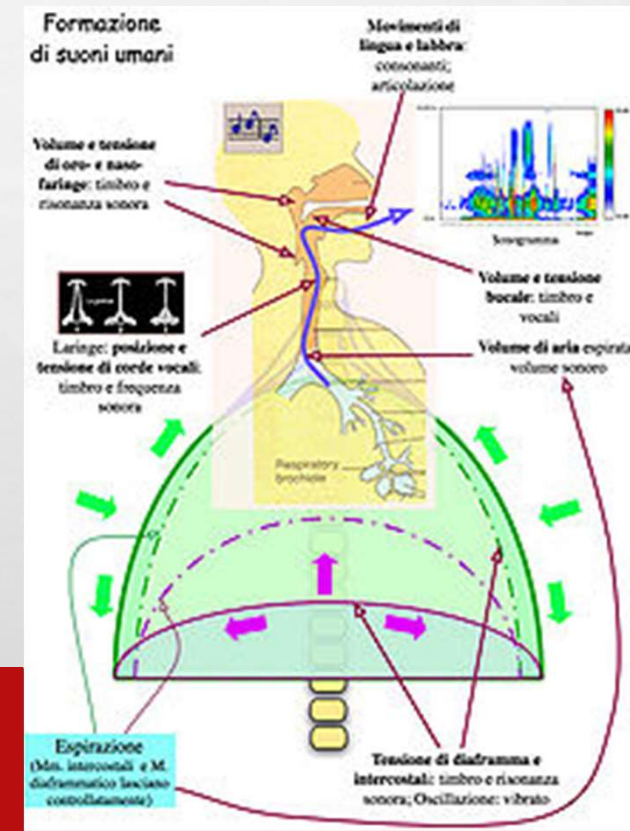
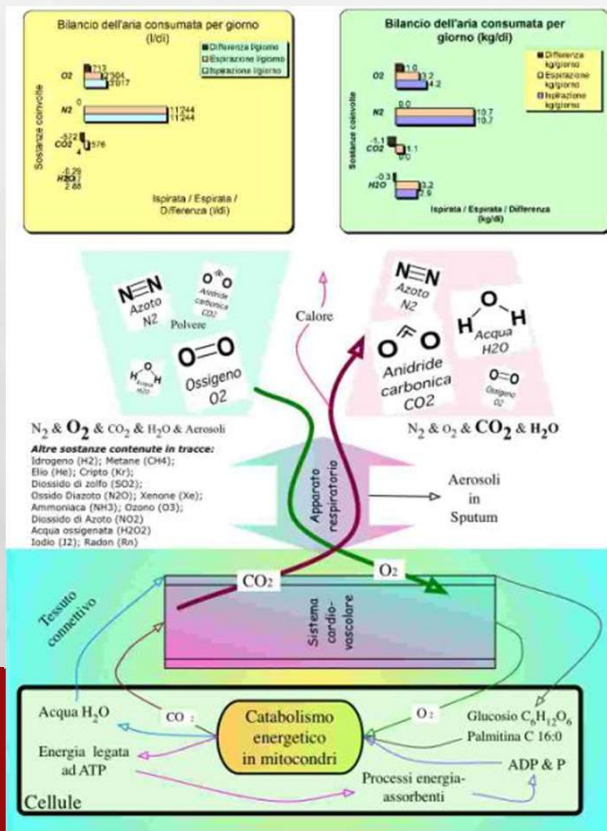


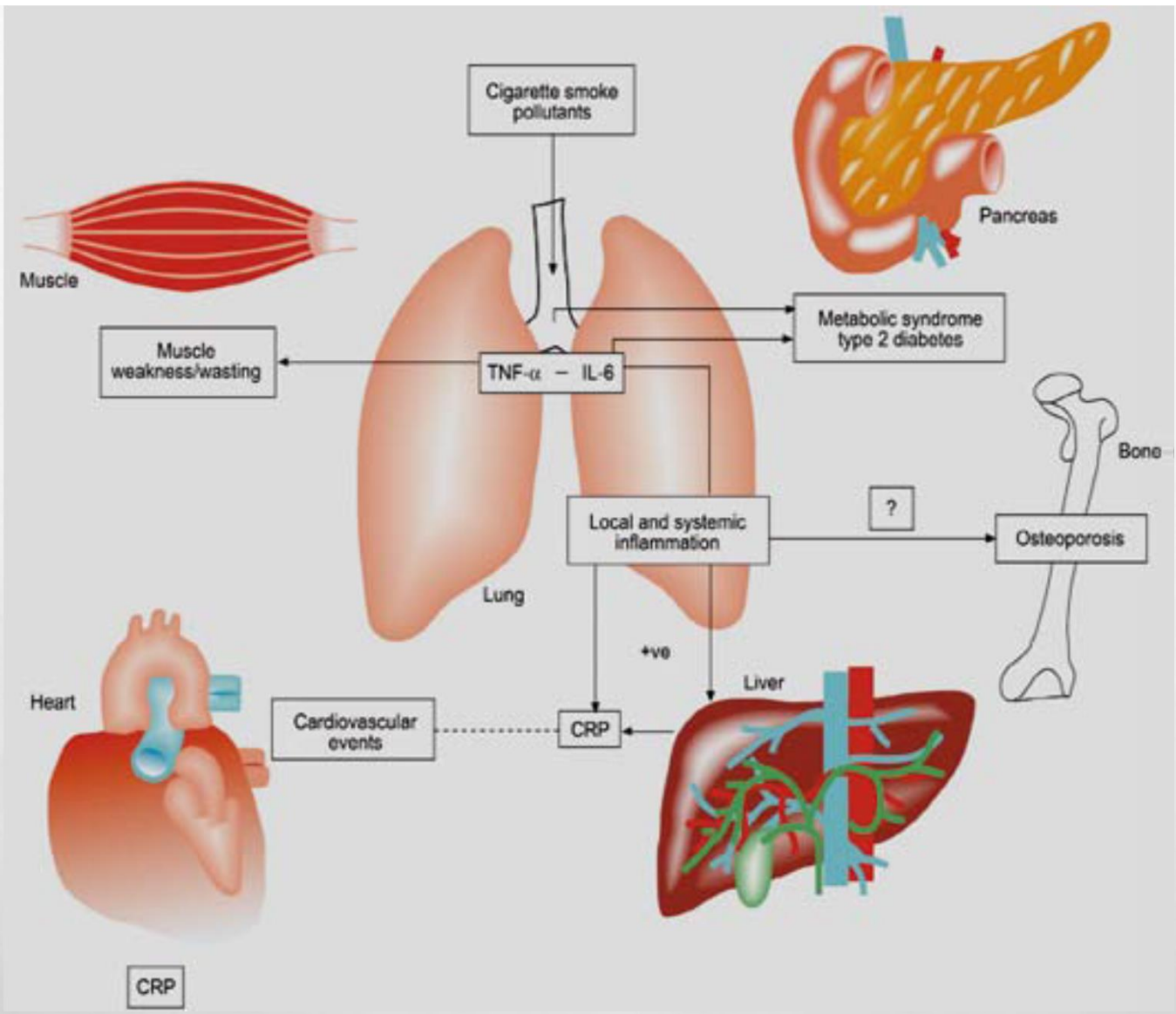
THE LANCET



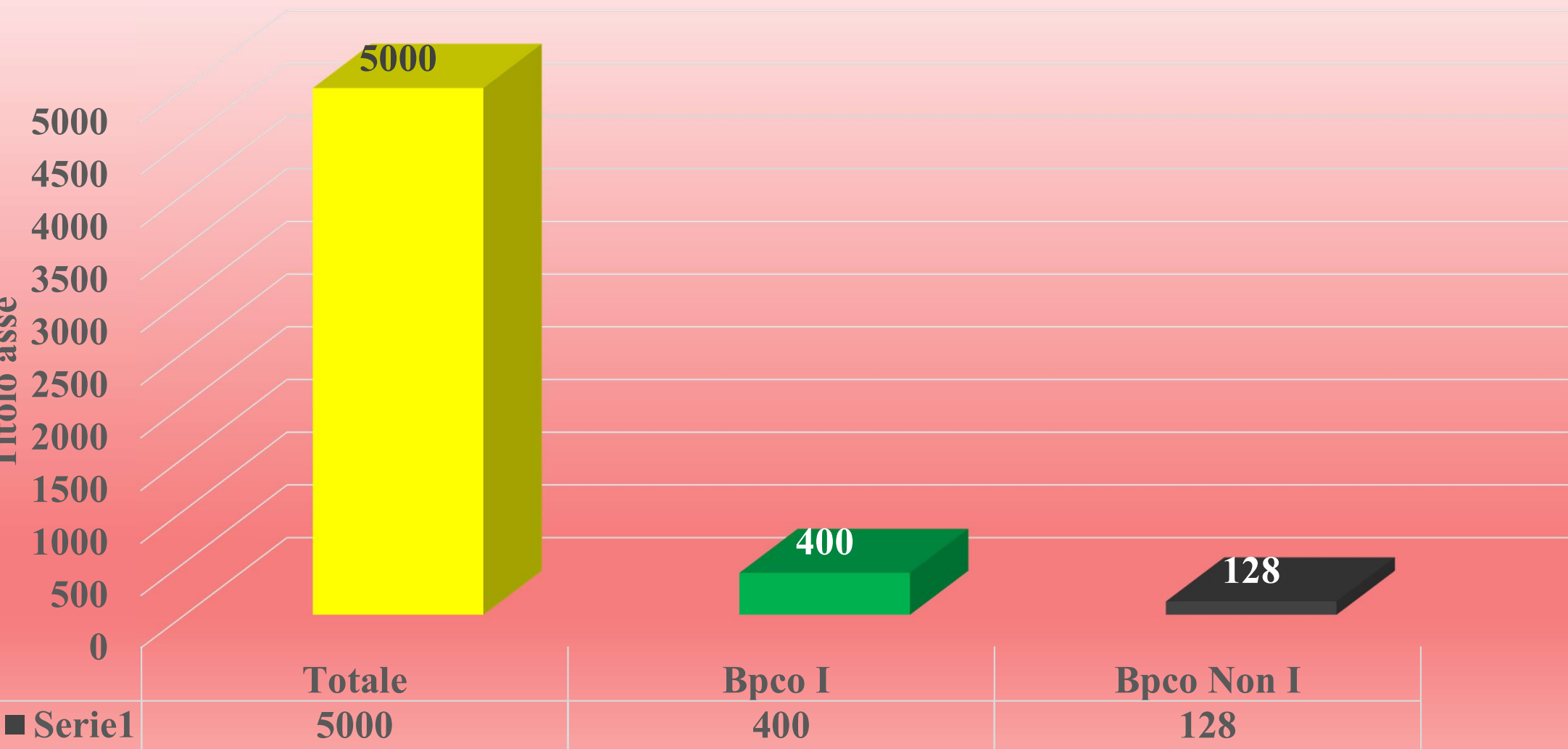
a ora, le **definizioni di BPCO** sono state focalizzate sui polmoni in base all'idea che la produzione di particelle e gas interessasse principalmente il tratto respiratorio.

via il **fumo di sigaretta e gli altri fattori di rischio ambientali** causano non solo un'infiammazione a carico del polmone e delle vie aeree, ma **anche una infiammazione immunitaria cellulare e umorale**, uno stress ossidativo sistemico, alterazioni della funzione motoria ed endoteliale, con aumento della concentrazione in circolo di numerosi fattori coagulanti.

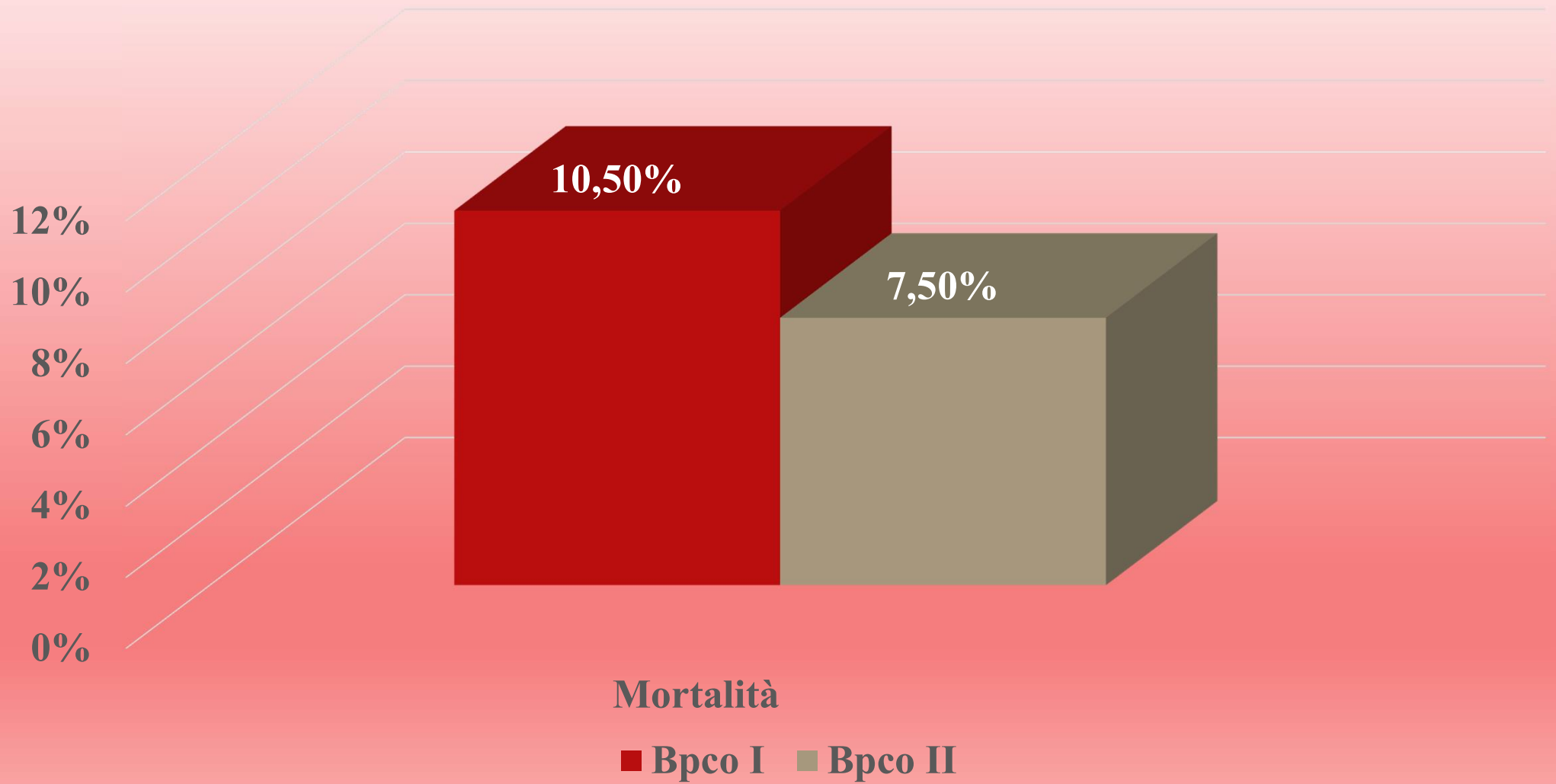




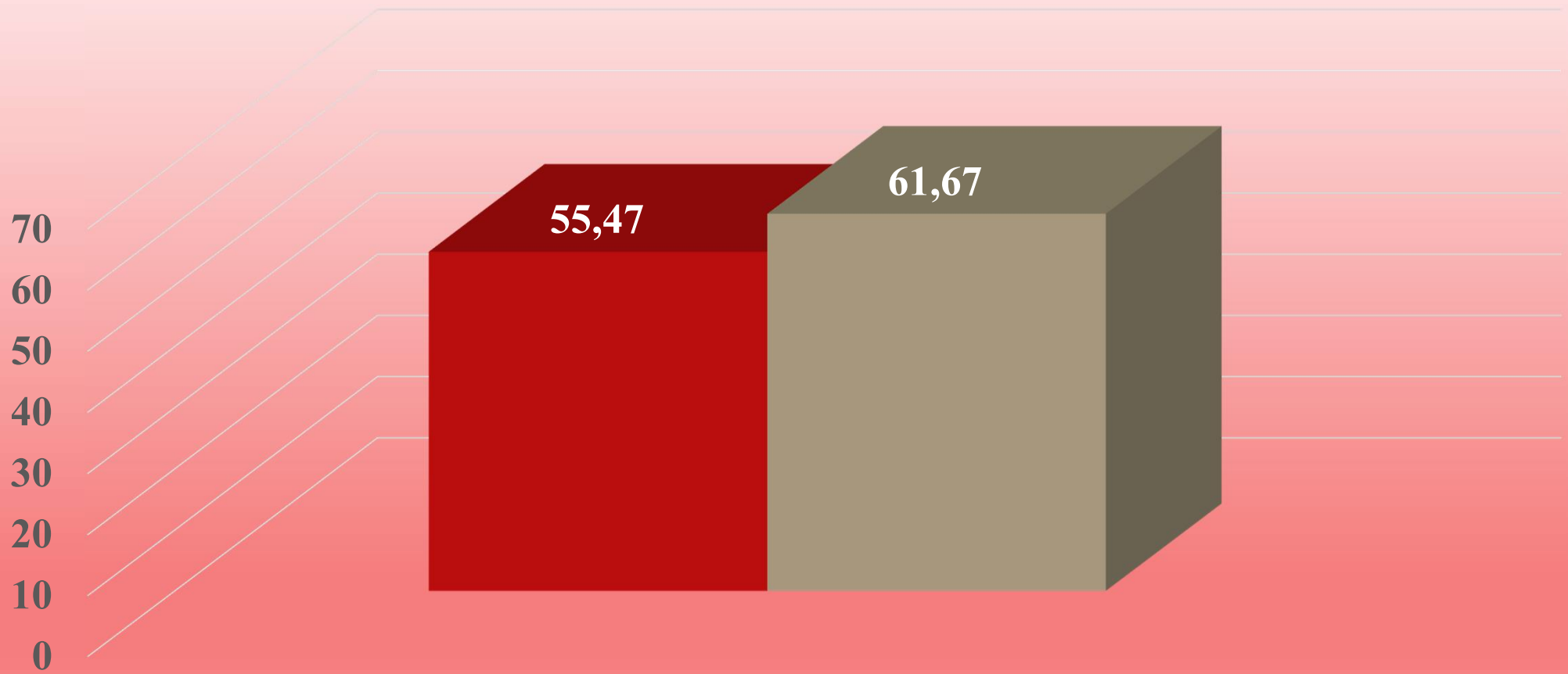
Casistica Pazienti



Mortalità



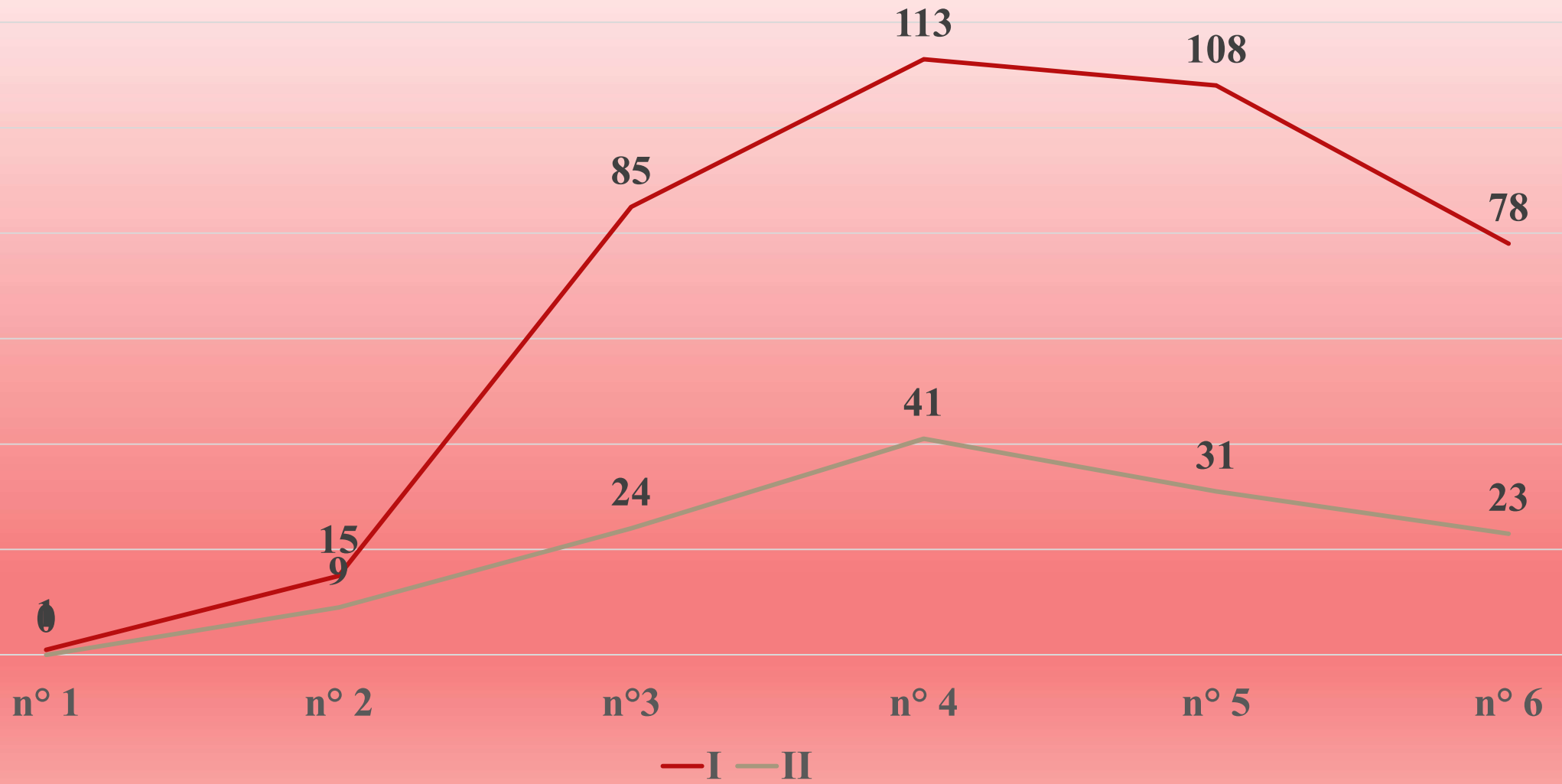
Durata Degenza



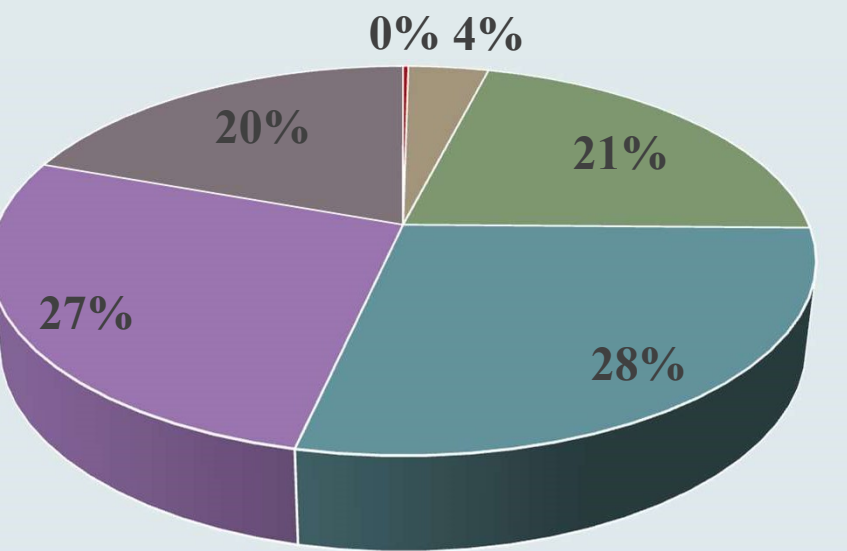
Durata Degenza

■ Bpco I ■ Bpco II

N° Patologie

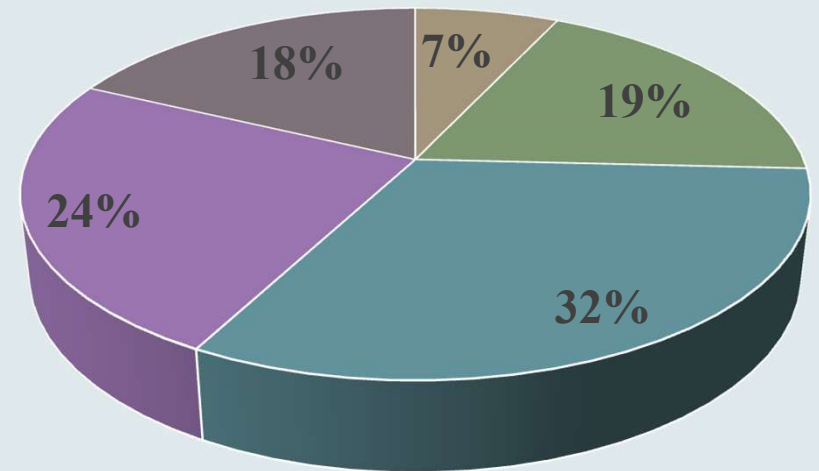


Bpco I



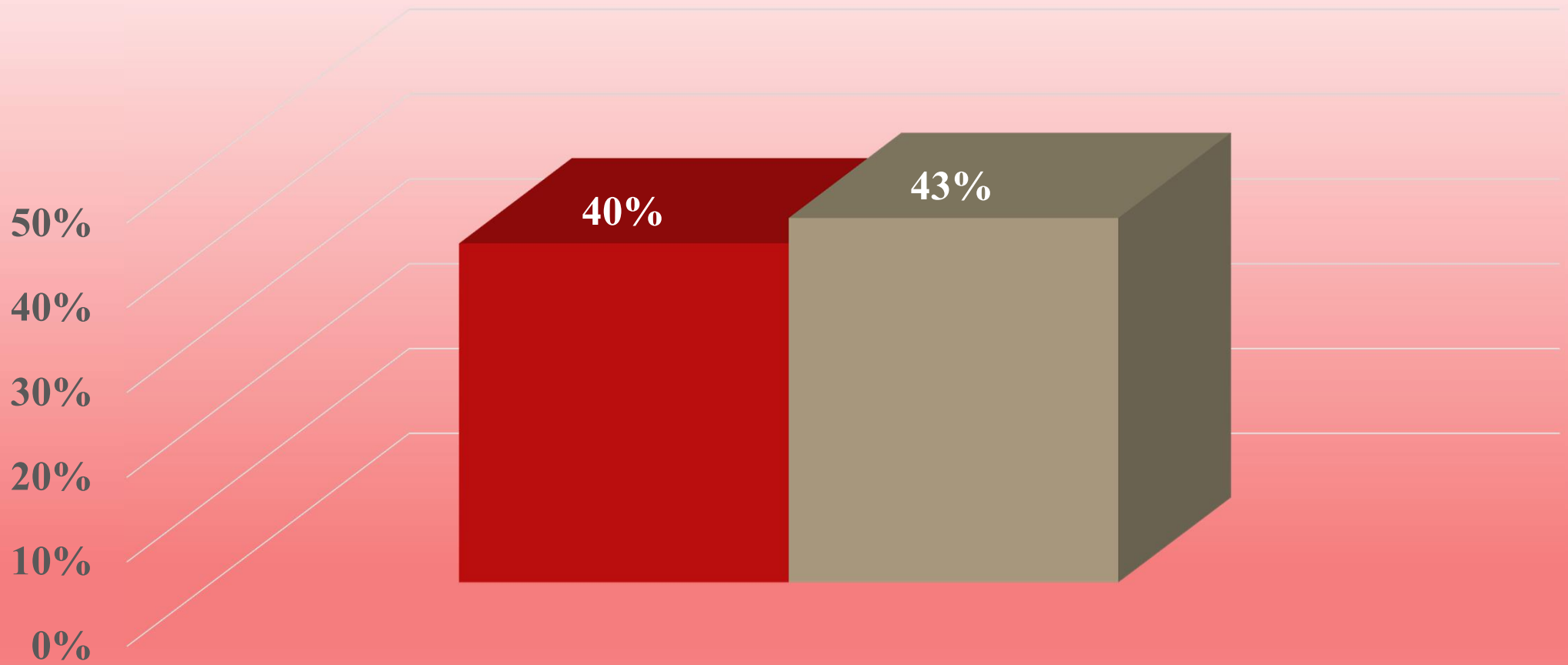
n° 1 n° 2 n° 3 n° 4 n° 5 n° 6

Bpco non I



n° 1 n° 2 n° 3 n° 4 n° 5 n° 6

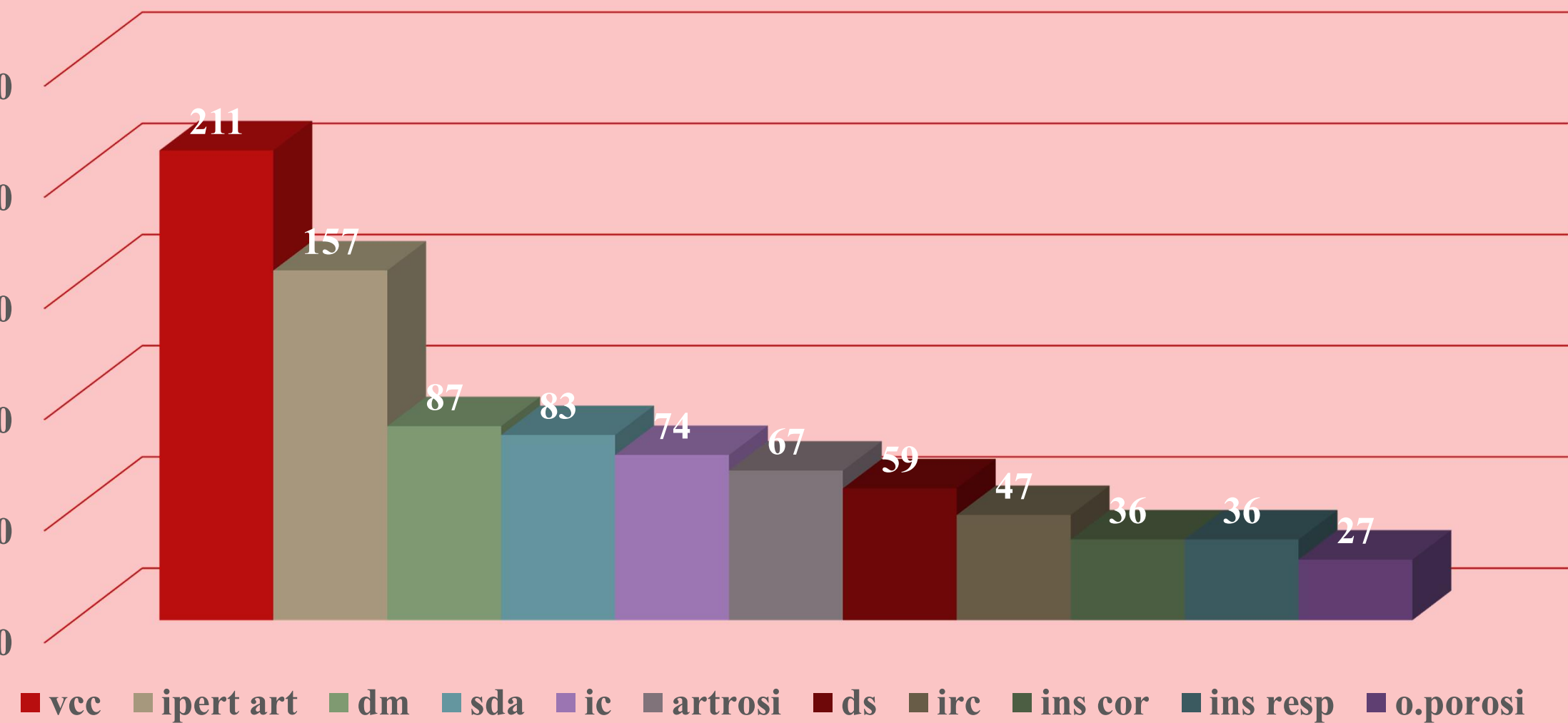
% Maschi



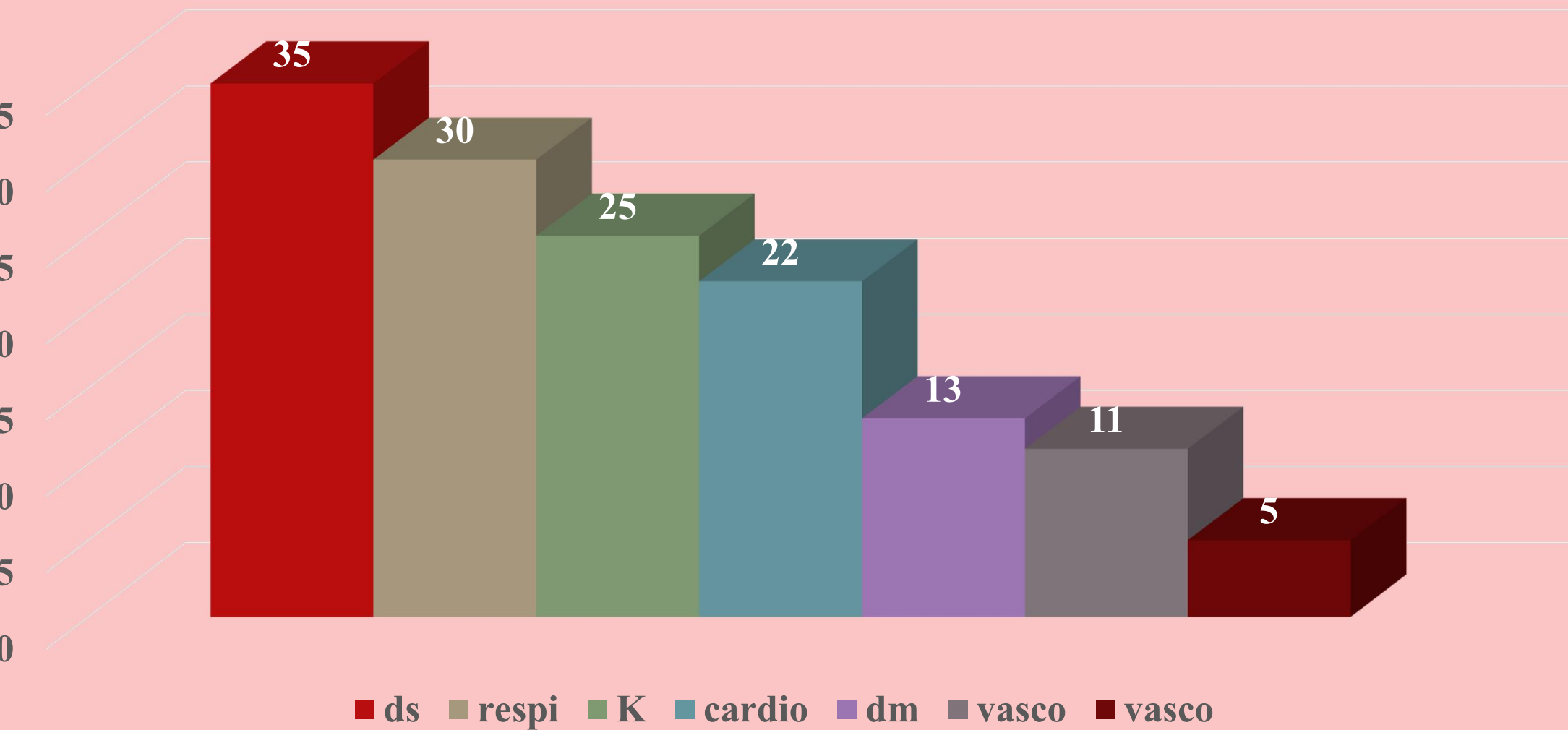
Maschi

■ Bpco I ■ Bpco Non I

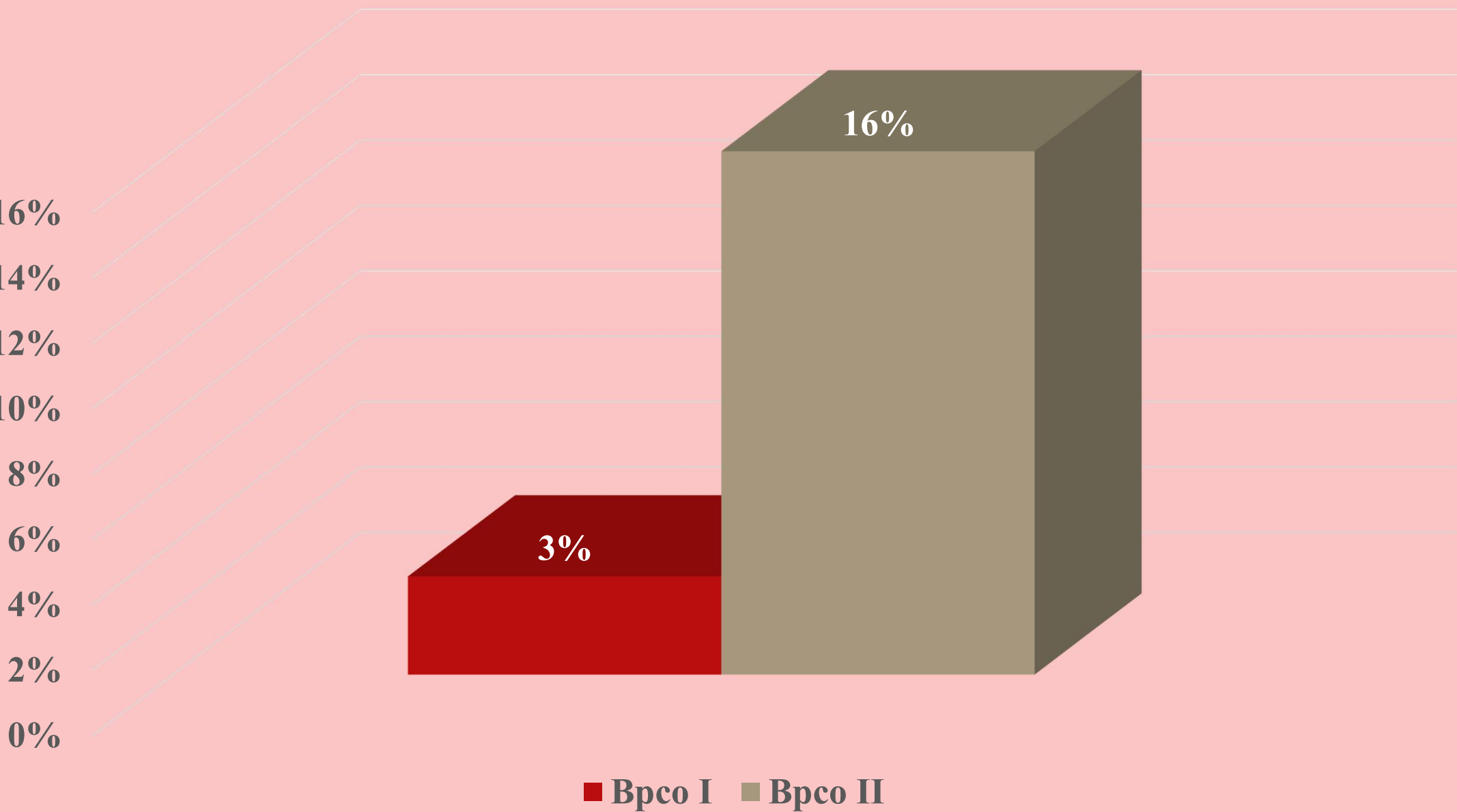
Comorbilità Bpco I



I Patologia Bpco II Diagnosi



Comorbilità K



CLASSIFICAZIONE EPIDEMIOLOGICA

OLMONITE DI COMUNITÀ, CAP: ACQUISITE IN AMBIENTE COMUNITARIO

OLMONITE CORRELATE A PRATICHE ASSISTENZIALI, HCAP: INSORGENZA ENTRO 48 HH NEGLI ULTIMI 30 GG, RESIDENZA/RICOVERO IN LUNGODEGENZA (LTCF) O IN ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI, TRATTAMENTO ANTIBIOTICO DELLA DURATA DI ALMENO 5 GG NEGLI ULTIMI 30 GG, ACCESSI ABITUALI E FREQUENTI PRESSO STRUTTURE SANITARIE

OLMONITE NOSOCOMIALE, HAP: DOPO ALMENO 48 HH DI OSPEDALIZZAZIONE

OLMONITE CORRELATA ALLA VENTILAZIONE, VAP: CHE INSORGONO ALMENO 48 HH DOPO L'INIZIO DELLA VENTILAZIONE

HAP: POLMONITE OSPEDALIERA

- **POLMONITE NOSOCOMIALE/OSPEDALIERA: INFEZIONE ACUTA DEL POLMONE ACQUISITA IN AMBITO OSPEDALIERO CHE SI MANIFESTA DOPO 48 HH DAL RICOVERO O DALLA DIMISSIONE**
- **A SECONDO DEL TEMPO INTERCORSO TRA RICOVERO E INSORGENZA DI POLMONITE SI DISTINGUONO:**
 - **HAP PRECOCI ENTRO 5 GG**
 - **HAP TARDIVE DOPO OLTRE I 5 GG**

ATTENZIONE AL RISCHIO DI INFEZIONE MDR (RR PIÙ ALTO NELL'AMBITO DELLE HAP)

INCIDENZA E MORTALITÀ

- **LE HAP RAPPRESENTANO IL 15% DI TUTTE LE INFEZIONI OSPEDALIERE**
- **ALTO TASSO DI LETALITÀ CON MORTALITÀ DAL 30-33%**

EZIOLOGIA HAP PRECOCI E ASSENZA FR PER MDR

- **S. PNEUMONIAE**
- **S. AUREUS**
- **H. INFLUENZAE**
- **BACILLI GRAM –**

EZIOLOGIA HAP TARDIVI E PRESENZA FR PER MDR

- **S. AUREUS METICILLINO RESISTENTE (MRSA)**
- **E. COLI**
- **K PNEUMONIAE**
- **ENTEROBACTER SP.**
- **SERRATIA MARCESCENS**
- **PAERUGINOSA**
- **A. BAUMANNI**

TERAPIA HAP PRECOCI NON MDR

- **CEFTRIAXONE 1 GR/OGNI 24 HH + AZITROMICINA 500 MG/OGNI 24 HH**
- **AMPIC/SULB 3 GR/OGNI 24 HH + AZITROMICINA 500 MG/OGNI 24 HH**
- **ERTAPENEM 1 GR/DIE + AZITROMICINA 500 MG/DIE**
- **LEVOFLOXACINA 750 MG EV/DIE**

TEMPO TERAPIA 8-10 GG

TERAPIA HAP TARDIVE MDR

- **PIPERAC/TAZOBACTAM 4,5 PER 3/DIE OPP MEROPENEM 1 GR PER 3 + LEVOFLOXACINA 750 MG EV O CIPROFLOXACINA 400 PER 3 O AMIKACINA 15MG/KG/DIE (SE IPOTESI MRSA → VANCOMICINA 15/20 MG/KG/8-12 HH O LINEZOLID 600 MG PER 2 O TEICoplanina 6 MG/KG/DIE)**

TEMPO TERAPIA 14 GG CIRCA

LE VAP

- **POLMONITE CHE SI VERIFICA ENTRO 48-72 HH DALL'INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE**
- **PRECOCE ENTRO I PRIMI 4 GG E TARDIVE DOPO 4 GG**
- **TRA I PATOGENI PIÙ FREQUENTI VI SONO: MRSA, HAEMOPHILUS, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (QUESTI SONO TIPICI DELLE INFEZIONI ENDOGENE)**
- **TRA I PATOGENI PIÙ FREQUENTI VI SONO: KLEBSIELLA, SERRATIA, E. COLI, ENTEROCOCCHI ED MRSA (QUESTI SONO TIPICI DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE)**

EZIOLOGIA VAP

- **ASPIRAZIONE SECREZIONI OROFARINGEE (45% DEI CASI)**
- **TRASLOCAZIONE VIE GE**
- **INALAZIONE ATTRAVERSO AERESOL**
- **PER VIA EMATOGENA**

**** RR SOPRATTUTTO LEGATO AI SISTEMI DEL VENTILATORE E SNG/ IMPIANTI DI DEPURAZIONE/FILTRI PER RR LEGIONELLA**

TERAPIA VAP

<p>ci (<5 gg di azione) ttori di rischio per MDR sepsi severa e sepsi non a</p>	<p>S.Pneumoniae, H. Influenzae, S, Aureus</p> <p>E. Coli, K. Pneumoniae, Proteus spp, Serratia</p>	<p>Piperacillina/taz 4,5 mg per 3 vv/die</p>	<p>8-10 gg, Pseudom</p>
<p>ce (> 5 gg di azione) o precoce con MDR o sepsi grave</p>	<p>E. Coli, K. Pneumoniae, Proteus spp, Serratia</p> <p>Pseudomonas aeruginosa, acinetobacter spp, MRSA (MSSA), ESBL</p>	<p>Merrem 1 gr per 3 vv/die +/- amikacina 15 mg/kg/die in mono- somministrazione</p> <p>Linezolid 600 mg per 2 vv/die Vancomicina 1 gr per 3 vv/die</p>	

GRAZIE!

(LE MIE SAREBBERO STATE MENO NOIOSE)

