

VERSO UN NUOVO SISTEMA SANITARIO
Equo Solidale Sostenibile

**CARTA DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE: LOTTA ALLE INFEZIONI
CORRELATE ALLA ASSISTENZA E CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA**



Salvatore D'Antonio



Un recente lavoro apparso sull'*European Respiratory Journal* ha proposto un'analogia fra l'infarto del miocardio e la riacutizzazione della BPCO”.

Tale analogia serve a meglio definire l'importanza e la gravità delle riacutizzazioni di BPCO e l'impatto sociale e sanitario che deriva dal trattamento di questa patologia responsabile di un alto tasso di ospedalizzazione e mortalità soprattutto in soggetti anziani.

Le riacutizzazioni sono eventi clinici importanti nella storia della BPCO. La loro frequenza aumenta con la gravità dell'ostruzione bronchiale e varia da 1 a 5/6 episodi/anno, sono inoltre associate ad elevata mortalità che può raggiungere il 40-60% nei pazienti oltre i 65 anni e con comorbidità. Frequenti riacutizzazioni possono comportare il peggioramento dello stato di salute ed un aumento della mortalità.

In Italia oltre i due terzi dei costi della BPCO riguardano l'ospedalizzazione.

Spesso i sintomi di altre patologie vengono confusi con i sintomi di riacutizzazione della BPCO. La riacutizzazione nella broncopneumopatia cronica ostruttiva è un evento acuto che può portare a complicanze ed aumento della mortalità e può essere causata da molteplici fattori. La causa principale delle riacutizzazioni è sicuramente infettiva (batterica e virale) ma non è detto che sia sempre così. In circa il 30% dei casi la riacutizzazione è causata da altri eventi ed in particolare da inquinanti ambientali e domestici (indoor/outdoor) che in alcuni contesti ed in particolari condizioni climatiche portano ad eventi acuti spesso drammatici in soggetti sensibili come i pazienti con asma e BPCO.

Altri aspetti critici nella gestione di questa patologia sono la mancanza di procedure operative standard per il trattamento di questi pazienti e la scarsità di studi clinici disponibili, senza contare che le “raccomandazioni” diffuse congiuntamente dall’American Thoracic Society (ATS) e dall’European Respiratory Society (ERS) rimangono vaghe e non validate da studi di Real Life.



... i dati indicano che l'uso di antibiotici può essere tranquillamente ridotto dal 77,4% al 47,7% quando la CRP è bassa.

Butler CC, Gillespie D, White P, et al., C-Reactive Protein Testing to Guide Antibiotic Prescribing for COPD Exacerbations.

*N Engl J Med 2019; **381(2): 111-20.***

“Nelle riacutizzazioni infettive i criteri di classificazione della gravità e delle conseguenti misure terapeutiche sono al giorno d’oggi ancora basate sulla osservazione di alcuni sintomi clinici (dispnea e tosse produttiva) e sull’analisi macroscopica delle caratteristiche dell’espettorato (colore, quantità) secondo i criteri di Anthonisen pubblicati nel lontano 1987. In pratica in questi ultimi anni la presenza di tosse produttiva, l’aumento della dispnea rispetto alle condizioni di base e soprattutto la presenza di espettorato francamente purulento (giallo/verdastro) vengono indicati (come già proposto nel 1987) come segni predittivi di una probabile riacutizzazione infettiva e trattati di conseguenza”.

FlashCards NEUMOLOGÍA - EPOC

Criterio de Anthonisen

Escaleta que se utiliza en medicina para determinar el tratamiento en las exacerbaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, basándose en los 3 signos cardinales:

- Incremento de la **disnea**
- Incremento del **volumen** del esputo.
- Incremento de la **purulencia** del esputo.

Clasificación

- **I** → Severa → Presencia de 3 criterios
- **II** → Moderada del → Presencia de 2 criterios
- **III** → Leve → Presencia de 1 criterio.

más tos, sibilancias, taquicardia, taquipnea, fiebre....

- Las tipo I y II deben de recibir antibióticoterapia y hospitalizarse.
- La tipo III no debe de recibir antibiótico y se puede tratar de forma ambulatoria.

udocz.com




Criterios de Anthonisen

PARA USO DE ANTIBIÓTICO EN LA EXACERBACIÓN DE EPOC

Los **criterios de Anthonisen** son utilizados en medicina para determinar el uso de antibióticos en las exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Criterios cardinales **Disnea** **Volumen del esputo** **Purulencia del esputo**

GRADO	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO
I (GRAVE)	Presencia de 3 criterios	Antibioticoterapia mas hospitalización
II (MODERADO)	Presencia de 2 criterios	Antibioticoterapia mas tratamiento ambulatorio
III (LEVE)	Presencia de 1 criterio	Sintomático sin antibiótico

Clasificación Anthonisen agudización del EPOC

Sintomas a buscar:

- Disnea
- Aumento del esputo
- Aumento purulencia del esputo



Tipo I: posee los tres
 Tipo II: posee dos
 Tipo III: sólo uno

Sólo se recomienda tratamiento antibiótico en la reagudización tipo I y en la II cuando es claramente purulento el esputo. En el demostrado beneficio.

chuletasmedicas.com

- **L'ospedale rappresenta il luogo "più pericoloso" dove ben 1 paziente ricoverato su 10 è colpito da infezioni ospedaliere in moltissimi casi letali perché causate da batteri resistenti agli antibiotici. Già i numeri attuali fotografano una situazione di pieno allarme: nel solo 2019 sono stati circa 1,27 milioni i decessi per Amr a livello globale, di cui 11mila in Italia. E secondo le previsioni nel 2050 nel nostro Paese queste morti potrebbero arrivare a 450mila l'anno, con un impatto economico per il Servizio sanitario nazionale pari a 13 miliardi di euro. Entro il 2050 potrebbe diventare anche più letale del cancro, causando oltre 10 milioni di vittime l'anno.**

- "Oggi ogni 24 ore muoiono in Italia circa 200 persone che, avendo altre patologie, sono colpite anche da una sepsi-infezione ospedaliera che risulta resistente agli antibiotici.
- È come se un aereo cadesse ogni giorno.
- Nel 2017 l'Italia si è dotata di un Piano nazionale per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza (Pncar), ma "non si registra alcun sostanziale miglioramento e molte misure restano inattuate".
- Da qui l'idea di dare vita all'Osservatorio ONsAR, che avrà l'obiettivo di monitorare il fenomeno in tutte le Regioni e dare impulso a politiche attive di contrasto e attività di comunicazione, per diffondere capillarmente il messaggio che un utilizzo eccessivo o non corretto degli antibiotici è alla base della selezione e diffusione naturale di super batteri ad essi resistenti e che per questo rappresentano una minaccia per la vita umana.

- "Quello che manca sono misure strutturate e sistematiche, ed anche un'organizzazione mirata degli ospedali". Il controllo dell'Amr dovrebbe infatti diventare un "indicatore di performance per gli ospedali stessi, come accade in molti Paesi europei. Basterebbero misure semplici, a partire dal costante lavaggio delle mani da parte dei sanitari.
- Nel 2017 l'Italia è stata 'bacchettata' anche dal Centro europeo per il controllo delle malattie: "Gli esperti europei sottolinearono come in Italia il fenomeno fosse accettato come 'uno stato di cose inevitabile' con una 'mancanza di responsabilità ad ogni livello'".
- "Le aziende investono sempre meno sulla produzione di antibiotici, puntando a settori più remunerativi. Il risultato è che negli ultimi 30 anni quasi nessun nuovo antibiotico è stato reso disponibile sul mercato".

Nel quadriennio 2010-2013 nei batteri gram-negativi (in particolare E. coli, K. pneumoniae e P. aeruginosa) si è osservato un trend prevalentemente in aumento, soprattutto relativo a cefalosporine di 3a generazione, fluorochinoloni, aminoglicosidi e carbapenemi.

Come per la situazione europea, i dati relativi a K. Pneumoniae rivelano una situazione drammatica: l'aumento della resistenza ai carbapenemici in 6 anni è aumentata da meno dell'1% nel 2008 al 34% nel 2013

Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT). Rassegna stampa. Aprile maggio 2015, pp. 1-87. <http://www.simit.org/IT/servizi/agenzia-distampa.xhtml/categoria/2054-rassegna-stampa>.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of antimicrobial consumption in europe - 2012. Stockholm: ECDC 2014.

Anche per i batteri gram-positivi i dati sulle resistenze, sempre più elevate delle medie europee, delineano uno scenario tutt'altro che positivo: per lo *S. pneumoniae* se la resistenza ai macrolidi risulta stabile, ma elevata, tra il 25 e il 50%, a preoccupare è la crescente resistenza alle penicilline (dal 6,9% del 2011 al 14,8% del 2014); mentre per lo *S. aureus* la resistenza alla meticillina è sostanzialmente stabile (intorno al 36% nel 2013)

Difficile accesso a visite mediche e visite specialistiche con conseguente Autoprescrizioni che possono causare terapie non adeguate sia per scelta della molecola, sia per dosaggio e durata

Importanza della vaccinazione per i fragili ed anziani

Senso civico che dovrebbe far sentire i soggetti “sani” in dovere e in obbligo di vaccinarsi per interrompere eventuali contagi e diffusione della patologia

0016442-30/05/2018-DGPRES-DGPRES-P



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

- L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni uomo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.
- In Europa, l'influenza si presenta con epidemie annuali durante la stagione invernale. Casi sporadici possono verificarsi anche al di fuori delle normali stagioni influenzali, anche se nei mesi estivi l'incidenza è trascurabile.



XIII edizione del *Rapporto Osservasalute* (2015)
... un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane è stata presentata il 26 aprile a Roma all'Università Cattolica. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma e coordinato dal Professor Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

- Per la prima volta in Italia è diminuita l'aspettativa di vita e tra le possibili cause c'è il mix di "tagli che hanno diminuito i servizi dati ai cittadini insieme ad una scarsa prevenzione, al calo delle vaccinazioni, ai pochi screening oncologici".
- Secondo le prime stime relative al 2015, per la prima volta negli ultimi 10 anni infatti la speranza di vita alla nascita arretra, con un decremento di 0,2 punti per gli uomini (80,1) e 0,3 per le donne (84,7).
- Il fenomeno ha pochissimi precedenti nel mondo occidentale. In tempo di pace in un paese democratico l'unico decremento avvenne in Danimarca 21 anni fa; un altro caso, per un paese che veniva da un regime totalitario, riguarda la Russia post comunista che invece d'investire in prevenzione si è disgregata.

Aumento consistente della mortalità nel 2015, circa 54.000 decessi in più rispetto all'anno precedente.

N.B.: I morti nella guerra del Vietnam sono stati 58.195



Non è soddisfacente il grado di copertura per la vaccinazione antinfluenzale.

Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal PNPV.

Ogni euro speso per vaccinare, crea un risparmio di 18 volte per le spese primarie e 48 volte per le spese secondarie.