

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
Dr Sergio Harari



SABATO,
24 NOVEMBRE
2018

Milano
HOTEL LA GARE

MALATTIE
RESPIRATORIE:
DAI SINTOMI
ALLA DIAGNOSI



MALATTIE RESPIRATORIE: DAI SINTOMI ALLA DIAGNOSI

Il paziente cardio-respiratorio sul territorio

Claudio Pirovano

Le patologie **croniche interessano il 30%** della popolazione ed assorbono il **70%** della spesa sanitaria.

La trasformazione del Sistema Sanitario, pur con le diverse soluzioni organizzative regionali, esige che il **MMG assuma la responsabilità della presa in carico dei pazienti cronici**, documentando attraverso idonei indicatori il grado di controllo di queste patologie

La cura del paziente affetto da comorbidità cuore polmone è uno dei compiti del MMG

**Condizioni patologiche che
correlano più
frequentemente
l'interazione cuore polmone
nella medicina del territorio**

Ipertensione arteriosa

Scompenso cardiaco

BPCO

Asma bronchiale

Cardiopatìa ischemica

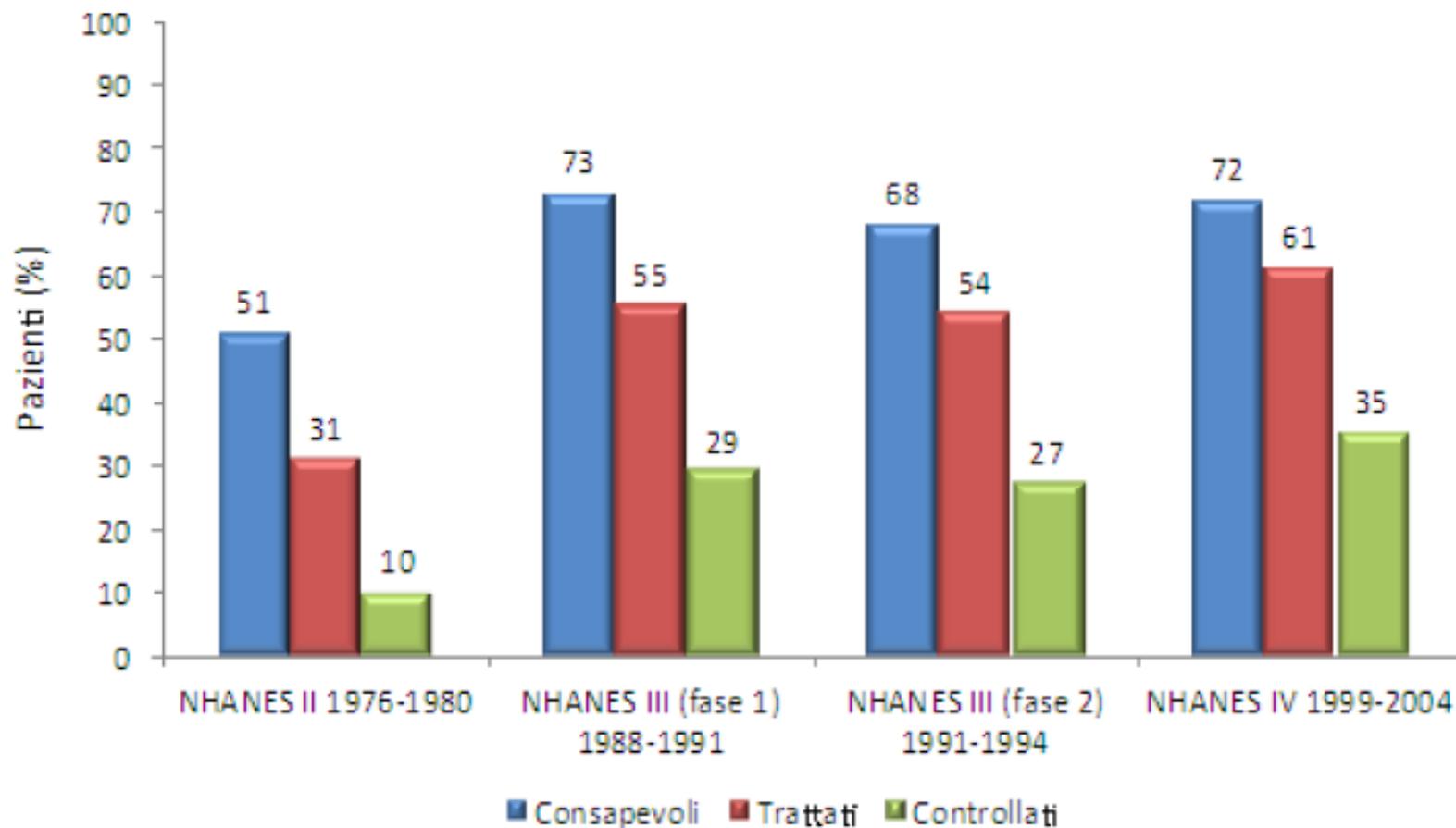
Valvulopatie cardiache

Ipertensione polmonare

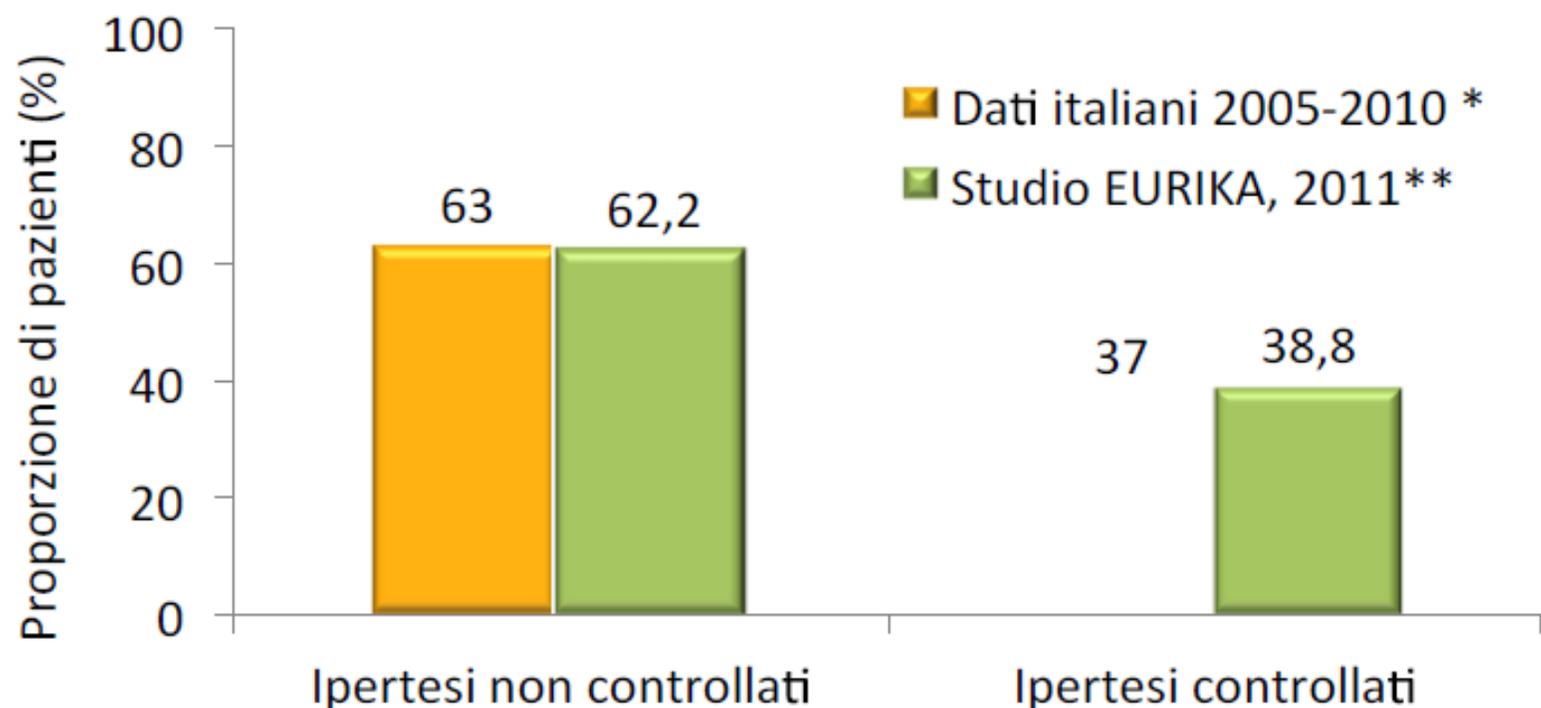
Pneumoconiosi

Ruolo MMG

La proporzione dei pazienti con ipertensione non controllata è rimasta sostanzialmente imodificata negli anni



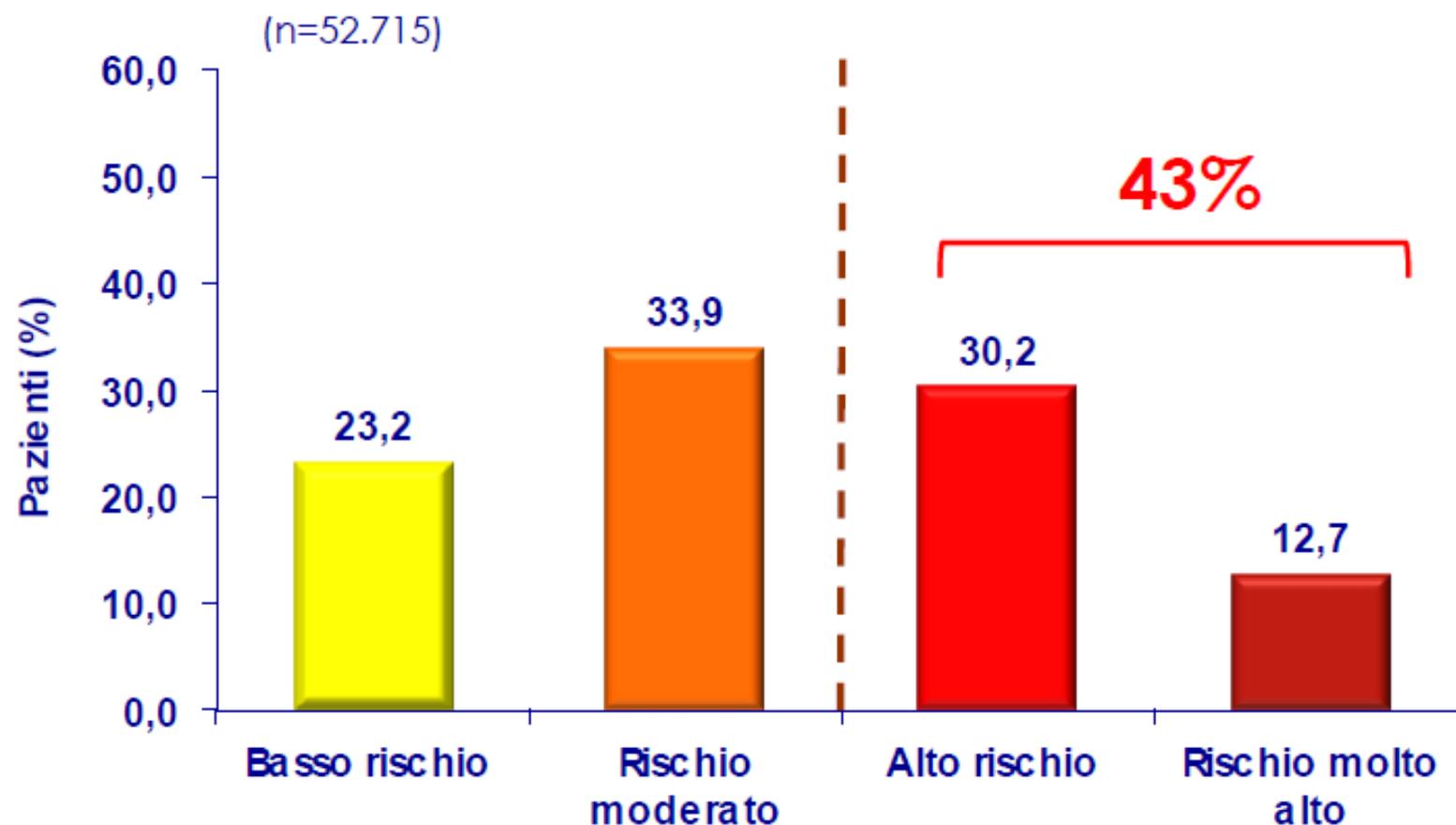
Trattamento e controllo della pressione arteriosa nei Hypertension Survey eseguiti in Italia e Europa



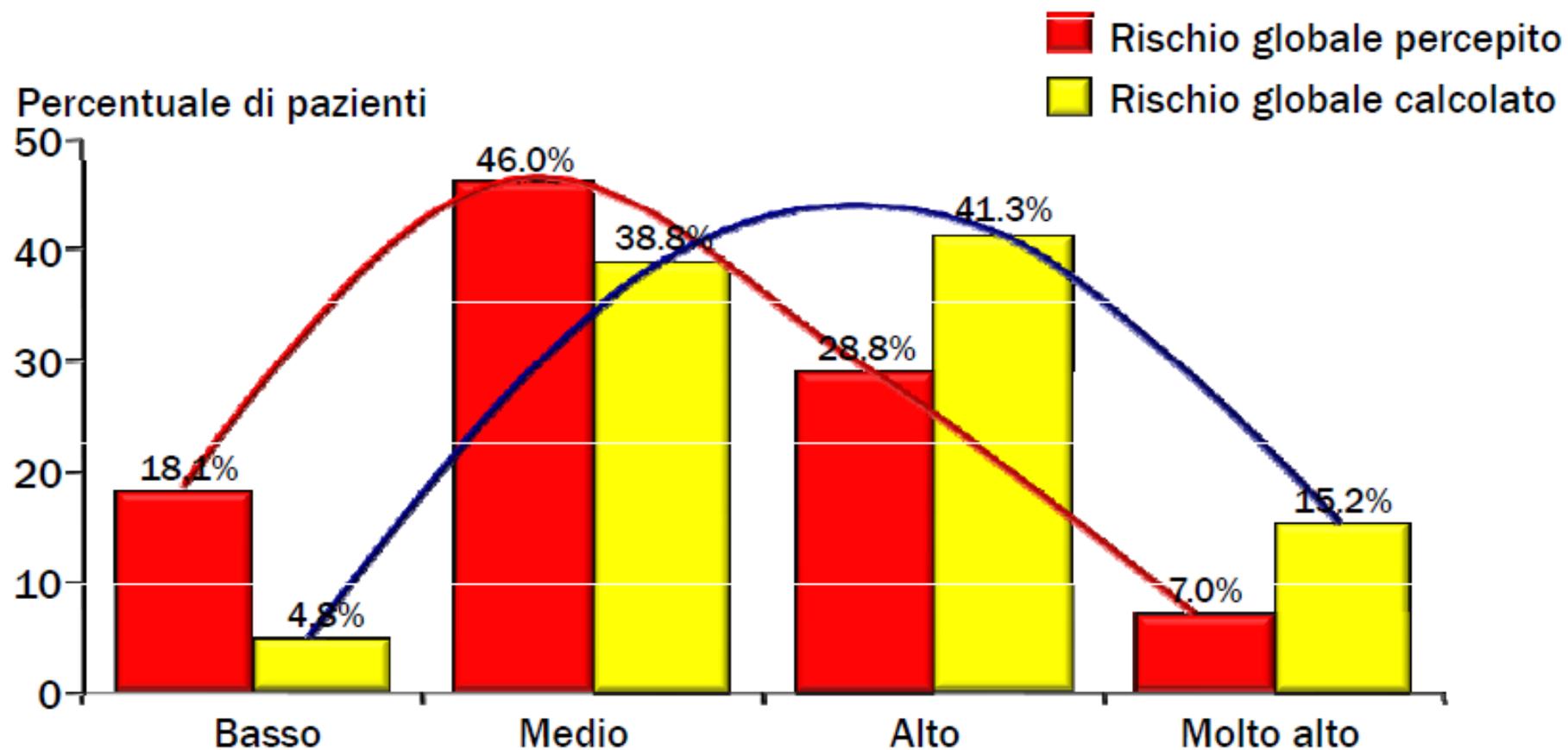
*Tocci G et al, J Hypertens 2012

**Banegas J et al, Eur Heart J 2011

Quasi la metà dei pazienti ipertesi presentano un rischio cardiovascolare elevato o molto elevato



Il medico spesso tende a sottostimare il rischio cardiovascolare del paziente



Portare a target il 70% degli ipertesi:
un obiettivo alla nostra portata



Nuova Mission
Della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa

Obiettivo SIIA

70%

Entro il 2015

Ipertensione arteriosa: oltre il 60% degli italiani a *target* dal medico di famiglia

Publicati i risultati di un grande studio di prevalenza e controllo della pressione arteriosa che ha attinto al database della medicina generale. Un italiano su 4 è iperteso ma la percentuale di quelli in buon compenso sale ad oltre il 60%, un risultato eccezionale rispetto al 39% rilevato nello stesso database nel 2005

As shown by recent observations, irrespective of the world region, whether high- or low-income economies, or the level of sophistication of healthcare provision, only ~40% of patients with hypertension are treated; of these, only ~35% are controlled to a BP of <140/90 mmHg.¹²

**2018 ESC/ESH GUIDELINES FOR THE
MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION**

- ▶ Several reasons need to be considered to identify why the current treatment strategy has failed to achieve better BP control rates:
- ▶ **Efficacy of pharmacological therapies.** Are the best available treatments, in whatever combination, incapable of controlling BP in most patients? The evidence from RCTs demonstrating that BP control can be achieved in most recruited patients, and that no more than 5 – 10% of these patients exhibit resistance to the selected treatment regimen, suggests that ineffective drug therapy is not the source of the problem.
- ▶ **Physician or treatment inertia.** (i.e. failure to adequately uptitrate treatment). Evidence suggests that inertia³¹¹ contributes to suboptimal BP control, with many patients remaining on monotherapy and/or suboptimal doses, despite inadequate BP control.¹²
- ▶ **Patient adherence to treatment.** Evidence is accumulating that adherence is a much more important factor than previously recognised. Studies using urine or blood assays for the presence or absence of medication have shown that adherence to treatment is low. This is supported by studies in the general population in which adherence to treatment, based on prescription refilling, was <50% of the treatment in half of the patients.³¹² Poor adherence has also been shown to be associated with increased CV risk in various studies³¹³ (see section 10).
- ▶ **Insufficient use of combination treatment.** BP is a multiregulated variable depending on many compensating pathways. Consequently, combinations of drugs, working through different mechanisms, are required to reduce BP in most people with hypertension. Thus, monotherapy is likely to be inadequate therapy in most patients. Indeed, almost all patients in RCTs have required combinations of drugs to control their BP.³¹⁴
- ▶ **Complexity of current treatment strategies.** There is also evidence that adherence to treatment is adversely affected by the complexity of the prescribed treatment regimen. In a recent study, adherence to treatment was strongly influenced by the number of pills that a patient was prescribed for the treatment of hypertension.³¹⁵ Non-adherence was usually <10% with a single pill, rising to ~20% with two pills, ~40% with three pills, and very high rates of partial or complete non-adherence in patients receiving five or more pills.³¹⁵

Fattori che identificano i diversi quadri di pseudo-resistenza al trattamento

Fattori correlati al medico

- **Misurazione non appropriata della pressione arteriosa**
- **Uso inappropriato di farmaci antipertensivi - Dosaggi inadeguati - Strategie di combinazione non raccomandate**
- **Inerzia clinica (mancata modifica o aumento della terapia, quando necessario)**
- **Scarsa o non adeguata comunicazione medico-paziente**
- **Schemi terapeutici o schemi di dosaggio complicati (soprattutto in presenza di molteplici terapie concomitanti)**

Proponiamo al nostro paziente anche l'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa

- ✧ Il numero di valori pressori che vengono ottenuti in un soggetto con la misurazione **nell'ambulatorio medico** è molto basso.
- ✧ Il numero decisamente maggiore di valori registrabile con **l'automisurazione** domiciliare permette invece di ottenere una stima più stabile del livello usuale di pressione arteriosa di un dato soggetto, consentendo di ottenere un numero elevato di valori pressori distribuiti su un arco di tempo anche di settimane o mesi.

Iperensione: i numeri in Italia

La diffusione dell'ipertensione secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità dal Progetto Cuore

L'ipertensione* arteriosa è un problema che colpisce in Italia in media il **33% degli uomini e il 31% delle donne. Il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una condizione di rischio**

Nord Est: Il 37% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 22% degli uomini e il 16% delle donne si trovano in una condizione di rischio

Nord Ovest: Il 33% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 20% degli uomini e il 15% delle donne sono in una condizione di rischio

Centro: Il 31% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 18% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio

Sud e Isole: Il 33% degli uomini e il 34% delle donne sono ipertesi; il 17% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio

Nei pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente è emersa una maggiore prevalenza di danno d'organo subclinico:

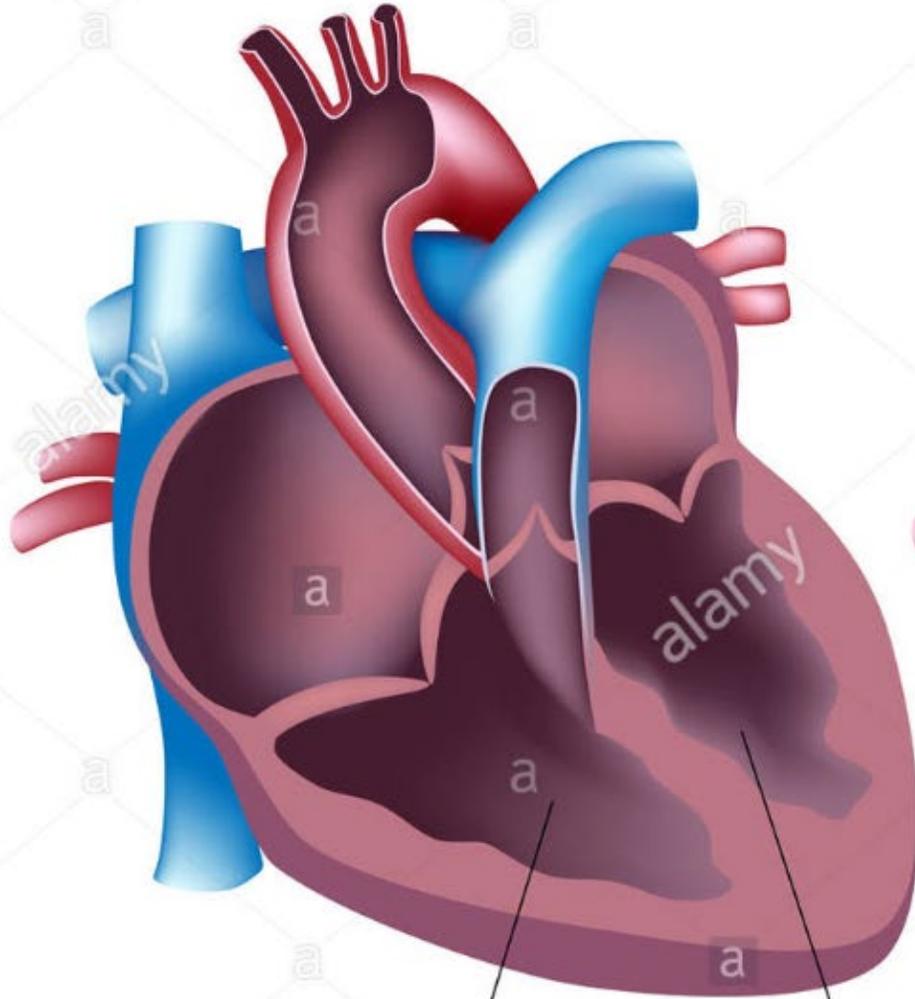
Ipertrofia ventricolare sinistra

Ispessimento mio-intimale ed ateromasi carotidea

Retinopatia ipertensiva

Albuminuria e iniziale compromissione della funzione renale

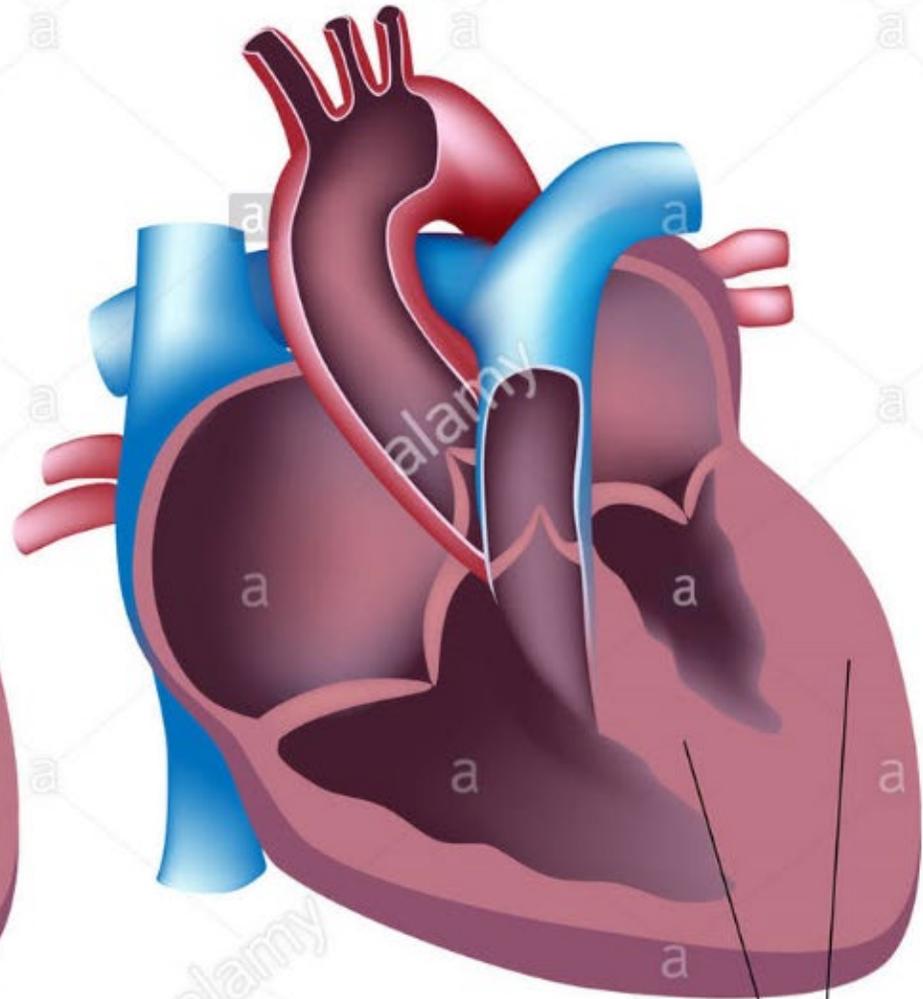
Left ventricular hypertrophy



Normal heart

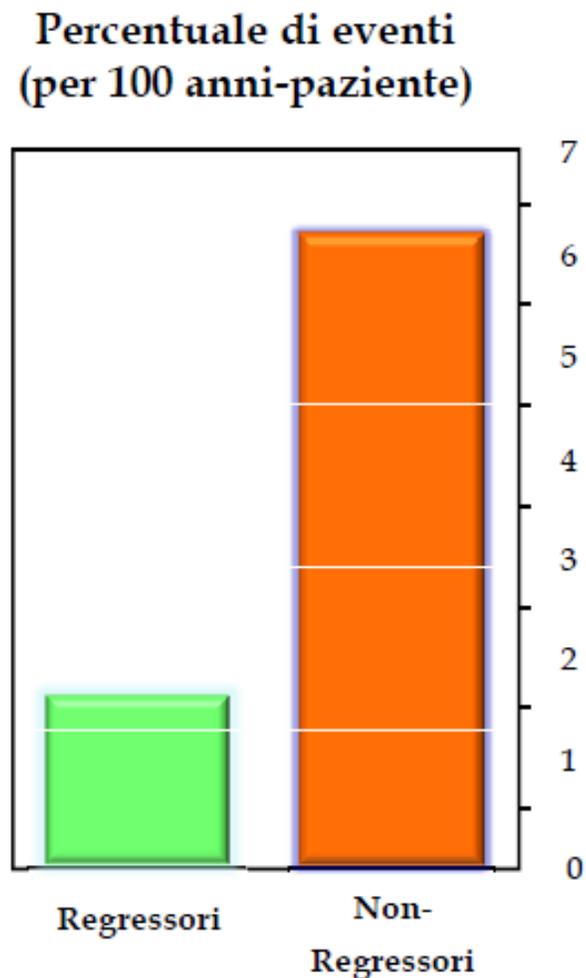
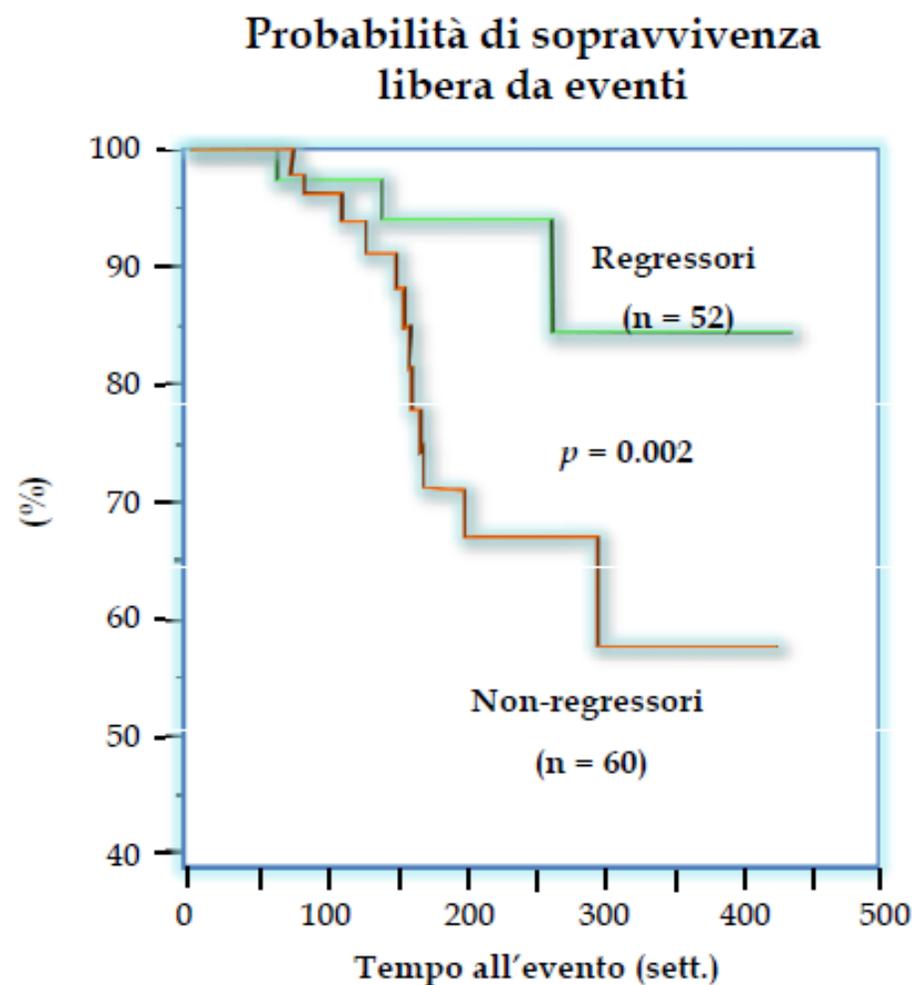
Right ventricle

Left ventricle



Thickening of the myocardium of the left ventricle

La mancata regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra in corso di trattamento ha un valore prognostico predittivo sfavorevole



- **Sindrome delle apnee ostruttive notturne**

- **Nefropatia o insufficienza renale cronica**

- **Iperaldosteronismo primario o secondario**

- **Malattia aterosclerotica di grado severo (calcificazioni) a livello delle pareti arteriose (soggetti anziani)**

- **Sclerosi valvolare aortica con insufficienza emodinamicamente significativa**

Scompenso cardiaco

- lo scompenso cardiaco è la seconda causa di ricovero dopo il parto
- il tasso di ospedalizzazione per scompenso è di 4-5 ogni 1000 abitanti
- il numero di ricoveri è in aumento progressivo
- il ricovero avviene in reparti di Medicina nel 60% dei casi, in Cardiologia nel 25% dei casi ed in altri Reparti nel 15% dei casi
- la durata media del ricovero è di 9 giorni
- la fascia di età più rappresentata nei pazienti ricoverati per scompenso è quella dai 75 agli 85 anni

Gli obiettivi principali degli interventi sanitari nel campo dello scompenso cardiaco sono rivolti principalmente a due aspetti :

Riduzione dell'incidenza dello scompenso cardiaco

Riduzione delle riospedalizzazioni

Riospedalizzazioni

L'incremento delle ospedalizzazioni più che rappresentare un aspetto positivo legato al miglioramento della sopravvivenza deve essere interpretato come il limite attuale dei nostri approcci terapeutici e gestionali allo scompenso cronico

L'aspetto più caratteristico della storia clinica dei pazienti con scompenso cardiaco cronico è l'alta incidenza di riospedalizzazioni.

I dati italiani sono simili a quelli di altri paesi con una incidenza del 25% a 1 mese e di circa il 50% a 6 mesi.

Negli anni si è verificato un incremento progressivo delle riospedalizzazioni
le riospedalizzazioni infine sono associate a prognosi peggiore.

Misure per ridurre i nuovi casi di scompenso

La cura adeguata dell'**ipertensione arteriosa** può avere l'impatto più ampio sulla riduzione dei nuovi casi di scompenso, in considerazione della rilevanza epidemiologica di questa condizione

Lo screening dei pazienti con **familiarità per scompenso cardiaco** può far riconoscere precocemente una disfunzione ventricolare sinistra in soggetti che hanno un rischio aumentato del 70% rispetto alla popolazione generale di sviluppare scompenso cardiaco

E' stato proposto un utilizzo su larga scala di marcatori di disfunzione ventricolare come il **peptide natriuretico cerebrale (BNP)** o la **porzione N-terminale di proBNP** che hanno dimostrato utilità nella diagnosi dello scompenso acuto e nel follow-up dello scompenso cronico

In secondo luogo si deve riconoscere precocemente e trattare in modo appropriato la **disfunzione ventricolare sinistra asintomatica**: ad esempio, lo screening ecocardiografico più diffuso nei pazienti con ipertensione arteriosa può permettere di riconoscere le forme iniziali di disfunzione ventricolare sinistra e indicare una maggior attenzione alla terapia

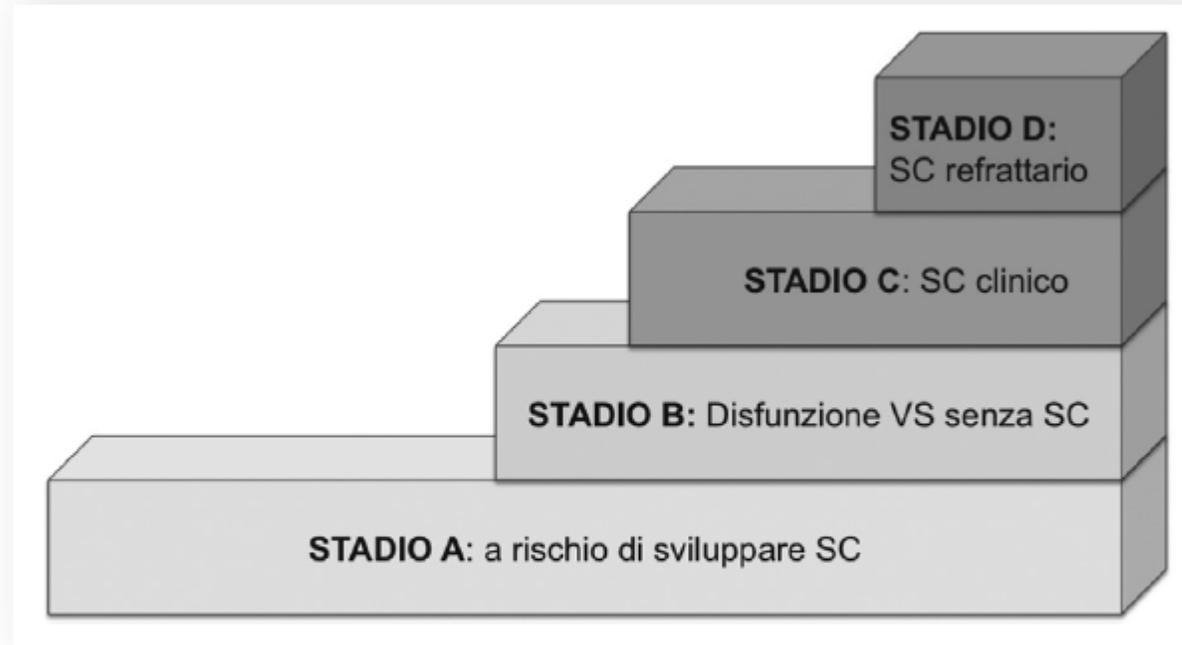


Figura 1. “Staging” dello scompenso cardiaco (SC) suggerito dall’American College of Cardiology/American Heart Association². VS, ventricolare sinistra.

Auto gestione della sintomatologia cardiologica

**- Misura del peso
giornaliera, al
mattino a digiuno**

**- Diario della PA
domiciliare**

**- Attenta auto
valutazione della
difficoltà
respiratoria sotto
sforzo**

Si sta verificando peggioramento della sintomatologia cardiaca:

- Aumento della difficoltà respiratoria sotto sforzo

- Comparsa di edemi e gonfiore alle gambe

- Aumento del peso di 1-2 Kg in 2- 3 giorni

Il MMG è chiamato a gestire la grande maggioranza dei pazienti con SC cronico ma, oltre alla cura tradizionale, i suoi **compiti principali sono l'azione di prevenzione della malattia ritardandone la comparsa nei soggetti a rischio e di contrasto alla sua progressione**, proponendo sollecitamente al cardiologo quei casi in cui sia necessaria una valutazione clinico-strumentale cardiologica per instabilità o per aggravamento della sintomatologia, utilizzando **una linea di comunicazione facilitata**

Nel nostro paese, l'attuale rapporto ospedale-territorio è caratterizzato da insufficiente comunicazione tra medici dell'ospedale, MMG e cardiologi ambulatoriali per difficoltà di contatti tra gli operatori, per mancanza di linguaggio comune con le conseguenti difficoltà di discussione e di partecipazione reciproca, talora anche per la mancata condivisione dei protocolli diagnostici e terapeutici

-In continua crescita

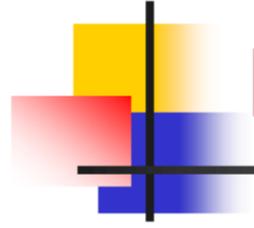
-Elevati costi socio-sanitari

-Aspettativa di vita significativamente inferiore a quella della popolazione generale

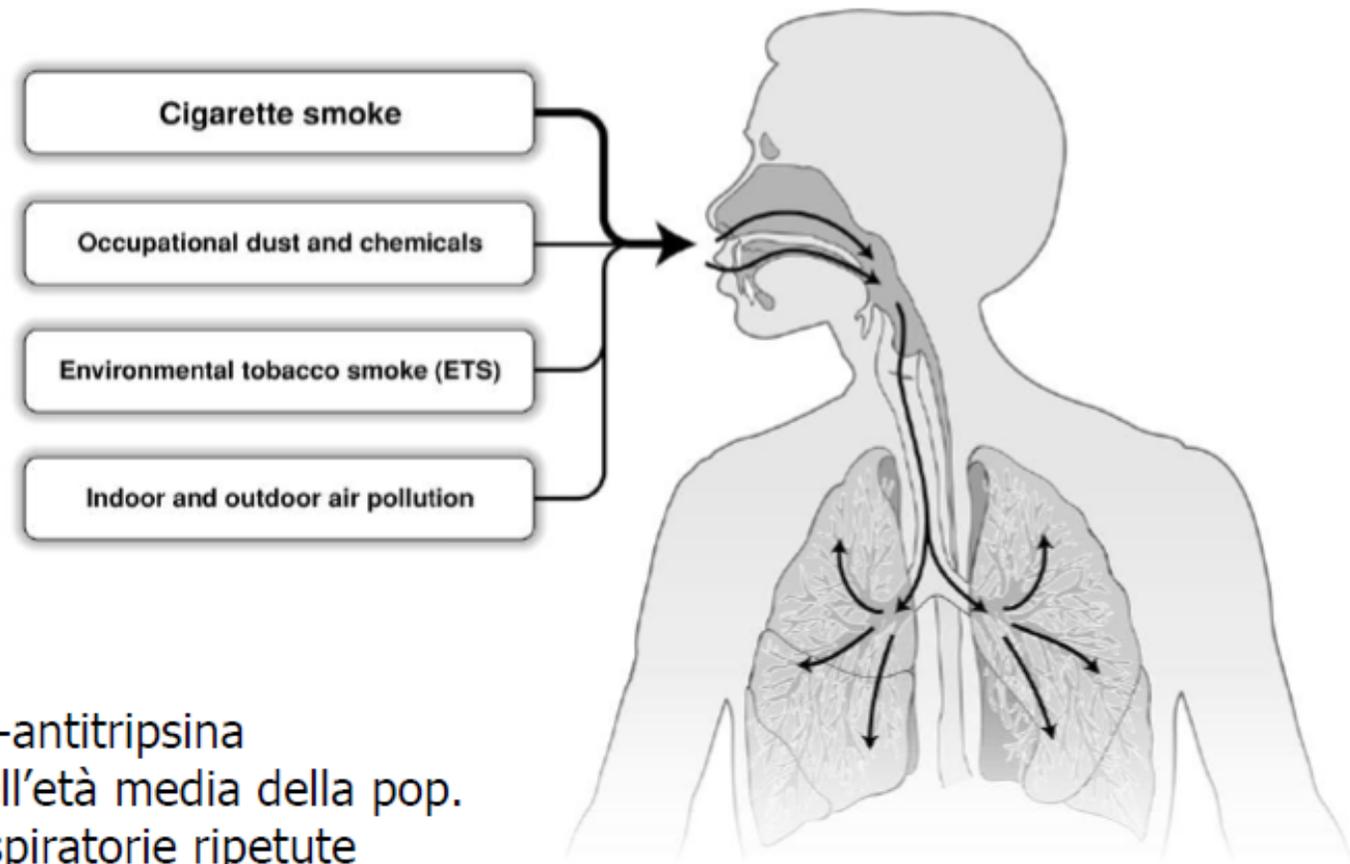
-Terza causa di morte in Italia

-Sottodiagnosticata, tardivo uso della spirometria

-Severità del quadro ostruttivo bronchiale, numero e gravità degli episodi di riacutizzazione, comorbidità

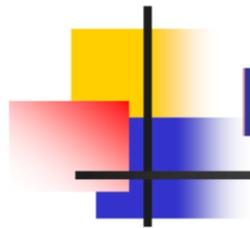


FATTORI DI RISCHIO



Altri:

- Deficit alfa1-antitripsina
- Aumento dell'età media della pop.
- Infezioni respiratorie ripetute
- Stato socio-economico basso



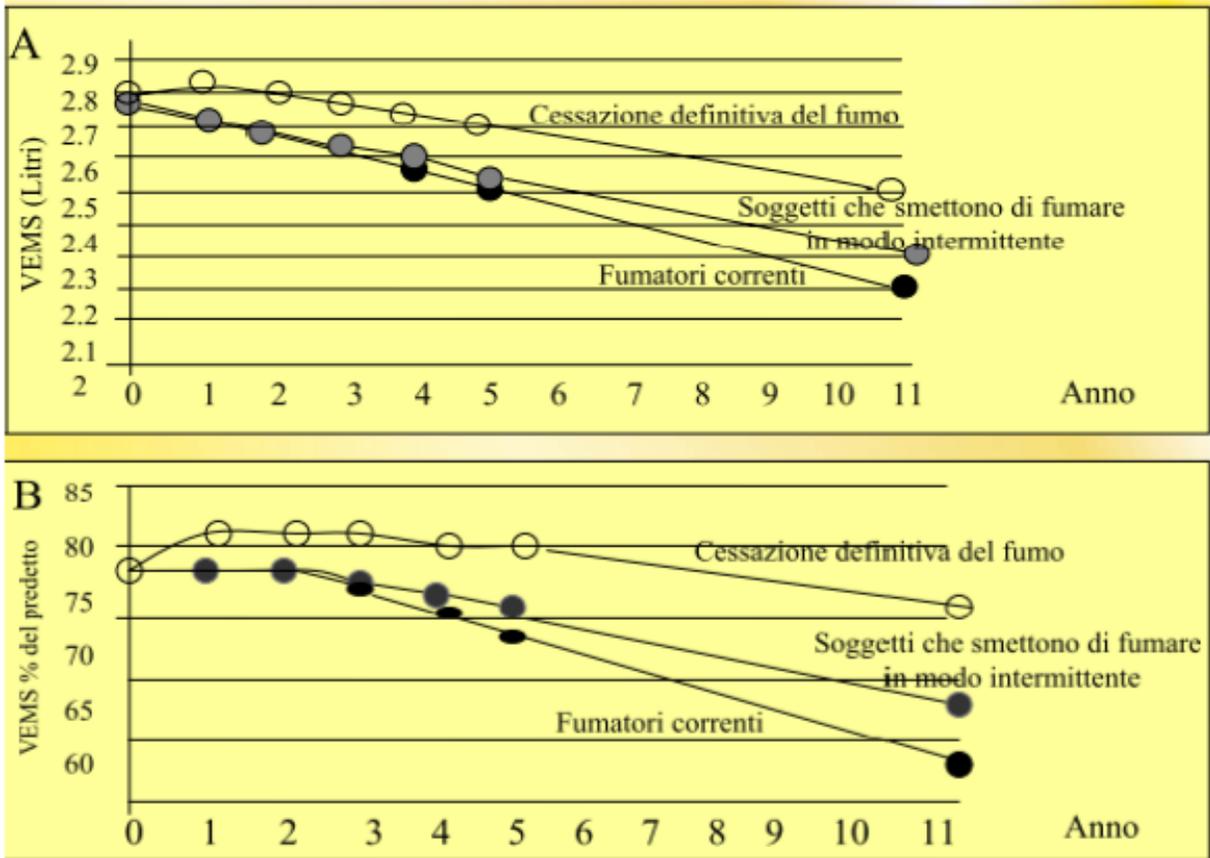
PREVENZIONE PRIMARIA

- L'abolizione dei fattori di rischio è il primo provvedimento da adottare nella gestione della BPCO

- Sono fondamentali:
 - la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco
 - la riduzione dell'esposizione alle polveri in ambito professionale
 - la riduzione dell'inquinamento degli ambienti interni ed esterni

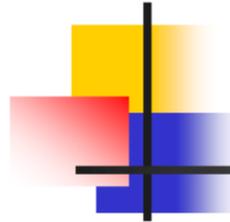
- Inoltre è utile:
 - Promuovere l'alimentazione salubre e l'attività fisica
 - Combattere l'uso dell'alcol
 - Combattere sedentarietà e sovrappeso

FEV1 E FUMO



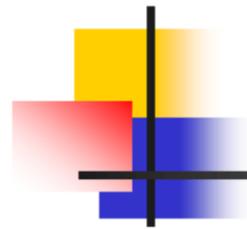
✓ I fumatori hanno una caduta accelerata del FEV1

✓ Smettere di fumare rallenta la caduta del FEV1 e l'evoluzione della patologia



INQUINAMENTO OUTDOOR

- Incrementi anche modesti di concentrazione di inquinanti atmosferici (polveri, ossidi di azoto o di zolfo) sono risultati associati ad incrementi di mortalità e di ricoveri ospedalieri per BPCO, specialmente nei soggetti anziani.
- Le esposizioni legate all'ambiente urbano sono associate ad aumento di iperreattività bronchiale.
- Per ogni incremento di 10 mg/m³ di PM 2.5 nell'aria urbana si registra un aumento di circa il 6% del rischio di mortalità per cause cardio-respiratorie.



PREVENZIONE SECONDARIA

Popolazione a rischio:

- ❖ tosse cronica ed espettorato
- ❖ e/o dispnea
- ❖ e/o storia di esposizione a fattori di rischio



Sai cos'è la BPCO? È la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, una malattia dei polmoni molto frequente, anche se molti pazienti ne sono affetti senza saperlo.
Rispondi alle domande e scopri se sei affetto da BPCO.

1.	Hai tosse frequente?	SI	NO
2.	Hai frequentemente catarro nei bronchi?	SI	NO
3.	Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei?	SI	NO
4.	Hai più di 40 anni?	SI	NO
5.	Sei un fumatore o lo sei stato?	SI	NO

Se hai risposto sì a tre o più domande potresti essere affetto da BPCO, chiedi al tuo medico se ritiene necessario che tu faccia una spirometria. Una diagnosi precoce di BPCO è fondamentale nel prevenire un aggravamento di questa malattia.

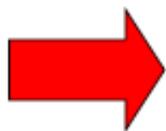
Questionario GOLD

Sono indispensabili l'anamnesi, con la raccolta delle informazioni su eventuale esposizione a fumo di sigarette e agli altri fattori di rischio; la frequenza degli episodi di bronchite e la valutazione della qualità del respiro



DIAGNOSI

- Il test gold standard per la diagnosi è la **spirometria**: valuta la CVF (Capacità Vitale Forzata), il VEMS (Volume Espiratorio Massimo al primo secondo), ed il loro rapporto VEMS/FVC



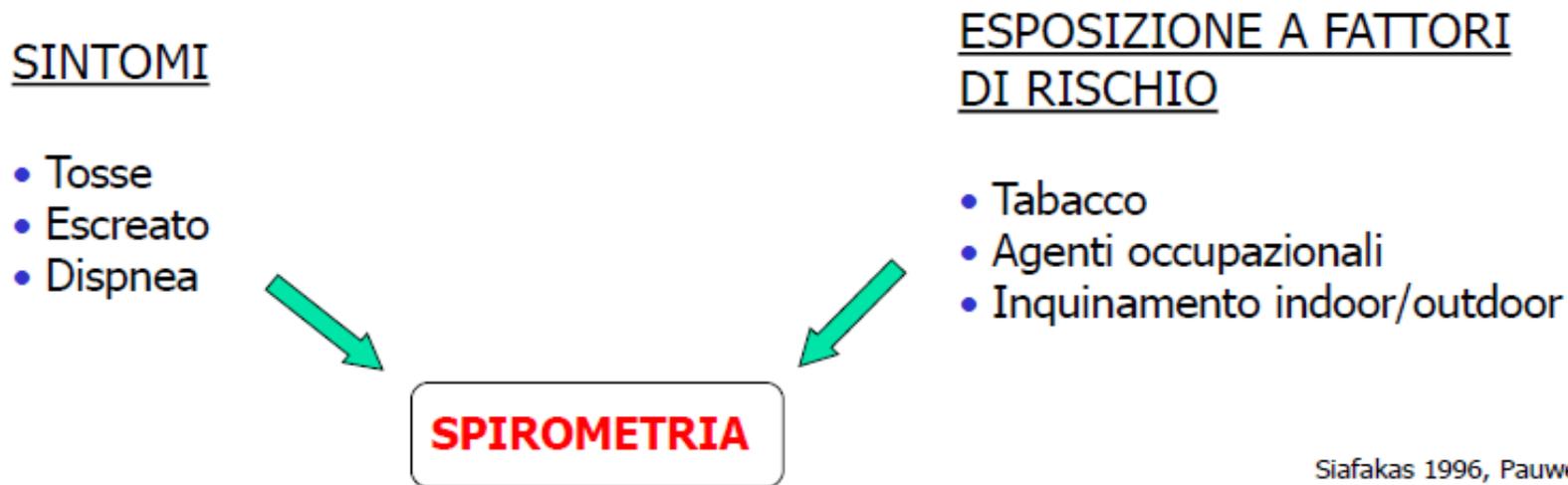
un valore inferiore al 70% indica ostruzione bronchiale e quindi BPCO

SINTOMI

- Tosse
- Escreato
- Dispnea

ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO

- Tabacco
- Agenti occupazionali
- Inquinamento indoor/outdoor



SPIROMETRIA

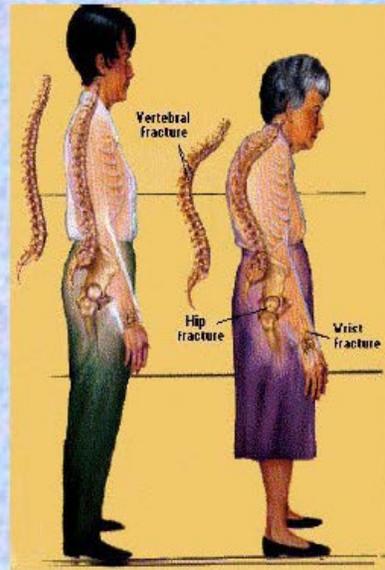
**A ogni 10% di decremento del
FEV1 corrisponde
approssimativamente un 25% di
incremento del rischio di
mortalità cardiovascolare e un
20% di incremento di
eventi coronarici non mortali**

UTILITÀ DELLE PFR

- **Rivelare disfunzioni patologiche non evidenziabili clinicamente**
- **Diagnosticare il tipo di disfunzione**
- **Obiettivare la gravità fisiologica della patologia (non sempre correlata alla gravità clinica)**
- **Monitorare il risultato degli “interventi terapeutici”**

Conseguenze funzionali del danno osteoporotico nella BPCO

“Ogni frattura vertebrale determina una riduzione del 9% della capacità vitale forzata (FVC).”



Gan W.Q. et al. Thorax, 2004

“Dimensione BPCO”: condivisione dei percorsi gestionali

*Giosuè Angelo Catapano¹, Giovanni Brunelleschi², Serafino Ciaccio³, Mauro Cozzalupi⁴,
Annalisa Mannucci⁵, Roberta Pancani⁶, Elisabetta Parrini⁷, Mauro Taccola⁸*

¹UOC di Pneumologia, Fondazione Regione Toscana Gabriele Monasterio, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa

²U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Luca, Lucca

³Medicina Generale, Ospedale Unico della Versilia, Lido di Camaiore (LU)

⁴U.O.C. di Medicina Interna Zona Lunigiana, USL1, Massa e Carrara

⁵U.O. di Medicina, P.O. Cecina, Cecina (LI)

⁶U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Ospedale Felice Lotti, Pontedera (PI)

⁷Pronto Soccorso e Breve Osservazione, P.O. Cecina, Cecina (LI)

⁸U.O. di Medicina 1°, Ospedale Felice Lotti, Pontedera (PI)

E' noto che una **diagnosi negli stadi iniziali di malattia** e la tempestiva attuazione di **adeguate strategie terapeutiche** sono in **grado di determinare ripercussioni positive** a lungo termine non solo grazie al controllo della malattia, ma soprattutto per via della **prevenzione delle riacutizzazioni**, responsabili del progressivo declino della funzionalità respiratoria

I costi per la gestione della BPCO risulterebbero notevolmente ridotti, dal momento che il possibile aumento della spesa farmaceutica riconducibile a trattamenti più tempestivi e precoci **verrebbe ampiamente compensato dalla contemporanea riduzione dei costi sostenuti per i ricoveri**

Maggiore è il numero di riacutizzazioni, minore è la facilità di recupero del paziente e la possibilità di riportare la funzionalità respiratoria al livello antecedente l'evento acuto

In altre parole, il numero di riacutizzazioni è strettamente correlato al declino della funzione polmonare e quindi alla gravità della malattia

In particolare la prognosi è peggiore se il paziente presenta più di due riacutizzazioni all'anno

Le riacutizzazioni e le comorbidità contribuiscono alla gravità complessiva dei singoli pazienti, impattando sui sintomi, sulla funzionalità respiratoria e sulla qualità di vita, provocando un **accelerato declino della funzionalità respiratoria e un aumento della mortalità**

La prevenzione della riacutizzazioni e la loro rapida risoluzione deve quindi porsi come obiettivo terapeutico fondamentale

L'impostazione di un'adeguata terapia di base consente al paziente non solo di migliorare la sintomatologia, ma anche di **rallentare il declino della funzionalità respiratoria** e di recuperare una migliore qualità di vita necessaria allo svolgimento delle normali attività quotidiane

Tuttavia, nella realtà clinica la BPCO viene diagnosticata quando è già ad **uno stadio avanzato**, spesso in occasione di ospedalizzazioni per riacutizzazione

Inoltre, il follow-up del paziente, successivamente alla dimissione ospedaliera, viene sistematizzato in una minoranza di casi

La comparsa di dispnea per sforzi sempre meno intensi impatta pesantemente sulla qualità di vita. Il paziente con BPCO tende a **ridurre progressivamente le attività per inconsapevole adattamento** e ad aumentare la sedentarietà/inattività

Questo comporta il **decondizionamento muscolare e peggiora la capacità di esercizio** fino alla difficoltà a svolgere le normali attività di vita quotidiana, innescando un circolo vizioso negativo che, se non viene contrastato, **accelera l'evoluzione sfavorevole della malattia**

A questo proposito, va sottolineato come il livello di attività fisica/sedentarietà rappresenti **il più importante predittore di morte (per tutte le cause) nei pazienti con BPCO**

INVECCHIAMENTO

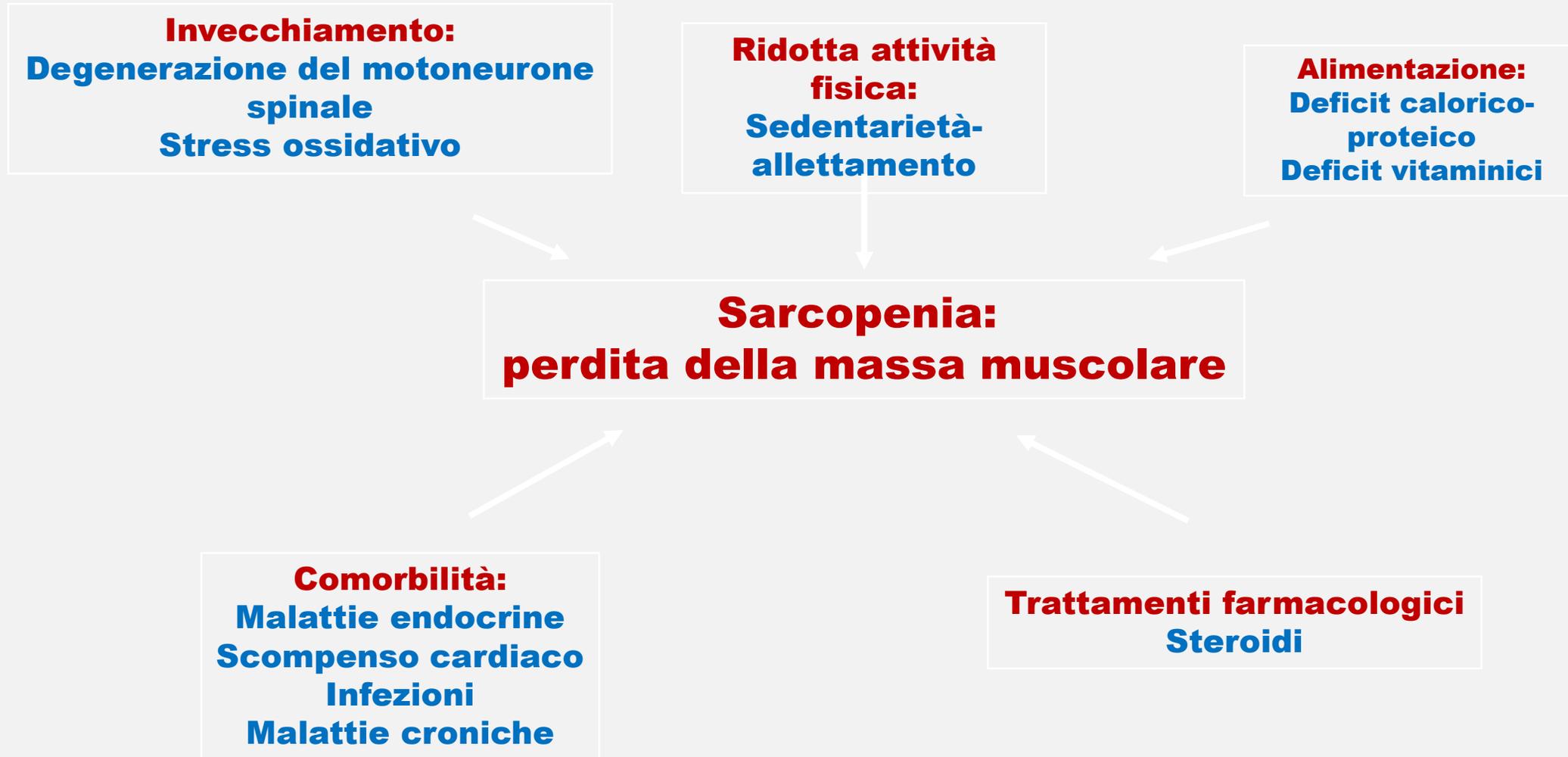


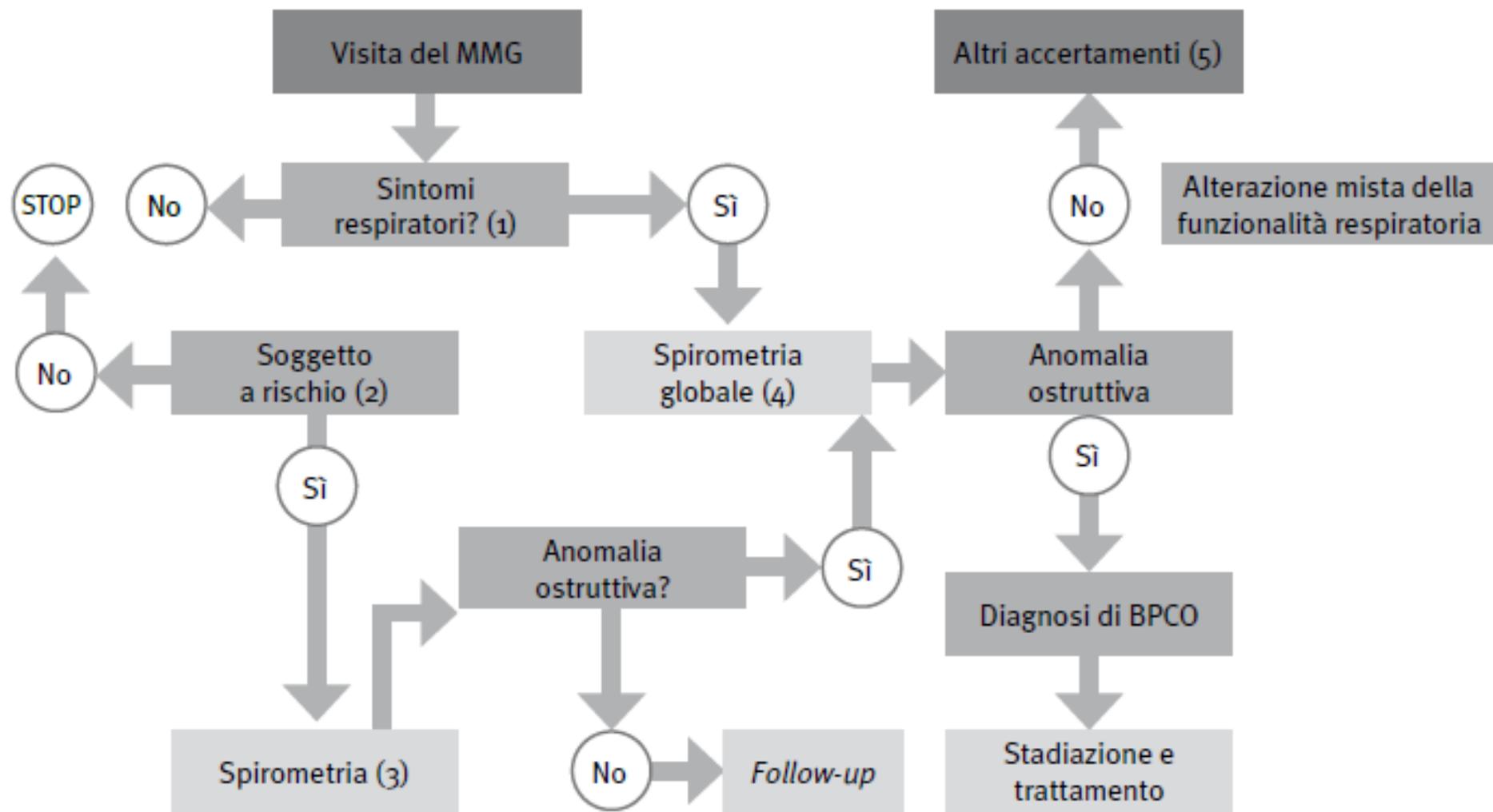
TABELLA 1

**RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DELLO SPECIALISTA IN UN MODELLO
DI GESTIONE INTEGRATA DELLA BPCO**

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	RUOLO DELLO SPECIALISTA
1. Individua, analizza e valuta i fattori di rischio (familiarità, fumo, esposizione lavorativa, inquinamento, ecc.)	1. Sceglie, suggerisce, esegue tutte le indagini strumentali di secondo livello
2. Verifica la presenza o assenza di sintomi e segni	2. Definisce la stadio e la gravità della BPCO
3. Richiede e/o valuta la funzione polmonare (spirometria), anche in assenza di sintomi e segni	3. Stabilisce il trattamento (farmaci, riabilitazione, ossigenoterapia a lungo termine, ventilazione non invasiva)
4. Prescindendo dal risultato dei punti 2. e 3., in presenza di rischio sorveglia attivamente il paziente	4. Tratta le riacutizzazioni gravi
5. Stabilisce il trattamento farmacologico e ne valuta le risposte	5. Effettua il <i>counselling</i> antifumo e incoraggia il paziente alla riabilitazione
6. Effettua il <i>counselling</i> antifumo e incoraggia il paziente alla riabilitazione	6. Comunica con il medico di medicina generale

FIGURA 4

LA SPIROMETRIA NELLA DIAGNOSI DI BPCO



E' auspicabile che lo screening nel sospetto clinico sia **attuabile già a partire dall'età di 40 anni**, per implementare la ricerca attiva di nuovi casi e che, come anche solo nei casi a rischio si attui una sorveglianza attiva con follow-up annuale

Per questo scopo, il fatto di dotare gli ambulatori dei MMG sul territorio di spirometri accrescerebbe la sensibilità di una diagnostica precoce

In questo **modello integrato al MMG** compete la valutazione clinico-anamnestica con misure di **spirometria e pulsiossimetria** nell'individuazione del paziente BPCO e della sua gravità/complessità, trasferendo allo specialista pneumologo i casi di dubbia diagnosi o complicati per una specifica caratterizzazione fenotipica di secondo livello e per la scelta di un razionale terapeutico appropriato

TABELLA 2

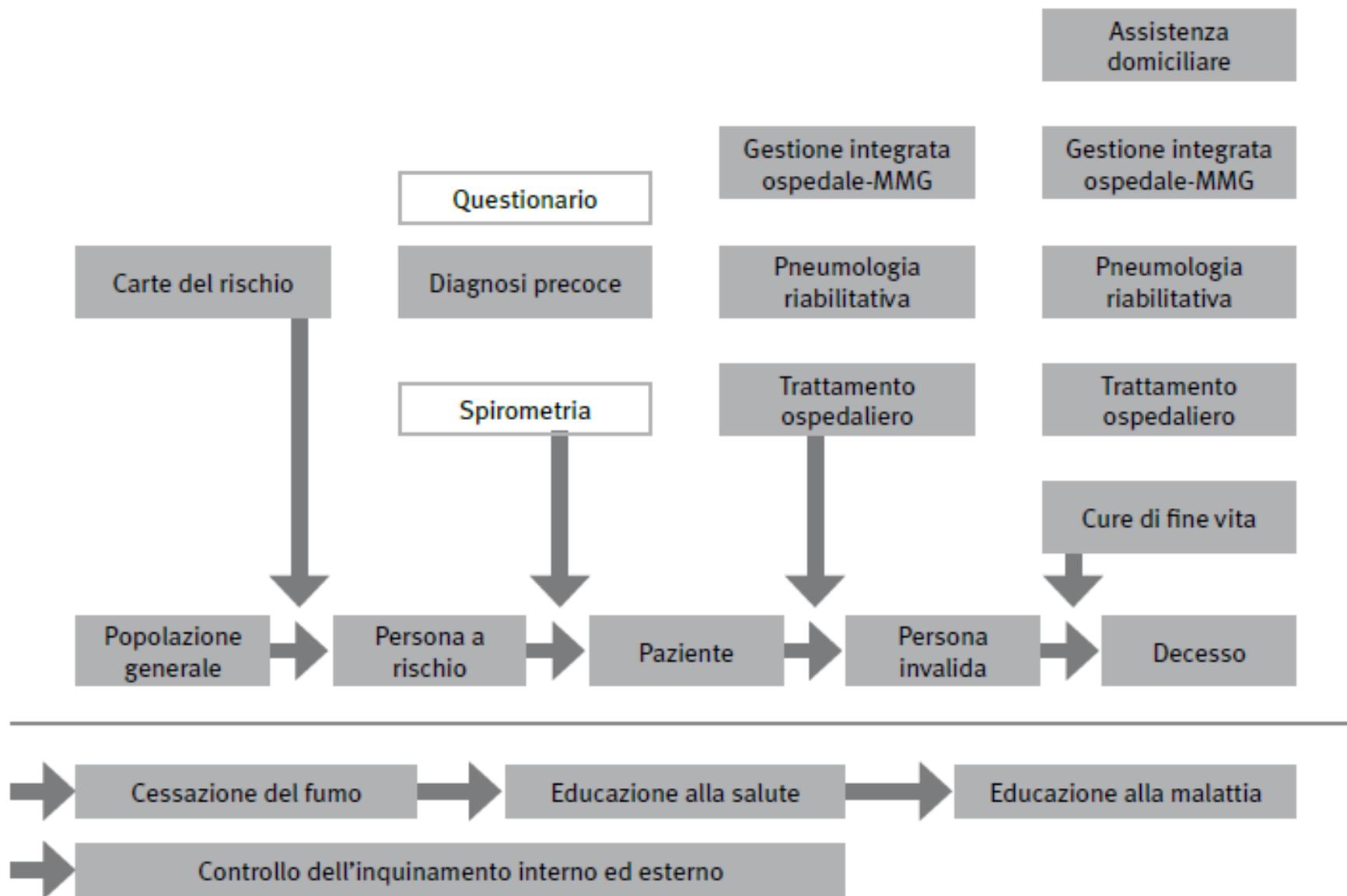
**RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) E DELLO SPECIALISTA
IN UN MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DELLA BPCO**

PRESTAZIONI	BRONCHITE CRONICA (SENZA OSTRUZIONE) BPCO LIEVE ASINTOMATICA (FEV ₁ /VC <95° E FEV ₁ >80%)	BPCO (FEV ₁ <80%, DISPNEA DA SFORZO, EVENTUALI COMORBILITÀ)	BPCO (FEV ₁ <60%, DISPNEA DA SFORZO, FREQUENTI RIACUTIZZAZIONI E COMORBILITÀ)	BPCO (FEV ₁ <50%, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E COMORBILITÀ)
Follow-up	Annuale	6 mesi	3 mesi	2 mesi
Disassuefazione tabagica	Tutti e/o centro antifumo			
Valutazione clinica (BMI) Questionari	MMG, specialista			
Pulsiossimetria	MMG, specialista			
Spirometria semplice	MMG, specialista			
Visita specialistica	Pneumologo in caso di dubbio diagnostico	Pneumologo		
Spirometria globale	Fisiopatologia respiratoria			
Misura della DLCO		Fisiopatologia respiratoria		
Rx torace	Radiologia			
ECG	MMG, specialista			
ECG-Ecocardiogramma		Specialista		
Emogasanalisi arteriosa			Laboratorio specialistico	
6 minute walking test		Laboratorio specialistico		
Saturazione notturna		Laboratorio specialistico		

BMI = indice di massa corporea; DLCO = capacità di diffusione; MMG = Medico di Medicina Generale

FIGURA 5

MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DELLA BPCO



Fumo di tabacco



La cessazione dal fumo è una misura di prevenzione individuale rivolta non solo all'insorgenza del a BPCO ma di molte altre patologie extrapolmonari fumo-correlate, la cui validità è universalmente dimostrata e che va intrapresa comunque nei fumatori, anche se non a rischio di BPCO



Per i pazienti che sono fumatori attivi, specie se risultano affetti da BPCO a seguito di una diagnosi precoce, **la cessazione del fumo è misura terapeutica essenziale non derogabile**

La cessazione del fumo infatti è in grado di modificare la storia naturale della malattia (Linea guida Gold Evidenza A) e, insieme con la terapia farmacologica e la pneumologia riabilitativa aiuta a migliorare la sintomatologia, la tolleranza all'esercizio fisico e, in definitiva, la qualità della vita

Il fatto che la cessazione del fumo sia difficile e faticosa (per i pazienti come per gli operatori sanitari) **non deve fare perdere di vista la sua essenziale importanza**

I dati italiani sono sconcertanti riguardo la **scarsa aderenza al piano terapeutico** dei pazienti sia per la mancata consapevolezza nei confronti della propria malattia sia per la inadeguata informazione circa le tecniche di utilizzo dei device



Il MMG, per ruolo e continuità assistenziale, deve essere coinvolto responsabilmente in questo compito educativo nei confronti del paziente perchè rappresenta un elemento fondamentale nel promuovere la compliance

Purtroppo dai dati nazionali emerge un **abuso** delle terapia inalatoria steroidea combinata **per ogni stadio di malattia** con i possibili riflessi negativi sulla sicurezza per il rischio di polmoniti

Molta enfasi oggi va rivolta ai nuovi broncodilatatori *long-acting* con durata nelle 24 ore, per la loro maggiore efficacia broncodilatatrice e per la loro monosomministrazione giornaliera con i conseguenti riflessi positivi sia sugli esiti clinici sia sulla *compliance* al trattamento

BPCO – Aree di criticità

Del Medico

Basso sospetto di BPCO nei pazienti con sintomi respiratori lievi

Approccio piuttosto clinico che funzionale

Difficoltà di esecuzione, interpretazione e scarso valore attribuito alla spirometria

Sovrapposizione da parte di altre comorbidità

Del Paziente

Scarsa attenzione ai primi sintomi di BPCO e al loro impatto sulla vita quotidiana

Evoluzione lenta della malattia

Adattamento ai sintomi

Bassa considerazione per il dato spirometrico

Indisponibilità alla cessazione del fumo

Mancanza di supporto sociale alla malattia

**Auto gestione
della
sintomatologia
polmonare**

**Peggioramento
della
sintomatologia
respiratoria**

**Aumento della
difficoltà
respiratoria**

**Aumento
dell'espettorato**

**Aumento della
tosse**



Sia lo SC (Scompenso Cardio-Circolatorio) che la BPCO sono caratterizzate da elevata mortalità sia durante il ricovero (10-30%) che nel successivo anno (20-40%).

Diversi lavori sottolineano come una significativa quota di questi ricoveri (20-30%) potrebbe essere evitata grazie a un adeguato follow-up e a una miglior compliance terapeutica

È stato ampiamente dimostrato in numerosi lavori controllati che un corretto impiego delle terapie di fondo attualmente in uso (Beta bloccanti-BB, ACE inibitori, diuretici) per lo SC e l'impiego dei broncodilatatori (BDI) a lunga durata d'azione e degli steroidi inalatori (ICS) sono in grado di **ridurre la morbilità dei pazienti con SC e BPCO e la mortalità dei pazienti con SC**

Per tali motivi una **accurata diagnosi differenziale e stadiazione di gravità** delle diverse comorbilità, cardiache e polmonari, è cruciale per definire la strategia terapeutica e gestionale più appropriata

- Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova

Vaccinazioni: Antinfluenzale ed antipneumococcica

La vaccinazione antinfluenzale della popolazione generale over 65 e della popolazione a rischio è oggi una raccomandazione consolidata.

I vaccini anti-influenzali possono ridurre il rischio di malattie gravi (come le infezioni del tratto respiratorio inferiore che richiedono ricovero ospedaliero) e di morte in pazienti con BPCO (Linee Guida/Raccomandazioni Gold Evidenza A)

Nei pazienti con BPCO il vaccino antipneumococcico è raccomandato nei soggetti di 65 anni e oltre, e anche in pazienti più giovani con significative comorbidity come le malattie cardiache. Inoltre, questo vaccino ha mostrato di ridurre l'incidenza di polmonite acquisita in comunità nei pazienti con BPCO più giovani di 65 anni con un VEMS <40% del predetto (Linee guida Gold Evidenza B).

LA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE IN MEDICINA GENERALE

Studi ed esperienze consolidate sul territorio dimostrano che:

- ▶ - Ampliare conoscenze e competenze dei MMG
- ▶ - Affidare monitoraggio e gestione di una patologia cronica alla Medicina generale

migliora appropriatezza prescrittiva, adesione al programma terapeutico, impiego delle risorse in particolare nella gestione delle malattie croniche

RUOLO MMG

La possibilità di avere a disposizione, soprattutto per le aggregazioni della MG, una tecnologia che risponda ai criteri di un approccio primario (tecnologia di primo livello)

Tecnologia di primo livello

- Consente di eseguire esami diagnostici di primo livello i gradi di monitorare alcuni indici per eseguire una prima valutazione di gravità (stadiazione) delle principali condizioni di patologia
 - Basso Costo
 - Semplicità di esecuzione
 - Rapidità di esecuzione
 - Ripetibilità
 - Interpretazione non complessa

Questo rappresenta senz'altro un modello di efficienza clinica nell'ambito delle Cure Primarie, perseguibile facilmente purché il medico decida di avvalersi di presidi tecnologici (elettrocardiografo, spirometro, pulsossimetro) che potremmo giustamente definire di II livello se confrontati con quelli che costituiscono lo strumentario tradizionale del medico di famiglia (fonendoscopio, sfigmomanometro, abbassalingua, pila e poco altro)

Terapia della BPCO in *real life*

1° Statement

AAITO-SIAIC-SIMeR

Sull'aderenza alla terapia inalatoria
nelle patologie ostruttive respiratorie



Anche una recente indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana da DOXA M. A, in collaborazione con le Società Scientifiche Italiane AAITO, SIAIC, SIMeR, ha chiaramente evidenziato che il paziente generalmente:

- *utilizza mediamente i farmaci pochi mesi l'anno*
- *sospende la terapia quando ha ottenuto il controllo dei sintomi*
- *accusa una oggettiva difficoltà all'impiego dei devices, quando non supportato da una adeguata educazione; il fenomeno e' particolarmente rilevante per i pazienti anziani*

Conclusioni

- **In media il numero di pazienti affetti da BPCO noti ai MMG è al di sotto delle previsioni epidemiologiche.**
- **La spirometria è sottoutilizzata in Medicina Generale perché non la si considera necessaria o per limiti logistici.**
- **È scarso l'utilizzo delle Linee Guida.**
- **Una percentuale non trascurabile dei medici prescrive solo broncodilatatori a breve durata d'azione.**
- **Una elevata % dei medici prescrive una combinazione fissa di ICS/LABA (overprescription?).**
- **L'aderenza al trattamento della BPCO è ancora un problema molto rilevante.**
- **...ma il controllo della BPCO ha bisogno del MMG.**



L'associazione delle comorbilità rende spesso difficile la diagnosi differenziale, determina un sinergismo negativo sulla capacità di esercizio e comporta la necessità di un trattamento complesso con più farmaci che sono di documentata efficacia su morbilità e mortalità per le singole patologie, come i Beta-bloccanti (BB) ed i Broncodilatatori Inalatori (BDI), ma che possono però avere effetti contrastanti quando sono utilizzati nello stesso paziente

Table 20

Compelling and possible contraindications to the use of specific antihypertensive drugs

Drug	Contraindications	
	Compelling	Possible
Beta-blockers	<ul style="list-style-type: none">• Asthma• Any high-grade sinoatrial or atrioventricular block• Bradycardia (heart rate <60 beats per min)	<ul style="list-style-type: none">• Metabolic syndrome• Glucose intolerance• Athletes and physically active patients

Nei pazienti con BPCO in cui è indicato l'impiego dei BB, tali farmaci andranno prescritti e titolati secondo i criteri suggeriti dalle linee guida terapeutiche dei BB in caso di impiego nella CI

Le seguenti condizioni cliniche (pazienti più gravi implicano un più attento impiego dei BB):

- BPCO molto grave : FEV1 < 30%
- Ossigenoterapia > 12 ore /die Sono da considerarsi controindicazioni relative all'impiego dei BB (secondo quanto definito nelle Linee Guida ESC)
- diagnosi di asma bronchiale
- Blocco atri ventricolare di secondo e terzo tipo
- Sick sinus sindrome (in assenza di pacemaker)
- Bradicardia sinusale (frequenza < di 50 b.p.m.)
- Arteriopatie periferiche gravi

I BB devono essere iniziati con cautela nei pazienti con recente scompenso acuto e introdotti prima della dimissione ospedaliera

Nei pazienti con BPCO è preferibile l'impiego di Beta Bloccanti B1 selettivi: Bisoprololo o Nebivololo

La dose dei BB può essere aumentata (solitamente raddoppiata) ogni 2-4 settimane

Aspetti critici

**La gestione di pazienti cronici
caratterizzati da un'elevata
complessità**

L'approccio medico è tradizionalmente indirizzato al trattamento delle singole patologie d'organo, mentre è ancora carente l'integrazione anche all'interno dell'ospedale, delle diverse competenze specialistiche.

Un'efficace gestione del paziente con comorbidità implica necessariamente la **collaborazione tra i diversi specialisti e tra gli specialisti e MMG in un progetto multidisciplinare finalizzato a garantire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio**



GIUGNO 2013 - AL G8 SI DISCUTE SULL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA

- ▶ L'antibiotico-resistenza è considerata, al pari dei cambiamenti climatici, una minaccia globale
- ▶ Nella lotta ai batteri resistenti, i Medici del territorio hanno un ruolo fondamentale



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO



Organizzazione Mondiale della Sanità

- ▶ IL 18 NOVEMBRE 2008: GIORNATA EUROPEA PER GLI ANTIBIOTICI
- ▶ ITALIA: INIZIATIVA PROMOSSA DAL MINISTERO DELLA SALUTE, DALL'AIFA E DALL'ISS PER L'USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

REPORT OMS



CONCLUSIONI

LA RESISTENZA E' UNA DELLE PRINCIPALI MINACCE PER LA SALUTE
PUBBLICA

E' NECESSARIA UN'AZIONE URGENTE!



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

K. FUKUDA

VICEDIRETTORE DELL'OMS PER LA SICUREZZA SANITARIA

“senza un'azione urgente e coordinata il mondo verrà governato da un'era post-antibiotica in cui infezioni comuni, trattate con successo per decenni, potranno di nuovo uccidere”

NEL 2015 ISTITUITA UNA TASK FORCE PER IL CONTROLLO DELLE
RESISTENZE BATTERICHE

U.K. – Ministero della Sanità

LE RESISTENZE SONO UN PERICOLO SIMILE AL
TERRORISMO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

7 aprile 2015

**IL REGNO UNITO LANCIÀ UN ALLARME: SE
LE RESISTENZE CONTINUERANNO AD
AUMENTARE SI STIMANO SOLO IN
INGHILTERRA 80.000 MORTI**

Apocalisse antibiotici, l'inefficacia nel 2050 provocherà 10 milioni di morti l'anno



Se non verranno prese misure adeguate, entro il 2050 la resistenza agli antibiotici potrebbe rappresentare una causa di morte più pericolosa del cancro, portando alla morte di 10 milioni persone ogni anno nel mondo. La minacciosa previsione

è contenuta in un rapporto (Review on antimicrobial resistance) pubblicato ieri che è stato commissionato dal Governo britannico alle autorità sanitarie inglesi [[continua...](#)]

Antibiotici. Onu: la resistenza e' una 'minaccia fondamentale'



Articolo di **Redazione**

23 settembre 2016 16:09



Per la quarta volta della loro storia, dopo l'Hiv, le malattie non trasmissibili ed Ebola, le Nazioni Unite (ONU) hanno messo all'ordine del giorno una questione legata alla Sanita'.

Il fenomeno della resistenza agli antimicrobici era all'ordine del giorno, lo scorso 21 settembre, dell'Assemblea Generale dell'Onu che si tiene in questa settimana a New York. Esso e' diventato una preoccupazione che non e' piu' solo sanitaria, ma "una minaccia fondamentale, a lungo termine per la salute umana, la produzione durevole del cibo e lo sviluppo", come ha detto il segretario generale dell'ONU, Ban Ki-moon.

Antibiotico resistenza. La Camera scende in campo: approvate 9 mozioni bipartisan

Promuovere campagne informative per sensibilizzare i cittadini al problema, ridurre il consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero, puntare sulla formazione del personale sanitario, e prevedere un confezionamento di farmaci che preveda dosi unitarie. Questi alcuni degli impegni chiesti al Governo nelle mozioni di M5S, Pd, Fi, Si, Ln, Ncd, CoR, Udc e Ci, riformulate dal sottosegretario alla Salute Davide Faraone, e approvate dall'Aula.



24 GEN - La Camera ha oggi approvato 9 mozioni bipartisan in tema di resistenza agli antibiotici. Diversi gli impegni chiesti al Governo per far fronte ad un fenomeno definito dall'Onu "la più grande sfida della medicina contemporanea", causato da un eccessivo o inappropriato uso di antibiotici che, negli anni, ha fatto sì che l'efficacia degli antibiotici non sia più un bene garantito. Tra questi, la promozione di iniziative per ridurre il consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero, promuovere l'introduzione di dosi unitarie di farmaci, istituire sistemi di monitoraggio sul fenomeno, puntare su una formazione specifica degli operatori sanitari ed elaborare campagne di informazione.

CLIMA, ANTIBIOTICI, DONNE, LE SFIDE DEL G7 DELLA SALUTE

I ministri della Sanità dei 7 Paesi più industrializzati si sono riuniti a Milano per affrontare le sfide sanitarie del futuro.

Lorenzin: "Resistenza ai farmaci anti batterici è emergenza mondiale, e si è fatto troppo poco fino ad ora»

MILANO, 5 e 6 novembre 2017



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

OBIETTIVO DELLA CAMPAGNA

**INFORMARE I CITTADINI SULL'IMPORTANZA DI
RICORRERE AGLI ANTIBIOTICI SOLO QUANDO
NECESSARIO E DIETRO PRESCRIZIONE DEL MEDICO
E DI NON INTERROMPERE LA TERAPIA.**



AL MOMENTO ATTUALE

Uso indiscriminato della terapia antibiotica



Aumento resistenze batteriche



Aumento dei casi di **fallimento terapeutico**



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Necessario



**Uso razionale/appropriato
degli antibiotici disponibili**



Alexander Fleming

“The time may come when penicillin can be bought by anyone in the shops. Then there is the danger that the ignorant man may easily underdose himself and by exposing his microbes to non-lethal quantities of the drug make them resistant. Here is a hypothetical illustration. Mr. X. has a sore throat. He buys some penicillin and gives himself, not enough to kill the streptococci but enough to educate them to resist penicillin. He then infects his wife. Mrs. X gets pneumonia and is treated with penicillin. As the streptococci are now resistant to penicillin the treatment fails. Mrs. X dies. Who is primarily responsible for Mrs. X’s death? Why Mr. X whose negligent use of penicillin changed the nature of the microbe.
Moral: If you use penicillin, use enough.”

ALEXANDER FLEMING, Nobel Lecture, 11 Dicembre 1945

Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE

L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

Cesare Greco, Francesco M. Bovenzi, Sergio Berti, Maurizio Abrignani, Francesco Bedogni,
Roberto Ceravolo, Furio Colivicchi, Leonardo De Luca, Pompilio Faggiano, Francesco Fattirolli,
Giuseppe Favretto, Pantaleo Giannuzzi, Gian Francesco Mureddu, Giuseppe Musumeci, Zoran Olivari,
Carmine Riccio, Roberta Rossini, Pier Luigi Temporelli

con l'endorsement di:

ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali)
ANCE (Cardiologia Italiana del Territorio)
SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)

realizzato con il contributo scientifico di:

Fulvia Seccareccia e Stefano Rosato
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA NELLA FASE POST-ACUTA DELLE SCA

Il Panel ritiene ragionevole ipotizzare che l'assenza di un miglioramento nel tempo della prognosi post-ospedaliera dell'IMA sia *almeno in parte* attribuibile all'inadeguatezza e alla scarsa applicazione di appropriati percorsi assistenziali cardiologici dopo la dimissione.

Il Panel, sulla base dei dati epidemiologici, ritiene che i fondamenti della stratificazione prognostica dopo una SCA siano rappresentati dall'identificazione della disfunzione ventricolare sinistra, dello SC e dei suoi predittori e, in secondo luogo, dalla valutazione del rischio di recidive ischemiche, altrimenti detto rischio trombotico.

Il Panel ritiene che la lettera di dimissione sia un caposaldo di fondamentale importanza per chiunque prenderà in carico il paziente in seguito e che di fatto rappresenti la chiave di accensione del processo di cura successivo. La lettera di dimissione dovrà contenere tutti gli elementi sintetizzati nella check-list riportata nella Tabella 1, fondamentali per definire il percorso appropriato di ogni singolo paziente, il tipo ed il timing dei successivi controlli.

Lettera di dimissione

Tabella 1. Check-list pre-dimissione da inserire nella cartella clinica.

1. Classe Killip max	<input type="checkbox"/>
2. Frazione di eiezione <40%	<input type="checkbox"/>
3. Frazione di eiezione \geq 40%-<45% con:	
a) pattern di riempimento diastolico restrittivo	<input type="checkbox"/>
b) insufficienza mitralica >1	<input type="checkbox"/>
c) WMSI elevato e ventricolo non dilatato	<input type="checkbox"/>
4. Importante variazione del BNP	<input type="checkbox"/>
5. Uso di diuretici dell'ansa	<input type="checkbox"/>
6. Arteriopatia periferica	<input type="checkbox"/>
7. Storia di angina o pregresso infarto miocardico	<input type="checkbox"/>
8. Malattia coronarica multivasale	<input type="checkbox"/>
9. Rivascolarizzazione incompleta	<input type="checkbox"/>
10. Pazienti non rivascolarizzati	<input type="checkbox"/>

BNP, peptide natriuretico cerebrale; WMSI, indice di cinesi parietale.

La prevenzione secondaria in senso lato e la riabilitazione cardiovascolare nello specifico condividono largamente ambiti culturali, strumenti ed obiettivi e sono attività da gestire di concerto con le strutture cardiologiche per acuti al fine di realizzare i piani ed i percorsi del pazienti con recente evento cardiovascolare. Nel loro insieme costituiscono in pratica l'essenza della cardiologia preventiva, che ha il compito istituzionale di gestire in rete il percorso del cardiopatico nella sua fase di post-acuzie e poi di cronicità. Una rete da costruire, che dovrà funzionare analogamente alla rete per il cardiopatico acuto e che dovrà avere nel medico di medicina generale un supporto fondamentale. L'organizzazione della rete potrà variare strutturalmente a seconda delle risorse localmente disponibili, ma dovrà tendere ad uno standard funzionale uniforme ponendosi come obiettivo il conseguimento degli obiettivi diagnostico-terapeutici e di prevenzione indispensabili. La realizzazione dei dipartimenti cardiologici ospedale-territorio permetterebbe un'ottimale erogazione dei servizi per acuti e post-acuti utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Prevenzione secondaria

Il Panel ritiene che la condivisione dei protocolli gestionali della fase post-acuta sia condizione indispensabile per la realizzazione dei programmi di prevenzione secondaria/riabilitazione in un determinato territorio. Il coinvolgimento di tutti gli attori, cardiologi, infermieri e medici di medicina generale potrà essere sinergico ed efficace soltanto se gli obiettivi, gli strumenti, le modalità di applicazione e la definizione dei compiti saranno condivisi in periodiche riunioni nel contesto del dipartimento ospedale-territorio o, in sua assenza, dell'area geografica che dovrà avere un coordinamento locale ben definito e costituito dai rappresentanti dei centri che prestano assistenza post-SCA. La definizione di indicatori e il monitoraggio periodico dell'applicazione dei percorsi condivisi dovranno costituire gli strumenti ottimali per la verifica dell'attività svolta.

Protocolli Gestionali

In conclusione, il Panel concorda che:

1. la gestione ottimale del paziente con SCA prevede percorsi condivisi di prevenzione secondaria/riabilitazione da svolgersi nel contesto di una rete strutturata del post-acute/cronico;
2. le *strutture* coinvolte sono le cardiologie degli ospedali per acuti, i centri di CR e gli ambulatori di cardiologia ospedalieri o territoriali;
3. *gli attori* coinvolti sono cardiologi, delle acuzie e non. figure sanitarie non mediche, in primis infermieri, ed i medici di medicina generale;
4. *i percorsi assistenziali* devono essere concordati dagli attori sulla base dei reali bisogni del paziente, ma prendendo in considerazione le risorse disponibili e gli aspetti/criticità logistico-strutturali presenti localmente, ferma restando la necessità per tutti i reparti di cardiologia per acuti di poter inviare alcune categorie di pazienti ad alto rischio direttamente ad una cardiologia riabilitativa in regime degenziale;
5. per tutti i pazienti, in particolare nell'assistenza successiva al periodo post-acute, è di particolare importanza l'interazione con il medico di medicina generale.

[Gli italiani e i medici di famiglia: fiducia ai massimi storici secondo l'ultima indagine del Censis. Scotti \(Fimmg\): «Incontro ad horas con l'Aifa per una partecipazione prescrittiva diretta dei piani terapeutici da parte dei medici di medicina generale per Bpco e diabete»](#)

venerdì 16 novembre 2018 18.17

«I dati del Censis ci confermano il ruolo centrale della Medicina Generale nell'ottica di un'assistenza di qualità, ma soprattutto quanto sia forte il riscontro da parte dei cittadini che, sempre più, cercano un'alleanza terapeutica con il Medico di Famiglia, riconosciuto come garante della tutela della salute». Nel commentare l'ultima ricerca del Centro Studi Investimenti Sociali, Silvestro Scotti (segretario generale della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale) non si limita ad una lettura pura e semplice del dato: «E' prioritario - dice - riprendere immediatamente il percorso dialettico già avviato con l'Aifa, teso a definire un nuovo ruolo per il medico di medicina generale attraverso la partecipazione prescrittiva diretta dei piani terapeutici previsti per i farmaci per la bronco polmonite cronica ostruttiva (Bpco) e per il diabete».

Per questo motivo il segretario generale Fimmg, nel rinnovare l'augurio di un buon lavoro al neo eletto direttore generale dell'Aifa Luca Li Bassi, auspica anche un celere incontro. «Limitare la possibilità prescrittiva dei medici di medicina generale - sottolinea Scotti - identificati come attori primari della presa in carico del paziente affetto da cronicità, e la loro possibilità di intervenire sui piani terapeutici, non può che incidere in modo fortemente negativo in questo rapporto fiduciario con il paziente, su cui l'alleanza terapeutica si basa, limitando e ritardando peraltro le possibilità di cura per i cittadini». La ricerca del Censis certifica infatti come gli italiani boccino la visione burocratica della professione medica e il sistema di regole e di vincoli imposti dal Ssn (tetti di spesa, linee guida, protocolli). I cittadini si fidano del proprio medico (i dati rivelano che l'87,1% degli italiani si fida del medico di medicina generale, la quota raggiunge il 90% tra gli over 65 anni), una fiducia che si esplicita anche nella scelta del medico come prima fonte di informazione sui temi di salute (il medico di medicina generale è la fonte numero uno per il 72,3% degli italiani, in crescita rispetto al 66,3% rilevato nel 2008).

Ma non va sottovalutato l'aumento della richiesta da parte del cittadino di partecipazione ai processi di cura, evidenziata dalla riduzione dal 34,1% del 2007 al 19,6% del 2018 dei cittadini che si aspettano un medico che decida autonomamente sulle loro cure. Confrontare un medico di famiglia che non sia capace di avere accesso, dopo essere stato scelto per fiducia, alle migliori cure, con l'empowerment dimostrato dei pazienti, significa avere poco rispetto e considerazione a l'utilità di quel rapporto fiduciario.

Sono d'accordo infine con il Presidente Fnomceo, Filippo Anelli, quando afferma che «I cittadini vogliono un medico preparato, competente, e che si faccia carico dei loro problemi, delle loro esigenze, comprendendone anche il disagio, il dramma che la malattia provoca.» e pertanto una visione ragionieristica di questo rapporto è del tutto inappropriata e non risponde alla richiesta di salute che arriva forte dal territorio» conclude Scotti.

Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 754

Seduta del 05/11/2018

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

MARTINA CAMBIAGHI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

GIULIO GALLERA

STEFANO BRUNO GALLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

SILVIA PIANI

FABIO ROLFI

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

NUOVE MODALITA' DI GESTIONE ED ATTUAZIONE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE ED APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA TRA L'ASSESSORATO AL WELFARE E LA FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA