

Promosso da



FONDAZIONE
GIOVANNI LORENZINI
MILAN, ITALY



GIOVANNI LORENZINI
MEDICAL FOUNDATION
NEW YORK, NY, USA

CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA PER GIORNALISTI

ANTIBIOTICO-RESISTENZE: UN'EMERGENZA GLOBALE

IL RUOLO DEI MEDIA TRA INFORMAZIONE E FORMAZIONE

DOSSIER ABSTRACT
ROMA, 8 MAGGIO 2018



INDICE

Resistenze batteriche: 3 una minaccia per la salute di tutti Sergio Pecorelli e Andrea Peracino, Fondazione Lorenzini, Milano e New York, USA	3
Le strategie di controllo dell'antibiotico-resistenza: 4 dal letto del paziente... Pierluigi Viale, <i>Professore ordinario di Malattie Infettive, Università di Bologna</i> <i>e Direttore UO Malattie Infettive, Ospedale Policlinico Sant'Orsola, Bologna</i>	4
Le strategie di controllo dell'antibiotico-resistenza: 5 ...all'Antimicrobial Stewardship Claudio Viscoli, <i>Direttore Clinica Malattie Infettive, Università di Genova</i> <i>e Ospedale Policlinico San Martino, Genova</i>	5
Il grande inganno. Cosa resta all'opinione pubblica 6 delle notizie sugli antibiotici Daniela Minerva, <i>Giornalista medico-scientifico, La Repubblica</i>	6
Da batteri a "superbatteri": 7 quali sono i meccanismi alla base delle resistenze? Giovanni Di Perri, <i>Direttore della Clinica e della Scuola di Specializzazione</i> <i>in Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino,</i> <i>Ospedale Amedeo di Savoia</i>	7
Antibiotici e corretta informazione, una sfida per i media 8 Annalisa Manduca, <i>Giornalista Rai Radio Uno</i>	8

Sergio Pecorelli e Andrea Peracino

Lorenzini Foundation, Milano e New York (USA)

Resistenze batteriche: una minaccia per la salute di tutti

Alla fine del mese di giugno del 2017, il Ministero della Salute italiano concludeva un documento intitolato “Piano Nazionale di Contrasto dell’Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2017-2020” preparato insieme al Gruppo di Lavoro sull’Anti Microbico-Resistenza – AMR, con la partecipazione dell’Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA, dell’Istituto Superiore di Sanità – ISS e dei Rappresentanti delle Regioni e delle Società Scientifiche, i quali tutti hanno lavorato anche in base alle indicazioni del WHO ed in base alle conclusioni del Consiglio d’Europa del 17 giugno 2016. Il Piano veniva ufficialmente inviato all’inizio di settembre 2017 alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e alla Conferenza delle Regioni per essere messo all’ordine del giorno della prima riunione utile della Conferenza. Il Piano veniva ufficialmente pubblicato presso il Ministero della Salute il 10 novembre 2017.

Alcune azioni da realizzare prevedono:

sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti, nell’ambito sanitario umano e veterinario; uso appropriato e sorveglianza del consumo di antibiotici, con una riduzione dell’impiego entro il 2020 superiore al 10% in ambito territoriale, e oltre il 5% in ambito ospedaliero, e un taglio oltre il 30% nel settore veterinario (rispetto ai livelli 2016); potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia, con tutte le Regioni attrezzate alla sorveglianza e un numero di laboratori adeguato a seconda della popolazione; formazione degli operatori sanitari, educazione della popolazione e ricerca mirata.

Il tema dell’antimicrobico-resistenza sulla salute umana non interessa solo l’Italia, e si espande in modo sempre più pesante sui percorsi di prevenzione e protezione della salute umana, animale, alimentare e nelle politiche di intervento globali in area medica ed alimentare. Molte delle aree mediche sono collegate a politiche di intervento quali: la vaccinazione, il trattamento delle malattie, incluse quelle di natura oncologica.

Il WHO sta impegnandosi da anni su queste tematiche, e sempre maggiore è la richiesta di una adesione di ogni stato alle politiche di riduzione della incessante compromissione della salute della popolazione e ancora di più del singolo cittadino. Il valore economico di questa perdita va al di là delle preoccupazioni correnti del mondo della politica nazionale e internazionale.

È necessario sempre più che il mondo della comunicazione giornalistica si coinvolga e possa intervenire nell’aiutare il singolo cittadino e l’insieme dell’organizzazione sociale a trovare risposte adeguate ai seguenti temi: il significato attuale dell’antimicrobico-resistenza; la visione e le proposizioni relative istituite dagli organi nazionali e internazionali di controllo e di gestione sulla salute; il tema economico dirompente dell’antimicrobico-resistenza; il collegamento della persona con chi deve o dovrebbe agire in modo costruttivo in questo campo; e il percorso su questo tema degli organi di controllo di ordine sanitario ed economico.

Pierluigi Viale

*Professore ordinario di Malattie Infettive, Università di Bologna
e Direttore UO Malattie Infettive, Ospedale Policlinico Sant'Orsola, Bologna*

Le strategie di controllo dell'antibiotico-resistenza: dal letto del paziente...

Da oltre 10 anni, Antimicrobial Stewardship è uno dei termini più riportati in letteratura medica ed ha contribuito a spostare l'atteggiamento culturale dalla classica visione individualistica del rapporto medico-paziente ad una visione di contesto, dove sia accettata la responsabilità del proprio operato professionale, non solo nei confronti del proprio paziente, ma rispetto all'intera comunità. Questo perché ogni somministrazione di un farmaco antibiotico genera una perturbazione dell'ecosistema microbico che fisiologicamente colonizza l'essere umano, in particolare a livello di microbiota intestinale, per cui è necessario capire che ogni prescrizione deve sposare una logica di corretto rapporto rischio/beneficio. In altri termini, non è vero che una terapia antibiotica sbagliata seleziona resistenze: ogni terapia antibiotica, giusta o sbagliata, fatalmente ha sempre un impatto selettivo. Pertanto, la sfida di una prescrizione realmente cost-effective si concretizza a vari livelli: non abusare dei farmaci antimicrobici, evitare nel singolo paziente ogni rischio di sotto-esposizione, non eccedere sui tempi di trattamento.

È vero che ogni progetto di Antimicrobial Stewardship deve proporsi interventi in grado di interferire con il governo globale dell'uso degli antimicrobici all'interno di un ospedale o di un'unità operativa o nel contesto di una specifica tipologia di pazienti, ma è altrettanto vero che i concetti di qualità ed accuratezza devono essere applicati prima di tutto al letto di ogni singolo malato.

Antimicrobial Stewardship è anzitutto sinonimo di eccellenza prescrittiva, poi altresì sinonimo di contenimento di esposizione e costi. È innegabile che ridurre i livelli di esposizione di popolazione attraverso una calmiere dell'utilizzo di questa classe di farmaci, sia utile a moderare la selezione di stipti microbici resistenti nell'ecosistema umano, ma questo concetto non deve essere interpretato in modo eccessivamente zelante, perseguendo unicamente politiche di risparmio prescrittivo. Questo atteggiamento culturale, che ha contaminato i primi dieci anni di approccio alla Antimicrobial Stewardship è riduttivo, probabilmente inutile e foriero di atteggiamenti potenzialmente pericolosi, perché continuare a ridurre risorse potenzialmente salvavita potrebbe generare il rischio di negare le stesse a pazienti che ne avessero necessità.

È pertanto imperativo non dimenticare che l'obiettivo primario dell'Antimicrobial Stewardship non è risparmiare, ma soprattutto curare meglio. Poiché veniamo da lunghi anni di abuso di antimicrobici, non c'è dubbio che le azioni finalizzate a ottimizzarne l'utilizzo, abbiano anche ricadute favorevoli in termini di consumi. È necessario spostarsi verso una visione dicotomica del concetto di Antimicrobial Stewardship: per i tanti pazienti con patologie di bassa / media gravità è necessario e possibile mettere in atto politiche tese al risparmio, sì da preservare l'efficacia delle risorse disponibili per i pochi pazienti con gravi malattie da infezione, rispetto ai quali l'unico obiettivo deve essere rappresentato dalla loro salute. Tale visione è tutt'altro che utopistica, e più società scientifiche hanno indicato gli interventi basilari da perseguire, alcuni da mettere in atto a livello di sistema, altri al letto del singolo paziente. Tra quest'ultimi, evitare prescrizioni ridondanti, ridurre non appena possibile lo spettro ed il numero di antibiotici somministrati ad ogni paziente, contenere sulla base di parametri riproducibili i tempi di trattamento, rappresentano tre aspetti di un progresso culturale ormai irrinunciabile.

Tuttavia, la strada verso un reale cambio di indirizzo è ancora lunga: le più recenti survey sugli atteggiamenti operativi ci dicono che una larga porzione del mondo medico, anche quando si faccia riferimento a specialisti di settore, ha ancora molti atteggiamenti precostituiti, basati più sulla tradizione che su reali evidenze. L'abitudine di "fare ancora qualche giorno di terapia" è un chiaro esempio di un atteggiamento difensivo che nel prossimo futuro potrebbe invece essere considerato imprudente rispetto al rischio di contribuire alla pressione selettiva sulle popolazioni microbiche. Analogamente, trincerarsi verso dosaggio giornalieri e/o tempi di terapia predefiniti per specifiche patologie, significa non vedere che il futuro sarà sempre più orientato verso terapie "tagliate su misura" sulle necessità del singolo paziente, e non capire che non esiste la terapia delle malattie da infezione, ma esiste la terapia del paziente con malattia da infezione.

Claudio Viscoli

*Direttore Clinica Malattie Infettive, Università di Genova
e Ospedale Policlinico San Martino, Genova*

Le strategie di controllo dell'antibiotico-resistenza: ...all'Antimicrobial Stewardship

Per Antimicrobial Stewardship (AS) si intende la messa in opera di una serie di provvedimenti tesi a favorire un uso oculato ed appropriato degli antibiotici, avendo come obiettivo primario la salute e la sicurezza del paziente e, come obiettivi secondari, la ridotta selezione di ceppi batterici resistenti, la ridotta incidenza di colite da *C. difficile* (CDI) e di altre infezioni correlate al cattivo uso degli antibiotici, la riduzione degli effetti collaterali dei singoli farmaci, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e la riduzione dell'impatto globale degli antibiotici sul microbiota umano. Il successo dei programmi di AS necessita in primo luogo del sostegno anche economico delle amministrazioni a tutti i livelli, è condotto come figura preminente dallo specialista infettivologo e necessita della collaborazione di farmacisti, farmacologi, microbiologi, igienisti e infermieri, che operano in un team dedicato e ufficialmente nominato. Per quanto l'AS venga comunemente intesa in ambito ospedaliero, essa dovrebbe avere lo scopo di ottimizzare l'uso di antibiotici a tutti i livelli, compreso quello veterinario, in un'ottica di Global Health.

Punto di partenza di un programma di AS è la conoscenza nell'ambito di interesse (ospedale, RSA, gruppo di ospedali, Nazione) dei dati di base relativi al fenomeno della resistenza agli antibiotici e all'uso degli antibiotici, con raccolta sistematica dei dati riguardanti la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci antibiotici e il tasso di resistenze batteriche nei vari ambiti, dal più ristretto al più vasto. Dopo avere individuato gli indicatori di outcome, si parte con gli interventi operativi e le periodiche valutazioni del livello di raggiungimento degli obiettivi di outcome.

Gli interventi operativi comprendono metodi persuasivi, che implicano un investimento educativo, e metodi interventistici, tesi a controllare l'uso degli antibiotici. Indicati sono anche gli interventi strutturali, che vanno a modificare l'allocazione delle risorse e possono implicare il potenziamento di laboratori o strutture operative (allocazione di risorse).

I metodi educativi comprendono revisione e discussione dei singoli casi clinici e delle prescrizioni correlate insieme al medico prescrittore, insieme a seminari e sessioni di e-learning dedicate alle revisioni di linee guida e linee terapeutiche. In occasione delle riunioni, idealmente indirizzate, in ospedale, a ambiti omogenei (emergenza, terapia intensiva, aree internistiche e chirurgiche, ecc.) si possono stilare linee guida adattate alle singole esigenze e, sulla base delle situazioni epidemiologiche locali, da pubblicare come "Istruzioni Operative" aziendali, regionali o nazionali.

I metodi restrittivi comprendono il controllo, preferibilmente a feedback, per modificare o interrompere la prescrizione, per esempio con obbligo di conferma, modifica o blocco della prescrizione generati da sistemi automatici.

Di grande utilità per supportare i programmi di AS sono le nuove tecnologie di reparto (cartelle elettroniche, sistemi di individualizzazione delle prescrizioni) e di laboratorio microbiologico, nonché la revisione delle terapie al terzo giorno (de-escalation), la razionalizzazione della durata delle terapie, il monitoraggio dei marcatori prognostici clinici o di laboratorio, l'ottimizzazione delle modalità di somministrazione e, infine, il monitoraggio delle allergie.

In ultimo, ma non per importanza, viene il richiamo alle vaccinazioni, perché prevenire le malattie infettive è il miglior modo per ridurre l'uso degli antibiotici.

Daniela Minerva

Giornalista medico-scientifico, La Repubblica

Il grande inganno. Cosa resta all'opinione pubblica delle notizie sugli antibiotici

Il discorso pubblico sugli antibiotici è carente e spesso falsato. Negli ultimi tempi, in seguito a importanti dichiarazioni istituzionali, come quelle della FDA, dello UK Chief Medical Officer o dei CDC, i media hanno dato spazio agli allarmi sul fenomeno dell'antibiotico-resistenza, sulla carenza di nuove molecole e sui rischi a lungo termine per la salute pubblica. Ma tutto questo non si è ancora tradotto in un vero discorso pubblico in grado di porre la questione nei suoi termini corretti.

Questo aspetto emerge in particolare dall'analisi delle conversazioni sui social media. Gli alert istituzionali hanno infatti ottenuto notevoli picchi di visibilità su social come Twitter, in una misura spesso superiore ad alcune campagne sull'uso consapevole degli antibiotici. Il problema è che questa attenzione è durata sole 24 ore, al massimo 48, e il suo eco, misurato in retweet, non ha aperto una discussione a lungo termine.

Nella comunicazione prevalgono messaggi vaghi e privi di contenuto scientifico attendibile e tali da impostare il problema in termini razionali. La scarsa penetrazione di notizie corrette sugli antibiotici fa emergere nell'opinione pubblica idee sbagliate sulla sicurezza di questi farmaci che alimentano paure infondate con conseguenze anche drammatiche: nello scorso anno si sono registrati ben due decessi causati da complicanze di otite non curata con gli antibiotici in quanto ritenuti farmaci "troppo forti" per il trattamento di questa infezione.

Giovanni Di Perri

*Direttore della Clinica e della Scuola di Specializzazione in Malattie Infettive,
Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino,
Ospedale Amedeo di Savoia*

Da batteri a “superbatteri”: quali sono i meccanismi alla base delle resistenze?

La resistenza agli antibiotici può essere un carattere intrinseco nei batteri, ovvero già presente nel loro profilo biologico, oppure può essere acquisita, per selezione diretta in seguito ad esposizione agli stessi antibiotici, oppure trasmessa da altri batteri della stessa specie o anche da specie diverse attraverso il passaggio di elementi genetici mobili (e.g. plasmidi).

È importante chiarire che in ogni popolazione batterica esistono varianti spontanee a ridotta sensibilità agli antibiotici, quindi l'esito di una terapia antibiotica dipenderà soprattutto da due variabili ossia, la concentrazione dell'antibiotico/i che riusciremo a raggiungere e mantenere per tempi congrui sul sito d'azione e lo stato delle difese dell'ospite.

Possiamo distinguere alcuni “macro ambienti” nei quali, e attraverso i quali, l'antibiotico-resistenza viene selezionata e si diffonde: nei reparti e nelle procedure ad alto rischio; negli ospedali e nelle RSA; nell'ambito della medicina di base e del territorio; negli ambienti rurali, nelle filiere del cibo e delle acque. Proprio rispetto a quest'ultimo punto, relativo agli ambienti rurali, ad esempio l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha fissato una soglia per l'uso agricolo della colistina che dovrebbe essere limitata ad un massimo di 5 mg per chilogrammo per il bestiame, per evitare la pericolosa diffusione della resistenza batterica al farmaco, verificatasi lo scorso anno.

Nelle attuali criticità relative alla resistenza antibiotica, i batteri maggiormente implicati sono: fra i Gram-positivi, l'*Enterococcus faecium*, l'*Enterococcus faecalis*, lo *Staphylococcus aureus* e lo *Streptococcus pneumoniae*; fra i Gram-negativi, l'*Acinetobacter baumannii*, i Produttori di b-lattamasi a spettro esteso (ESBL) – vale a dire *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacteriaceae* – le *Enterobacteriaceae* produttrici di OXA-48, le *Enterobacteriaceae* produttrici di KPC, i Gram – produttori di metallo – carbapenemasi e la *Stenotrophomonas maltophilia*.

Tra questi, meritano particolare attenzione tre batteri:

- *Staphylococcus aureus*: colonizzatore abituale della pelle e delle mucose di quasi tutti gli animali, inclusi mammiferi e uccelli. Nell'uomo è presente in maggiori quantità sulla cute e nelle narici.
- *Enterobacteriaceae*: presenti normalmente nell'acqua e nel suolo e residenti abituali nell'intestino dell'uomo e di varie specie di animali.
- *Pseudomonas aeruginosa*: presente nell'ambiente (suolo, acqua, piante, vegetali, fiori, piscine, saune, acqua corrente, mops – “mocio”) e nell'uomo (ascelle, orecchie, perineo, pieghe sottomammarie) e resistente a temperature fino a 45-50°C.

Antibiotici e corretta informazione, una sfida per i media

Antibiotico-resistenze, Italia maglia nera in Europa per incidenza delle principali infezioni da germi resistenti agli antibiotici. Bisogna intensificare la lotta contro questi batteri che dagli ospedali emigrano verso il territorio. Per questo esiste l'emergenza di prescrivere ed assumere gli antibiotici in modo appropriato.

Inoltre esiste anche l'allarme dei Superbatteri dove il rischio che anche infezioni banali possono essere fatali...

Trasferire la cultura del buon uso degli antibiotici nella popolazione non è cosa semplice. Sotto accusa è l'uso indiscriminato, quindi eccessivo e inappropriato, degli antibiotici che a lungo andare ha determinato un calo della loro efficacia. Per comprendere la complessità del processo dobbiamo partire però dalla considerazione che le persone hanno per questi farmaci. Gli antibiotici sono considerati protezioni indispensabili per tutta la famiglia. Del resto dalla scoperta della cara e innovativa penicillina, provata per la prima volta nel 1941 durante la Seconda Guerra Mondiale, nulla è stato più come prima. Una rivoluzione che ha salvato tante vite e ha davvero cambiato il mondo consentendo di sconfiggere malattie mortali e incrementando la sopravvivenza sia nell'uomo che negli animali.

Però la vera riflessione sulla quale dobbiamo soffermarci oggi è soprattutto che l'avvento dell'antibiotico ha reso il mondo un luogo più sicuro. Meno minaccioso. Una sola pillola contro molti mali oscuri del mondo. Una celebrità in grado di rendere tante malattie meno spaventose e gestibili. Un confetto o una sospensione sempre più facile da prendere, utilizzato con disinvoltura. Una soluzione terapeutica in grado di placare anche la nostra ansia. Aver preso un antibiotico ancora oggi tranquillizza sul peggio e toglie la preoccupazione.

È una star del nostro tempo che se sfilasse sul red carpet riceverebbe applausi, consensi e pochi fischi. La sua credibilità gli permette di essere socialmente accettato e assolto dagli eventuali peccati. Chiaramente esiste una dinamica regressiva di sfida nei confronti della medicina che alimenta il desiderio di medicine alternative ma l'antibiotico per sua capacità si accetta e non si discute e inoltre sana la nostra fretta e la nostra impazienza.

Prendere l'antibiotico mette al riparo mentalmente e questo in parte giustifica l'uso smodato e spesso improprio.

Inoltre contrariamente come la storia dei vaccini è un farmaco che non mette paura. Prendere l'antibiotico addirittura diventa un sollievo. Lui può e sa agire. In fondo è nato per difenderci dalle infezioni e mai nessuno avrebbe potuto immaginare che un uso indiscriminato e a dosi troppo elevate portasse alla creazione di microrganismi resistenti di cui una buona parte dei quali è indifferente alla maggior parte degli antibiotici in commercio.

Come comunicare la notizia? Come trasmettere in modo prudente l'emergenza che minaccia l'estinzione dei microbi 'buoni', che si sono evoluti insieme alla nostra specie.

6 punti da comunicare per rendere possibile una buona strategia d'azione basata in parte anche sulla nostra responsabilità.

- Lavare sempre le mani per prevenire le infezioni. Un gesto semplice ed igienico. Soprattutto all'interno degli ospedali.
- Capire che nella vaccinazione da pneumococco c'è la vera prevenzione contro le polmoniti che risultano la prima causa di morte per infezioni contratte in ospedale.
- Nell'automedicazione incontrollata c'è l'errore e la grande sconfitta delle conquiste medico - scientifiche che hanno permesso le nostre libertà individuali.
- Ricordare che solo il medico che prescrive ha competenza e l'obbligo di vagliare attentamente quali farmaci utilizzare in caso d'infezioni.
- Sospendere la terapia antibiotica quando ci si sente meglio è una pratica errata. Specialmente se l'infezione non è stata eradicata. C'è probabilità che i batteri ancora vivi diventino resistenti rendendo l'utilizzo futuro dello stesso antibiotico inefficace.
- Favorire la produzione di nuovi antibiotici più potenti. Questo aiuterà ad aggredire i batteri più difficili da eradicare.