

state stabilite. In particolare, è stata predisposta la bozza del nuovo Protocollo AR-ISS per la sorveglianza dell'AMR e sono in corso diverse attività, quali:

1. la revisione della Sorveglianza CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi);
2. l'individuazione dei requisiti dei laboratori appartenenti alla rete per la sorveglianza;
3. il censimento delle iniziative di comunicazione da parte di Regioni e società scientifiche;
4. il censimento delle linee guida su uso antibiotici e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA);
5. la predisposizione di piani specifici riguardo alla comunicazione, all'uso appropriato degli antibiotici e alla sorveglianza delle infezioni ospedaliere;
6. la revisione, insieme con AIFA, degli indicatori per il monitoraggio del consumo e dell'uso appropriato di antibiotici.

Quali sono i risultati che, come Direttore della Direzione della Prevenzione del Ministero della Salute, si attende dalla completa messa in atto del provvedimento?

I risultati che ci attendiamo prevedono la risoluzione delle varie criticità evidenziate, e in particolare:

- la stabilizzazione e capillarizzazione delle sorveglianze,
- la messa a regime delle buone pratiche in buona parte del Paese,
- il mantenimento di un coordinamento centrale per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale,
- una esercitazione fattuale dell'approccio multisettoriale One Health attraverso l'integrazione di tutti i settori interessati,
- la diminuzione della frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici e il calo della frequenza di infezioni associate all'assistenza sanitaria in ospedale e comunità.

Con il PNCAR potremo quindi davvero scongiurare, per il nostro Paese, il preoccupante allarme lanciato dall'OMS nel 2015 sull'incidenza di mortalità da infezioni batteriche nel 2050?

Noi ci stiamo muovendo in questa direzione, che è quella indicata anche dall'OMS, e ci stiamo impegnando con l'obiettivo di migliorare il panorama per il nostro Paese, ma è intuibile che l'impatto complessivo dipenderà dall'attuazione di una strategia globale che coinvolge organizzazioni internazionali e tutti i governi in quanto nel campo delle malattie infettive nessun Paese o regione può illudersi di vincere la battaglia da solo, proprio perché i germi non conoscono confini geografici o geopolitici. Non per nulla l'AMR è stata identificata tra le minacce a natura transfrontaliera che necessitano, per il loro contrasto, sforzi congiunti degli Stati.

■ ML

► SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Favorire programmi di controllo e adottare un infettivologo in ogni struttura

A colloquio con **Massimo Andreoni**

Direttore scientifico SIMIT, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali

Viviamo un'epoca particolarmente fortunata per quanto riguarda il contrasto alle infezioni: abbiamo antibiotici e vaccini che ci consentono di prevenire e curare moltissime patologie una volta ad altissima mortalità. Tuttavia si parla di oltre 7000 morti l'anno, solo in Italia, per infezioni contratte in ospedale. I farmaci che abbiamo non bastano più? Cosa sta accadendo?

I progressi conseguiti in ambito medico consentono oggi la sopravvivenza di pazienti profondamente immunodepressi, aumentando, quindi, il rischio di gravi infezioni. Infatti, il miglioramento nella prognosi di pazienti gravi, ad esempio i pazienti oncologici, la sempre maggiore diffusione di nuove tecnologie sanitarie quali il trapianto di midollo o di organi solidi, l'ampio ricorso alla chemioterapia, i progressi conseguiti nell'assistenza ai neonati patologici, il sempre più largo ricorso alla chirurgia protesica e a procedure invasive, il raggiungimento di età sempre più avanzate, fa sì che ci dobbiamo confrontare con pazienti sempre più fragili che necessitano frequentemente di terapie antibiotiche, soggetti quindi all'infezione di germi multiresistenti.

Sappiamo che l'Università di Tor Vergata sta implementando dei protocolli di stewardship antibiotica per le infezioni da batteri resistenti: potrebbe parlarci della sua esperienza e dell'implementazione di questi protocolli?

Negli Stati Uniti, lo Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC) ha dimostrato che adottando programmi efficaci di controllo (cioè programmi dotati di un sistema di sorveglianza, di un'infermiera addetta al controllo delle infezioni ogni 250 posti letto e di un medico infettivologo addetto, etc) sono in grado di prevenire fino al 35% delle infezioni ospedaliere globalmente considerate. Le infezioni maggiormente prevenibili sono le infezioni delle vie urinarie in pazienti cateterizzati (41%), le infezioni della ferita chirurgica (41%) e le batteriemie (35%).

Presso il Policlinico di Tor Vergata è stato avviato un programma di stewardship antibiotica e di *infection control* con il quale si cerca di contrastare globalmente il fenomeno delle infezioni correlate

all'assistenza e quello dell'antibioticoresistenza fin dall'ingresso del paziente nel pronto soccorso e durante tutto il percorso diagnostico terapeutico. In particolare nel programma vengono utilizzati degli 'score' che permettono di valutare i pazienti e le condizioni a maggior rischio per lo sviluppo di infezioni gravi.

Cosa è indispensabile fare secondo lei per affrontare questa emergenza?

È indispensabile che le diverse professionalità impegnate al contrasto delle infezioni siano potenziate in tutte le diverse strutture sanitarie. La medicina oggi si deve confrontare con pazienti sempre più complessi che necessitano di alta specializzazione; in questo scenario non è più pensabile che la gestione della terapia antimicrobica non sia governata dagli infettivologi e quindi questa figura professionale deve essere presente in tutti gli ospedali. ■ ML

Il piano di azioni raccomandate dagli esperti dell'European Center for Diseases Prevention and Control all'Italia per combattere il fenomeno della resistenza antimicrobica (AMR)

- Considerare l'AMR come una "rilevante minaccia per la salute pubblica del Paese".
- Approvare e implementare un Piano d'azione nazionale.
- Individuare indicatori per l'AMR da inserire nel monitoraggio annuale dei LEA.
- Stimare i costi e rendere disponibili, sia a livello nazionale che regionale, budget appropriati.
- Creare un coordinamento intersettoriale.
- Istituire un gruppo di lavoro dedicato all'AMR all'interno del Ministero della Salute.
- Nominare specialisti AMR regionali.
- Garantire una supervisione centrale.
- Costruire un sistema di incentivi.
- Migliorare la raccolta centralizzata dei dati di sorveglianza.
- Prevedere un sistema di accreditamento dei laboratori di microbiologia con l'individuazione di criteri minimi.
- Definire indicatori strutturali minimi per la prevenzione e il controllo efficace delle infezioni e per la gestione antimicrobica a livello ospedaliero.
- Aumentare il numero di professionisti ospedalieri specializzati nella prevenzione e controllo delle infezioni e le risorse per la formazione.
- Pubblicare linee guida nazionali sull'uso degli antibiotici.
- Verificare l'adeguatezza degli antibiotici erogati dalle farmacie.
- Organizzare una campagna nazionale di sensibilizzazione sull'uso degli antibiotici.

Fonte: Country Visit Report - ECDC Country visit to Italy to discuss antimicrobial resistance issues, 2018.

Infection control e appropriata prescrizione degli antibiotici per la prevenzione e la gestione delle infezioni ospedaliere

A colloquio con **Matteo Bassetti**

Vice Presidente SITA - Società Italiana Terapia Antinfettiva

La stewardship antimicrobica è considerata sinonimo di utilizzo ottimale degli antibiotici. Cosa significa dunque usare meglio gli antibiotici?

Il primo passo è capire che un migliore utilizzo degli antibiotici significa non usarli se non ce n'è davvero bisogno. Questo vale per i medici, ma anche per gli utilizzatori, ovvero i pazienti, i quali non devono trovare nell'antibiotico la prima soluzione quando gli si diagnostica un raffreddore, un'influenza, delle bronchiti blande o l'urina torbida. Allo stesso tempo non bisogna nemmeno lanciare il messaggio che non vadano utilizzati.

In sostanza, se non servono non bisogna usarli, se invece servono, nel loro utilizzo bisogna seguire una serie di regole, le stesse alla base della cosiddetta *stewardship*: dare il farmaco giusto, alla giusta dose, per la giusta durata e con il giusto ritmo di somministrazione. Sembrano concetti semplici ma in realtà non lo sono: basti pensare a cosa succede abitualmente anche fuori dall'ospedale, con pazienti che autonomamente sospendono la terapia antibiotica quando non la ritengono più utile, o cambiano i dosaggi e i tempi di somministrazione; tutto ciò non è utile e, al contrario, fa sì che i batteri sviluppino resistenza, perché non trattati adeguatamente. Purtroppo la corretta *stewardship* non viene applicata spesso nemmeno in ambito ospedaliero; per questa ragione i germi più forti, più potenti e aggressivi proliferano proprio in ospedale. Non c'è dunque una regola unica o un'unica azione da compiere; il presupposto di partenza è non pensare che gli antibiotici siano l'origine di tutti i mali, e quindi prescriberli o usarli quando serve, ma tenere in considerazione allo stesso tempo che c'è una serie di situazioni in cui non vanno utilizzati.

Le infezioni contratte in ospedale sono prevenibili? Se sì, quali strumenti abbiamo a disposizione per prevenirle?

Le infezioni ospedaliere sono per definizione prevenibili, ma non eliminabili. Questo è un concetto molto importante, dato che oggi si fa molto ricorso alle cause giuridiche nei confronti dell'ospedale per casi di infezione contratta. Il rischio infettivologico è uno di quelli ammessi nelle procedure ospedaliere, così come il rischio anestesivologico o quello tromboembolico. È considerato tollerabile fino al 4-5% dei casi, per cui lo sforzo da fare è quello di rima-