

FREQUENZA DI RESISTENZE IN ISOLAMENTI DA EMOCOLTURE IN ITALIA, DATI EARS-NET 2015 E TREND 2006-2015

	Italia 2015 (%) (categoria)§	Media europea 2015 (%) (categoria)§	Trend 2012-15*
<i>Klebsiella pneumoniae</i>			
resistente a cefalosporine III generazione	55,9 (6)	30,3 (5)	>
resistente agli aminoglicosidi	34,0 (5)	22,5 (4)	
resistente ai carbapenemi	33,5 (5)	8,1 (3)	
MDR (R a cefalosporine di III generazione + aminoglicosidi + fluorochinoloni)	29,7 (5)	18,6 (4)	
<i>Escherichia coli</i>			
resistente a cefalosporine III generazione	30,1 (5)	13,1 (4)	>
resistente a fluorochinoloni	44,4 (5)	22,8 (4)	>
resistente agli aminoglicosidi	20,2 (4)	10,4 (4)	
MDR (R a cefalosporine di III generazione + aminoglicosidi + fluorochinoloni)	14,6 (4)	5,3 (3)	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>			
resistente a piperacillina-tazobactam	29,5 (5)	18,1 (4)	
resistente a ceftazidime	21,7 (4)	13,3 (4)	
resistente agli aminoglicosidi	17,2 (4)	13,3 (4)	<
resistente a carbapenemi	23,0 (4)	17,8 (4)	
<i>Acinetobacter spp.</i>			
resistente a carbapenemi	78,3 (7)	Non riportata	
<i>Staphylococcus aureus</i>			
resistente alla meticillina	34,1 (5)	16,8 (4)	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
NS alla penicillina	12,3 (4)	Non riportata	
NS ai macrolidi	24,5 (4)	Non riportata	<#
<i>Enterococcus faecium</i>			
resistente ai glicopeptidi (VRE)	11,2 (4)	8,3 (3)	>

§ Categoria 1: <1%; Categoria 2: 1% - <5%; Categoria 3: 5% - <10%; Categoria 4: 10% - <25%; Categoria 5: 25% - <50%; Categoria 6: 50% - <75%; Categoria 7: >= 75%

* > trend in aumento statisticamente significativo (# non statisticamente significativo se si considerano solo gli ospedali presenti da più tempo nel database); < trend in riduzione statisticamente significativo

MDR: multidrug resistance; NS: non sensibile.

Piano nazionale per il contrasto all'antibioticoresistenza: a che punto siamo?

A colloquio con **Claudio D'Amario**

Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria
del Ministero della Salute

Si stima che la resistenza antimicrobica sia responsabile di circa 25.000 decessi all'anno solo nell'Unione Europea e di ben 700.000 decessi a livello globale: il Ministero della Salute non ha sottovalutato il problema, tanto è vero che nel novembre dello scorso anno è stato licenziato il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza. Può fornirci un aggiornamento sullo stato di implementazione del PNCAR?

All'approvazione del PNCAR è seguita l'istituzione, con Decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del 3 novembre 2017, di un Gruppo Tecnico di Coordinamento (GTC) nazionale della strategia di contrasto dell'antimicrobicoresistenza, che riunisce le istituzioni centrali e regionali e le maggiori società scientifiche e federazioni coinvolte nella problematica. Il GTC si è dato un metodo di azione per Gruppi di Lavoro (GdL), coincidenti con le aree del PNCAR, e ha approvato il proprio regolamento nonché le linee di indirizzo per il Governo.

Alle Regioni e Province Autonome è stato chiesto di identificare i referenti regionali per le diverse aree del PNCAR che devono, come previsto nel Piano, costituire il Gruppo regionale di coordinamento della strategia di contrasto, e di informare la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute sullo stato di recepimento del PNCAR a livello regionale.

Quasi tutti i GdL sono stati attivati e stanno portando avanti le attività previste dal Piano, avendo in mente le scadenze che sono

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 PNCAI 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