

Bufera sul piano antivirus

«Ciò che è stato programmato dal governo non basta a ridurre l'utilizzo a scopo profilattico routinario degli antibiotici, cioè a scopo preventivo». Ventun associazioni hanno firmato una lettera contro il piano sull'antimicrobico resistenza del Ministero della Salute «Siamo delusi - spiega Annamaria Pisapia, direttrice di Compassion in World Farming Italia onlus Ciwf - L'obiettivo di riduzione dell'utilizzo di antibiotici è fissato al 30%, noi chiediamo che venga innalzato al 70%». Ciò perché l'Italia, proseguono le associazioni che hanno sottoscritto l'appello al ministro Beatrice Lorenzin, è uno dei grandi utilizzatori di antibiotici negli allevamenti (soprattutto quelli intensivi). «Da noi l'uso di antibiotici è quantificato in 359 milligrammi per chilo, mentre in Europa è circa la metà». Nel mirino anche il trattamento di gruppo degli animali dopo l'insorgenza di un'infezione in una parte dell'allevamento con lo scopo di proteggerli. «Contro l'antibiotico resistenza va superato il modello predominante dell'allevamento intensivo».



Ai lettori

Assieme all'Italia che funziona c'è anche un'Italia che non va. Segnalateci tutto ciò su cui a vostro avviso vale la pena di indagare scrivendo a: inchieste@lastampa.it

MARCO MENDUNI
ROMA

A Ignaz Semmelweis non credette nessuno. Il medico ungherese nato nella prima metà dell'Ottocento scoprì l'origine della febbre che sterminava le donne ricoverate nei reparti di ostetricia. Stabilì una correlazione diretta. La morte delle giovani mamme era conseguenza di pessima abitudine: i medici e studenti che eseguivano le autopsie non si lavavano le mani prima di entrare nella maternità. Semmelweis impose di farlo, con soluzione di cloruro di calce, e il tasso di mortalità crollò. Tanti ringraziamenti? Macché: fu licenziato, bandito dalla comunità scientifica, beffeggiato e deriso. Finì in manicomio e morì per le botte ricevute dalle guardie. La storia sfortunata di Semmelweis è un preambolo necessario quando si parla dei batteri super resistenti, quelli che si fanno beffe degli antibiotici e contro i quali la battaglia della medicina è sempre più complessa. Perché ci sono le strategie per affrontarli, gli specialisti studiano le armi per debellarli, la ricerca fa sempre passi avanti, anche se l'Italia rimane in fondo alla classifica dei dati sull'antibiotico-resistenza.

L'allerta dei virologi

Tutti gli specialisti sono concordi. Il presidio fondamentale per evitarne la diffusione è il più semplice: il lavaggio accurato delle mani. La più elementare delle raccomandazioni, non sempre rispettata. Così anche Giovanni Rezza, dirigente del dipartimento di malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, colloca tra i problemi maggiori dell'Italia in ambiente ospedaliero «le mancate procedure e prassi di igiene, come il lavaggio delle mani tra un paziente e l'altro». Ovviamente, l'igiene non basta. Come ammonisce Rezza, ci sono anche problemi di «abuso, misuso (l'utilizzo scorretto dei dosaggi, ndr), cattivo uso degli antibiotici». Il fenomeno della resistenza dei batteri agli antibiotici è conosciuto da qualche anno, l'Italia è la bestia nera: «Il rapporto di Ecdc dice che l'Italia è proprio il fanalino di coda, ce la battiamo con la Grecia». Ecdc è il Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie, agenzia indipendente della Ue. All'inizio dello scorso anno gli esperti leggono i dati italiani e fanno un salto sulla sedia. Passaggio successivo: ad aprile piombano a Roma, al ministero, in un incontro al quale partecipano anche i rappresentanti delle Regioni italiane.

Dito puntato sull'iper diffusione di antibiotici nel nostro paese e la conseguente criticità: l'aumento delle infezioni da super batteri: «Denotiamo la mancanza di una presa di consapevolezza». Per la Liguria partecipa Roberto Carloni, il direttore di epidemiologia, che racconta: «È stato un momento imbarazzante. Non per noi, ma per il sistema italiano, gliel'ho detto in faccia». Rimandato, rimandatissimo, con l'intimazione di prendere subito dei provvedimenti e l'annuncio di una nuova visita, quest'anno a primavera. La consapevolezza italiana finalmente arriva.

Tre anni per recuperare

Nel novembre dell'anno passato il ministero vara il Pncar, il Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza. Un progetto su tre anni, dal 2017 al 2020. Le pietre angolari? Sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni, impiego corretto degli antibiotici, formazione, comunicazione e informazioni, ricerca e innovazione. Potrà funzionare?

L'emergenza antibiotici

IN ITALIA
Infezioni **300 mila** all'anno
Decessi provocati da germi resistenti agli antibiotici **7 mila** all'anno

Aumento della spesa sanitaria stimato di **1,5 miliardi** di euro l'anno

4 milioni all'anno le infezioni in Europa a causa di germi resistenti agli antibiotici, con una mortalità superiore ai tumori
Morti **37 mila** all'anno

10 milioni all'anno infezioni previste nel 2050

1 milione all'anno Decessi previsti nel 2025

Cause della resistenza agli antibiotici in Italia: uso inappropriato degli antibiotici nelle persone e negli animali, prescrizioni inutili o fai da te, riduzione dei fondi alla ricerca di nuovi antibiotici a causa della crisi economica, calo del livello di protezione immunitaria, vaccinazioni in diminuzione, carenze igieniche nelle strutture sanitarie

L'Italia è maglia nera in Europa per antibiotico-resistenza, preceduta solo dalla Grecia

Fonti: Ministero della Salute, Ecdc, Gisa, Oms, Eurobarometer

Italia maglia nera d'Europa

Ogni anno un paziente su dieci si ammala a causa dei batteri multi
Negli ospedali si aspettano i nuovi farmaci ma i tempi lunghi per la



Record
In Italia la resistenza agli antibiotici è tra le più elevate in Europa: peggio di noi solo la Grecia. Ogni anno dal 7 al 10% dei pazienti va incontro a un'infezione batterica multiresistente

intervieniamo con decisione». Fino a oggi, l'allarme è rimasto confinato dentro le mura degli ospedali, nelle sale trapianti, nelle terapie intensive. A far grande paura da noi è soprattutto la Klebsiella Pneumoniae Kpc, che causa polmoniti, infezioni del sangue e del tratto urinario. Un osso duro. Nel nostro paese gli studi rivelano che colpisce sei pazienti ogni diecimila ricoveri, contro una media europea di 1,3.

Un problema grave, come riprende a dire Giovanni Rezza: «Già non è bello se un anziano muore prima di quanto dovrebbe, ma c'è il rischio che un giovane operato dopo un grave incidente, o sottoposto a un trapianto, possa poi essere stroncato da un'infezione». Il collega Viscoli traccia però un'evoluzione delle cose che non può non

Media Ue
A un italiano che va dal medico o in ospedale viene prescritto un antibiotico nel 43 e 44% dei casi. La media europea è dieci punti sotto: 34 e 33%

scatenare nuove preoccupazioni: «Stiamo constatando che questi super batteri non rimangono più confinati dentro le mura dei reparti di ospedale. Stanno uscendo all'esterno, colpiscono anche persone che vivono un'esistenza normale, lontana dalle strutture sanitarie, e che non hanno particolari patologie». Possono essere contratti ovunque, in ogni momento della nostra vita quotidiana.

La memoria dei batteri

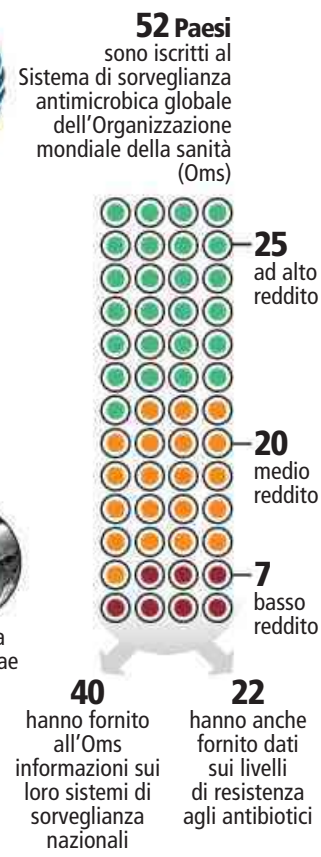
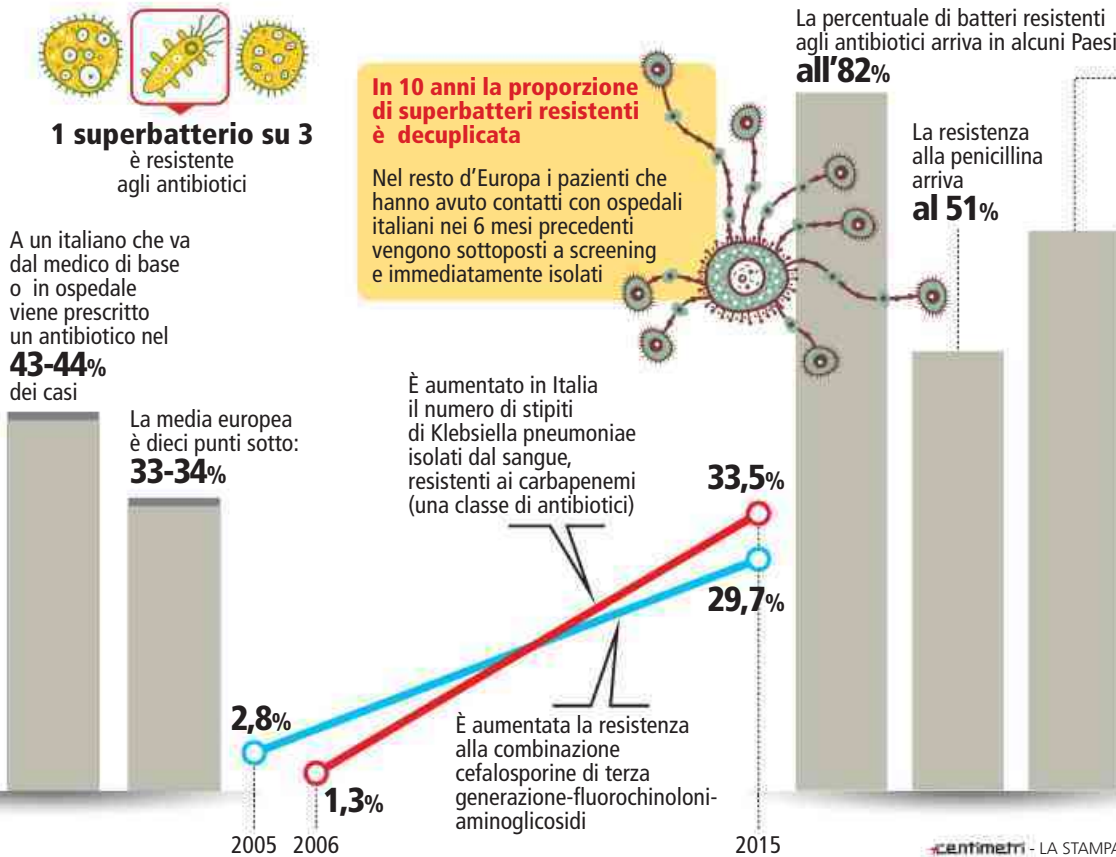
La ragione è sempre la stessa: «I batteri sono bravissimi a diventare resistenti». Hanno anche una memoria? Sembra di sì. Così accade che, mentre da un lato prosegue la ricerca di molecole sempre più efficaci, mentre si studiano combinazioni tra vari tipi di antibiotici, i medici

L'INCHIESTA

NEL MONDO

I decessi all'anno nel mondo per malattie infettive non più curabili con gli antibiotici saranno **10 milioni nel 2050**

In Italia la resistenza agli antibiotici è tra le più elevate in Europa. Ogni anno **dal 7 al 10%** dei pazienti va incontro a un'infezione batterica multiresistente



per le infezioni senza cura

resistenti. "Alcuni antibiotici non servono più perché ne abusiamo" sperimentazione e i tagli alla ricerca rendono necessarie altre leggi



Quando esplose l'emergenza Aids ci furono una legge e fondi mirati, ora invece per i nuovi farmaci speriamo nel miracolo

Claudio Viscoli
Presidente Società italiana di terapia antimicrobica



Negli ospedali ci penalizzano le mancate procedure e prassi di igiene, come il lavaggio delle mani tra un paziente e l'altro

Giovanni Rezza
Responsabile Istituto superiore di sanità

stiano utilizzando anche un'altra strategia. Prescrivere antibiotici molto vecchi, ormai caduti in disuso, «nella speranza che i batteri se ne siano dimenticati». Capita che arrivino prescrizioni che fanno sbarrare gli occhi ai farmacisti, come la nuova vita di un medicinale vintage come il Bactrim. In alcuni casi funziona. Così come, sull'altro versante, funzionano anche alcuni antibiotici di nuova generazione. Pochi, in realtà, perché l'industria farmaceutica non lo considera un settore particolarmente remunerativo. Un rapporto presentato proprio nei giorni scorsi al World Economic Forum di Davos lo ha evidenziato: «Le aziende farmaceutiche potrebbero fare molto di più contro il fenomeno della resistenza agli antibiotici».

Sperimentazioni lente

I nuovi farmaci, poi, devono (giustamente) seguire la trafila imposta dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. Che provvede a tutte le autorizzazioni e deve anche stabilirne il prezzo. L'iter può durare anche un anno. Nel frattempo? «Nei casi più gravi - conclude Viscoli - le case farmaceutiche ce li concedono, come si dice, per uso compassionevole: gratis». Un'emergenza medica rischia di diventare un'emergenza sociale e se ne devono poi pagare i costi. Uno degli studi più citati anche dagli esperti italiani arriva dalla Gran Bretagna.

È il rapporto "Review on Antimicrobial Resistance", commissionato e voluto dall'allora premier David Cameron nel 2014. Traccia un futuro a tinte fosche: nel 2050 si potrebbero raggiungere i 10 milioni di vittime all'anno, più di quante ne fa il cancro. Una ecatombe che costerebbe all'economia mondiale 100 mila miliardi, uno scenario degno di un film post nucleare in cui sarà facile morire anche per una semplice infezione. Così come uccidono i germi "alieni" di X-Files. A tirare le fila della relazione, però, non è un medico, ma l'economista Jom O'Neill. Sollecita interventi veloci e incisivi per evitare il ritorno al Medioevo». Con costi umani ed economici insopportabili. In un contesto a tinte fosche si inseriscono (ma non possiamo averne immediata consapevolezza) le cattive abitudini. La iper-prescrizione dei farmaci. Un recente articolo di Ilaria Capua su *La Stampa* ricorda che, in dieci anni, la popolazione dei superbatteri in Italia è decuplicata. La parte del leone, nel far degenerare la situazione, sta nella prescrizione troppo disinvolta di antibiotici. Le cifre sono evidenti: «Un italiano che va dal medico di base o che va in ospedale si vede prescrivere un antibiotico nel 43 e 44 per cento dei casi. La media europea è dieci punti sotto: 34 e 33 cento».

Perché tanta abbondanza? «Perché pazienti e parenti denunciano», commenta Viscoli. È il tema della medicina difensiva che affligge l'Italia. Io, medico, mi proteggo da eventuali, future

denunce prescrivendo anche quando non sarebbe necessario al cento per cento. In caso di complicazioni, potrò sempre dire di aver messo le mani avanti. Certo, intervengono anche cattive abitudini tipiche di una popolazione tradizionalmente poco incline ad attenersi alle regole. Un esempio: io, nel ruolo di paziente, smetto improvvisamente di prendere il medicinale non appena mi sento meglio. Questo è un comportamento che genera resistenza. Non ho eliminato il batterio, che anzi ha così modo di immagazzinare tutte le informazioni che servono alla sua sopravvivenza. Di più: la prossima volta che accuserò di nuovo gli stessi sintomi, farò una "auto-prescrizione" senza consultare il medico. Magari andando a scaravoltare quel cassetto che esiste in ogni casa e che contiene tutte le confezioni non completamente utilizzate di medicine.

Il nodo delle prescrizioni

Sulla mancata corrispondenza tra le terapie e le confezioni ha da tempo puntato l'indice Pier Luigi Bartoletti, vicepresidente dell'Ordine dei medici di Roma. «Ma da quando ho lanciato l'allarme - spiega - non è cambiato nulla. La verità è che quasi tutti gli antibiotici sono venduti in confezioni tutt'altro che ottimali.

Il problema sono gli "avanzi" autogestiti. Un esempio: ci sono farmaci venduti in confezioni da cinque, ma non bastano con la terapia completa e così io, medico di famiglia, ne devo prescrivere due confezioni. Ma due sono troppe: avanzerà quasi sempre qualche pastiglia».

Non è così in Germania, o anche negli Usa: in farmacia mi consegneranno il numero esatto di pastiglie prescritte. «Da noi no - prosegue Bartoletti - e così quando c'è il nonno che tosse, il nipote gli dice: prendi questo, è buono, a me ha fatto bene. Magari dopo tre pillole il nonno sembra star meglio, la terapia viene interrotta ma la volta dopo quel batterio ha generato resistenza all'antibiotico. E per il nonno sono guai. O per noi, che abbiamo preso quelle pastiglie senza chiedere di nuovo al medico cosa fare».

“Nessuna medicina guarisce il mio male”
Degente ligure racconta il suo calvario



Prima la polmonite. Poi il ricovero, quando la difficoltà a respirare è diventata insopportabile e pericolosa. Una volta in reparto, la scoperta: il fisico di Mario, 69 anni, era stato attaccato dai batteri super resistenti, che hanno preso di mira anche le vie urinarie. C'è voluto un mese intero di cure, una guerra combattuta con le armi di mix potenti di antibiotici, per spuntarla. In questo periodo le sue condizioni sono state molto precarie, Mario è vissuto per diversi giorni in stato di semi incoscienza.

Nessun effetto

Il contatto con l'ex degente avviene attraverso il reparto di malattie infettive dell'ospedale di Savona diretto da Andrea Beltrame, dove negli ultimi due anni si è comunque registrato un crollo verticale nelle infezioni da germi resistenti. Nella sua casa, dove Mario tornato è dopo il ricovero, gli chiediamo com'è iniziata la sua disavventura. «Ho 69 anni e sono stato ricoverato a gennaio per una polmonite. Ho il diabete ma sto bene, sono assolutamente autosufficiente. Sono dovuto andare in ospedale perché le cure a casa non facevano effetto e io continuavo a non respirare bene, avevo sempre più difficoltà». Già l'arrivo in corsia evidenzia una situazione allarmante: «Una volta entrato in ospedale - prosegue Mario - i medici hanno subito capito che la situazione non era bella, hanno utilizzato degli antibiotici che non funzionavano. Quindi hanno dovuto utilizzare antibiotici ancora più potenti ma le mie condizioni continuavano ad essere complicate. Non miglioravo, l'infezione era più grave di quello che si prevedeva all'inizio, io continuavo ad avere la febbre, stavo male, non riuscivo a respirare». La terapia prosegue, ma Mario non riesce

a riprendersi. Così arriva la decisione di spostarlo in un reparto più attrezzato. «Sono finito - racconta ancora l'ex degente - in una terapia subintensiva, non in rianimazione ma in una medicina interna: c'era il monitor, c'era l'ossigeno. Iniziavo ad avere anche altri tipi di difficoltà e mi hanno messo il catetere; mi sono sentito un po' meglio, gli antibiotici sembravano aver funzionato, ma era un'illusione. Ho di nuovo cominciato ad avere la febbre e dagli esami hanno capito che avevo un'infezione alle vie urinarie determinata da questi germi super resistenti».

In cerca della terapia

Le condizioni generali di Mario, a questo punto, peggiorano ancora: «Sono stato molto grave, avevo la febbre altissima. Rammento confusamente, perché non ricordo molto bene questa fase nella quale ero quasi incoscienza, che mi hanno parlato di sepsi, un'infezione del sangue causata da questi germi. I medici hanno dovuto utilizzare dei cocktail di antibiotici ancora più elaborati per oltrepassare questa resistenza». Il fisico di Mario, però, reagisce bene. La "combinazione" giusta di farmaci viene individuata. «Progressivamente - prosegue - sono stato un po' meglio. La terapia è durata per un paio di settimane perché infezione era davvero seria». In quel periodo vengono prese anche altre precauzioni: «Tutte le persone che venivano a trovarmi si dovevano mettere una cappa e infilare i guanti, i medici mi hanno messo in una camera singola». Le cure, alla fine, hanno raggiunto il loro risultato. «Sono passate quattro settimane intere dal momento del mio ricovero - conclude il paziente - e credo di esser stato fortunato, perché chi mi ha curato ha individuato la terapia giusta quando le mie condizioni erano molto complicate». [M. MEND.]