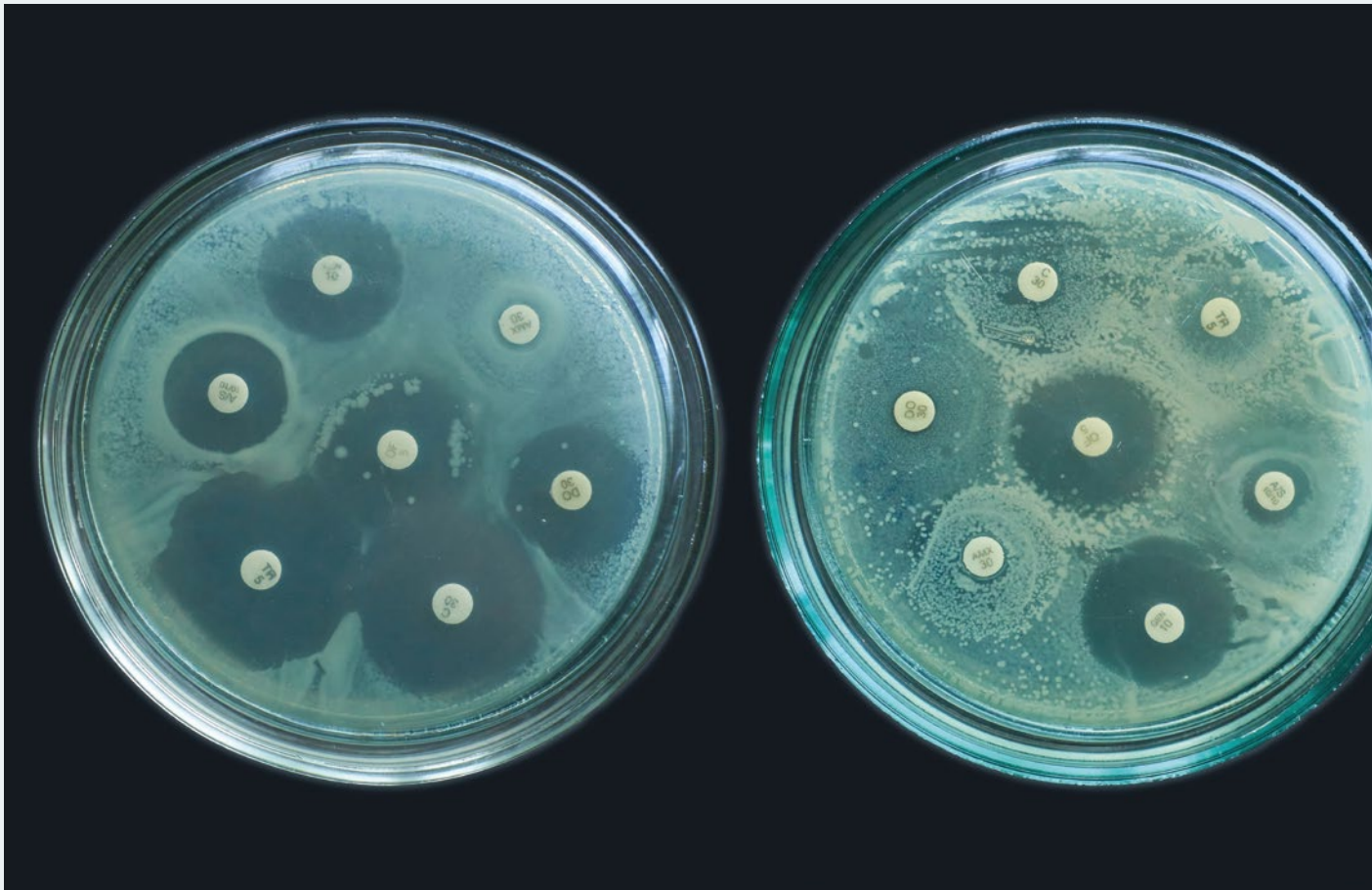


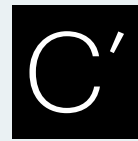
# LA RESISTENZA (NON) PUÒ ATTENDERE



**Approccio One Health, rilancio degli investimenti in ricerca e sviluppo, innovazione nei processi autorizzativi e remunerativi, equità di accesso e utilizzo appropriato dei farmaci: come contrastare l'altra pandemia, l'antimicrobico resistenza**  
**di STEFANO A. INGLESE**

SHUTTERSTOCK

CON IL CONTRIBUTO  
NON CONDIZIONANTE  
DI MENARINI GROUP



**È UN'ALTRA PANDEMIA** oltre a quella, assai più nota, da Covid-19, e riguarda le infezioni da germi resistenti agli antibiotici. Non a caso il ministro della Salute

Roberto Speranza, non più tardi di qualche mese fa, ha affermato che "l'antimicrobico resistenza è il tema di oggi", proprio a sottolineare, ancora nel bel mezzo della emergenza pandemica da Sars-CoV-2, l'urgenza di collocare la questione al centro delle agende dei sistemi sanitari, qui e ora. Così come non è un caso che non ci sia documento finale dei G7 e G20 Salute degli ultimi anni che non dedichi un capitolo all'antimicrobico resistenza e che non raccomandi strategie ispirate all'utilizzo appropriato degli antibiotici e alla adozione di un approccio One Health, all'insegna dell'attenzione integrata per la salute umana, animale e dell'ambiente.

Si stima che nell'Unione europea la resistenza antimicrobica sia responsabile di circa 33mila decessi all'anno. L'Italia detiene insieme alla Grecia il primato per diffusione di germi resistenti, e si colloca al primo posto per numero di decessi annui, circa 10mila. Il 75% delle infezioni da batteri resistenti agli antibiotici è associata all'assistenza sanitaria (Ica), per lo più in reparti come terapie intensive (14,8%), medicine (7%), chirurgie (6,8%), riabilitazioni (6%), geriatrie (5,4%), più esposti per la concentrazione di pazienti fragili. Le patologie maggiormente associate a batteri resistenti sono le polmoniti (24%), seguite dalle infezioni delle vie urinarie (21%), delle ferite chirurgiche (16%), del torrente circolatorio (16%) e gastrointestinali (7%).



**BATTERI PATOGENI** multiresistenti sono responsabili dell'allungamento della degenza media dei ricoveri a causa di complicanze, e quindi di maggiori costi dell'assistenza, e all'origine di casi di sospetta malpractice. Tra il 2004 e il 2017 in Italia è stato registrato un incremento del 7,1% dei sinistri derivanti da infezioni, con un costo totale superiore ai 66 mln di euro, e un costo medio (118.540 euro) significativamente maggiore rispetto a quello rilevato per



tutti i sinistri (93.000 euro).

Nel 2015 l'Oms si è data una strategia e un Piano di azioni per contrastare il fenomeno. Anche l'Europa ha varato un suo piano d'azione nel 2017, ripreso successivamente dalla Strategia farmaceutica per l'Europa. Il 2017 è stato anche l'anno del Piano italiano, che si ispira nella impostazione ai piani dell'Oms ed europeo, e punta in particolare al rafforzamento dei sistemi di sorveglianza, alla riduzione della frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici e associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria.

**N**ONOSTANTE A TUTTI I LIVELLI, dall'Oms alle politiche italiane, passando per l'Unione Europea, si confermi la volontà di procedere nel contrasto delle antimicrobico-resistenze attraverso una strategia tripartita, basata sull'utilizzo consapevole degli antibiotici esistenti, sulla prevenzione dei fattori di rischio infettivo e sulla ricerca e sviluppo di nuovi antibiotici, di fatto queste tre politiche non sembrano marciare alla stessa velocità. Si investe, con maggiore o minore efficienza, nel rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e nella prevenzione dei fattori di rischio. Si dedicano risorse alle attività di informazione e formazione per un utilizzo più prudente degli antibiotici esistenti. Ma non si vedono ancora politiche in grado di promuovere investimenti adeguati in ricerca e sviluppo di nuovi antibiotici con nuovi meccanismi di azione, equità di accesso alla innovazione esistente o forme innovative di remunerazione, tutti elementi che potrebbero contribuire ad innescare un circolo virtuoso.

**I**N ITALIA SI STIMA che dopo l'approvazione da parte dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) occorrono circa 15 mesi perché si utilizzi effettivamente un nuovo antibiotico. E non sempre i risultati degli studi registrati riescono a differenziare e posizionare in maniera soddisfacente i nuovi farmaci all'interno degli algoritmi terapeutici. In altre parole, un nuovo antibiotico, ancorché autorizzato e presente sul

66 MLN€

**IL COSTO TOTALE  
DEI SINISTRI DERIVANTI  
DA INFEZIONI IN ITALIA,  
REGISTRATO TRA IL 2004 E IL 2017**

mercato, non necessariamente sarà utilizzato in misura adeguata alle sue potenzialità. Il ricorso ad antibiotici innovativi riguarda prevalentemente l'ospedale, che utilizza peraltro una percentuale minima del consumo totale di antibiotici, e con un'ampia variabilità tra le diverse aree del Paese. È lì che si gioca la partita più importante, per il ruolo decisivo che si può esercitare nel contrasto delle resistenze batteriche e delle infezioni da germi multiresistenti. L'antimicrobico resistenza ci rinvia, come spesso accade in sanità, a una complessità ineludibile. Approccio One Health, rilancio degli investimenti in ricerca e sviluppo, innovazione nei processi autorizzativi e remunerativi, inserimento negli algoritmi terapeutici, garanzie di accesso al farmaco e suo utilizzo appropriato sono legati da una circolarità che richiede una convergenza virtuosa, in grado di coniugare i diversi elementi delle strategie di contrasto e di valorizzarli, tanto singolarmente che per ciò che determinano integrandosi e interrelandosi tra loro. Sacrificare questa complessità, concentrando l'attenzione prevalentemente, se non esclusivamente, su singoli elementi, finisce per restituirci una fotografia e un'analisi semplificate, con scarse possibilità di orientarci a policy efficaci. ■