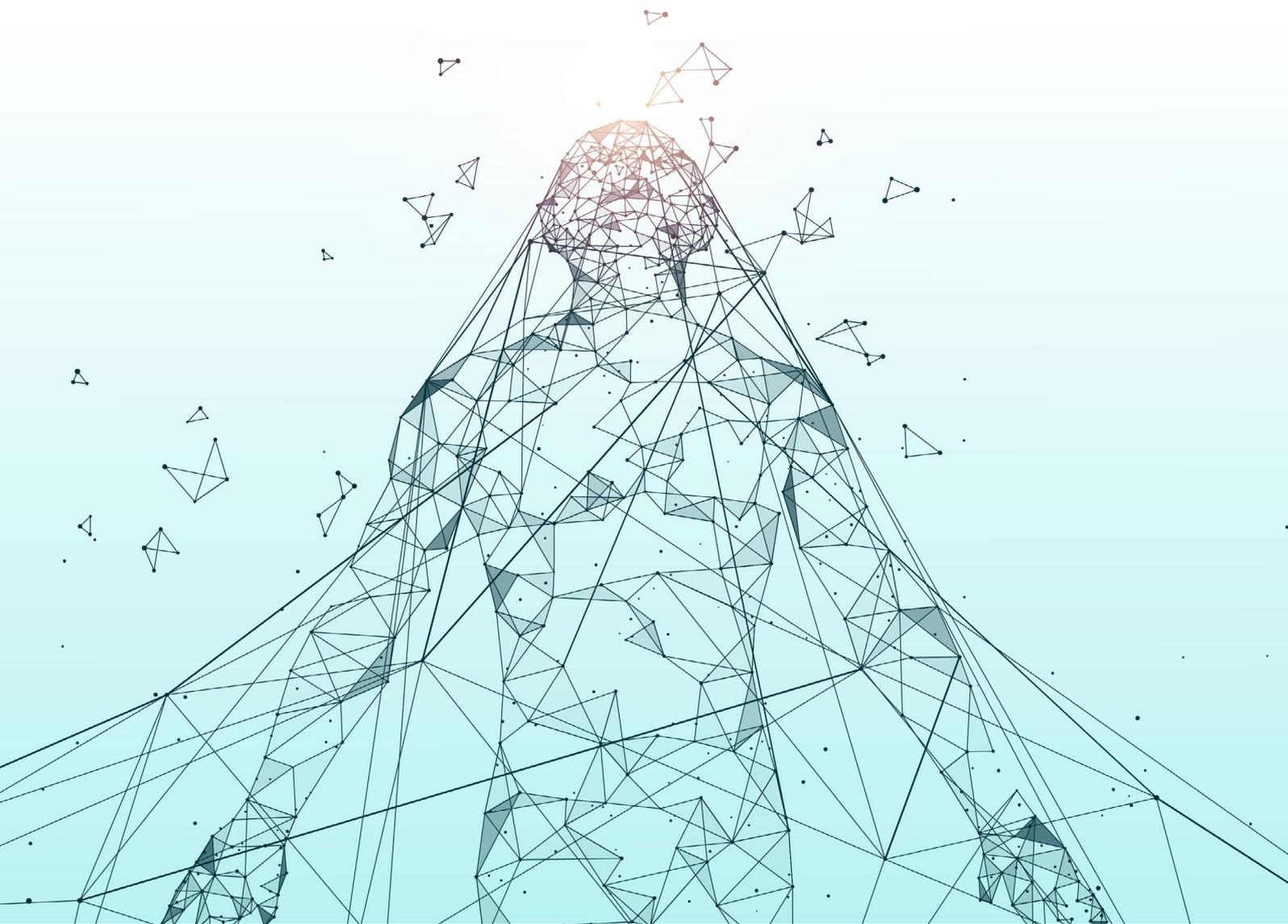


VENETO 30 NOVEMBRE 2020

FOCUS

LOTTA ALLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Le infezioni ospedaliere rappresentano un problema sanitario di particolare rilevanza e complessità. In Italia sono aumentate sia in ospedale sia nei luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze per anziani, assistenza domiciliare e ambulatoriale) specie nei pazienti cosiddetti “difficili” (per gravi patologie concomitanti, malnutrizione, immunosoppressione, trapianto d’organo, traumi, alterazioni dello stato di coscienza, eccetera).

Anche i vertici dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno indicato come sia fondamentale concentrare gli investimenti pubblici e privati sullo sviluppo di antibiotici efficaci che, utilizzati appropriatamente, possano invertire le attuali preoccupanti previsioni, perché stiamo esaurendo tutte le opzioni utili. Questa affermazione, oltre ad avere un enorme impatto in termini di sanità pubblica - infatti, se non si interviene, nel 2050 le infezioni dovute a microbi resistenti saranno la prima causa di morte superando cancro e malattie cardiache - pone rilevanti problemi in termini di costi: la Banca mondiale ha calcolato che l’antibiotico-resistenza costerà all’Italia 13 miliardi di dollari da qui al 2050, pertanto, il rischio aumentato di contrarre infezioni difficilmente trattabili, impone l’esigenza di affrontare con grande rigore il problema.

Il problema dei super batteri resistenti alle terapie disponibili è emerso nella sua estrema gravità anche durante la pandemia da Coronavirus.

IL QUADRO ITALIANO SULLA RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI

Dati sorveglianza su AMR

- Sono Otto i patogeni causa delle principali AMR (stafilococco aureus, streptococco pneumoniae, enterococco faecalis, enterococco faecium, escherichia coli, klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa, acinetobacter a tre specie): su questi le percentuali di resistenza in Italia si mantengono elevate e talvolta in aumento
- Le regioni centrali e del Sud sono le più a rischio per la diversa attenzione data al problema
- La resistenza agli antibiotici costerà all’Italia 13 miliardi entro il 2050. I Costi e le ricadute economiche sono determinati da disabilità che si cronicizzano, degenze più lunghe
- Già oggi in Italia si calcola che le morti da AMR sono 10 mila/anno
- Obiettivo importante da raggiungere deve essere il passaggio da una sorveglianza

basata sui laboratori sentinella a livello regionale ad una copertura a livello nazionale entro il 2020 (oggi solo il 41% con 130 laboratori)

COVID e AMR

- Nel 10% di positivi vi sono sovrainfezioni batteriche con maggioranza dei germi multiresistenti ai farmaci
- Nel 30% dei ricoverati in Terapia intensiva vi è una complicanza batterica
- Nella prima ondata il cattivo uso antibiotici è stato purtroppo frequente
- Nelle lungo-degenze le sovrainfezioni sono frequenti (dovute spesso a procedure come l'introduzione cateteri venosi ed urinari, intubazioni, etc.)
- Le attuali regole igieniche e l'uso attenti dei DPI sono utili per prevenire anche le infezioni batteriche ma i germi resistenti presenti per lo più sulla pelle e nell'intestino diventano sempre più ubiquitari.
- Fondamentale è l'antibiogramma per isolare i patogeni in gioco, perché con un largo impiego di antibiotici ad ampio spettro (senza antibiogramma), vengono eliminati anche i germi non patogeni che lasciano spazio ai resistenti

Linee future della ricerca farmaceutica

I punti su cui lavorare sono:

- Garantire l'accesso rapido a medicinali con una corretta valutazione di valore e rispondere alle esigenze mediche non soddisfatte (resistenza antimicrobica, cancro, malattie rare)
- Promuovere competitività, innovazione, sostenibilità del comparto farmaceutico, produzione di medicinali di alta qualità, sicuri ed efficaci e più ecologici.
- Potenziare i meccanismi di preparazione in risposta alle emergenze. In particolare assicurare una posizione solida dell'UE sulla scena mondiale promuovendo standard elevati in termini di qualità, efficacia e sicurezza con catene di approvvigionamento diversificate e sicure e autonomia strategica interna.
- Tra le principali iniziative da sostenere per quanto riguarda gli antimicrobici: azioni per promuovere approcci innovativi nei settori europei di R&S e degli appalti, misure per ottimizzarne l'uso.

IL QUADRO REGIONALE SULLA RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI IN EPOCA COVID

Durante la prima e nell'attuale ondata pandemica da Covid-19, la copertura antibiotica è stata decisamente importante e non ha certamente favorito la diminuzione dell'AMR.

Ma se da una parte il Covid ha insegnato quanto sia importante prevenire il contagio tra operatori e pazienti attraverso l'adozione di buone pratiche preventive da parte degli operatori sanitari. Ma se questo può prevenire il diffondersi di un germe resistente, non permette certo di curare in maniera efficace i pazienti con infezioni gravi da batteri multi-resistenti. Secondo i clinici è importante, al momento dell'accesso in ospedale dei pazienti con stati febbrili, **distinguere molto rapidamente se ci sia o meno una "superinfezione" di altri batteri** al fine di aggiungere la terapia appropriata necessaria.

Il ruolo dei poliambulatori territoriali

Un esempio interessante è quello relativo a quanto accaduto durante la pandemia nella ULSS 2 Marca Trevigiana. Sono state attivate una serie di misure, quali:

- Il controllo ferreo delle disposizioni regionali
- Il rigore nell'accesso presso gli ambulatori da parte dei pazienti
- Il rispetto dei tempi di visita, il turnover rapido degli operatori sanitari
- Il distanziamento sociale quasi raddoppiato (2 metri) con uso di mascherine
- Nonché accessi agli ambulatori ridotti

Molte delle precauzioni adottate oggi sono quelle normalmente previste ma non sempre applicate con attenzione. Queste misure hanno portato ad una **riduzione complessiva delle ICA**. Nonostante questo le ICA sostenute da germi resistenti avute durante questo periodo, hanno avuto necessità di attenti trattamenti non sempre risolutivi. Quindi avere nuovi antimicrobici utilizzati da mani esperte che possano superare le resistenze, è un passaggio quanto mai importante da sostenere per salvare molte umane.

L'IMPATTO ECONOMICO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

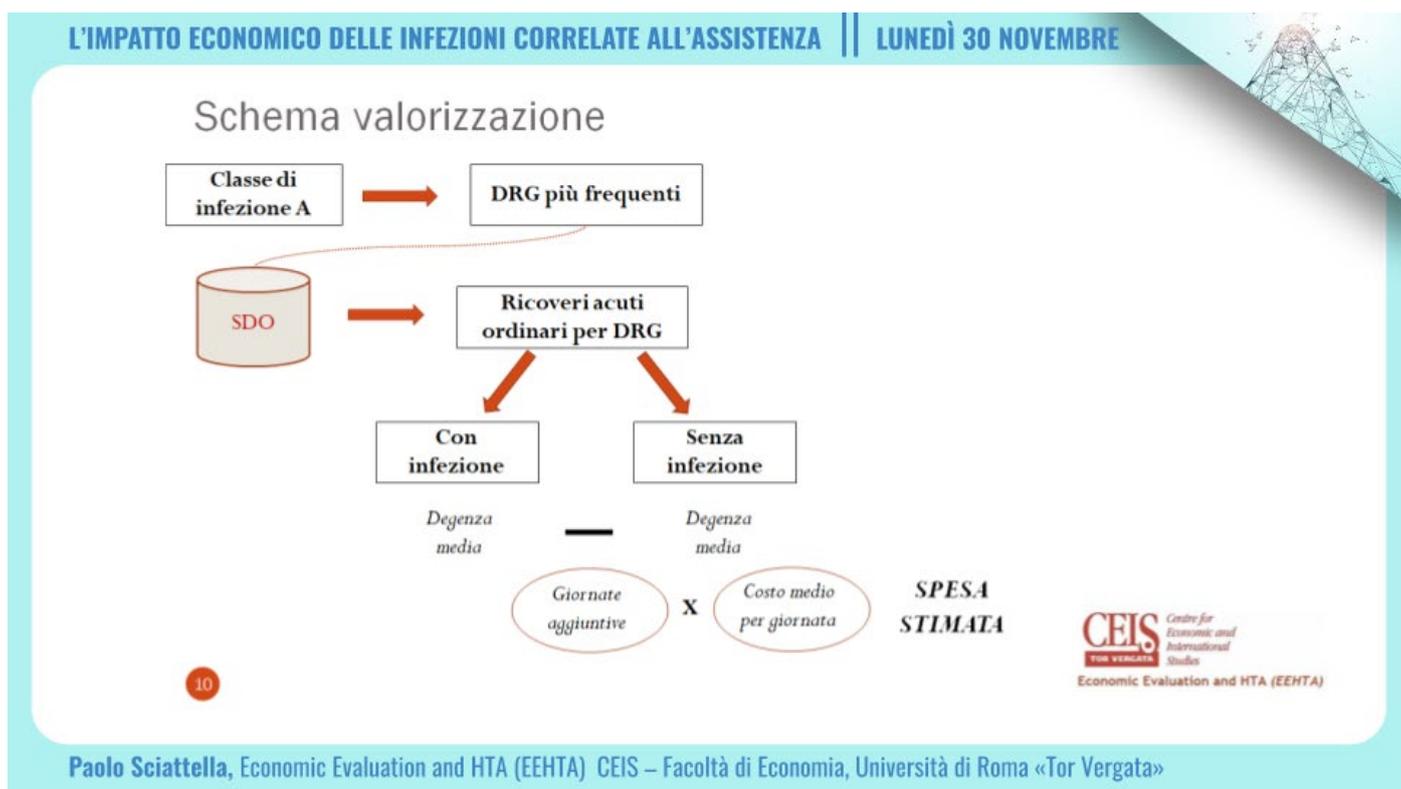
Le infezioni ospedaliere sono quelle che insorgono durante la degenza in ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso, e che non erano manifeste clinicamente né in incubazione al momento del ricovero. Interessano in particolare il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, il torrente circolatorio (sepsi, batteriemie) e rappresentano circa l'80% di tutte le infezioni osservate. I dati ci dicono noti ci dicono che: **Il tasso di prevalenza ICA è passato dal 6,3% del 2013 al 8,03% del 2018; ogni giorno, si verificano 13 mila casi di ICA per un totale di 530 mila casi all'anno** (secondo i dati dello Studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti - Protocollo ECDC. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018); che circa il **30% di queste sono potenzialmente prevenibili, nell'1% dei casi sono direttamente causa del decesso** (dati Epicentro 2013).

Partendo da queste premesse ed utilizzando real world data nazionali in uno studio specifico coordinato dal CEIS, si è stimato l'impatto economico delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in Italia, in termini di costi per il Servizio Sanitario Nazionale

1. La valorizzazione economica dell'insorgenza delle infezioni è stata effettuata stimando il valore delle giornate di degenza aggiuntive imputabili alle infezioni confrontando:

- la durata di degenza media
- DRG specifico dei ricoveri con e senza insorgenza di infezioni

Sulla base della scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2006-2018, le ICA sono state individuate mediante i codici ICD9CM di diagnosi relativi a Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Klebsiella spp, Infezione intestinale da Clostridium difficile e altro (infezione batterica non specificata, infezione intestinale, meningite batterica, stenosi uretrale dovuta ad infezione).



Questi i risultati ottenuti:

- Nel 2018 le infezioni correlate all'assistenza compaiono in **47 casi ogni 1.000 ricoveri acuti in regime ordinario**
- L'insorgenza di infezioni comporta un aumento della durata della degenza pari in

media a **3 giornate** (range 1 - 9)

- L'impatto economico annuo delle infezioni è stato stimato in **€ 597 milioni, pari al 2,6% del valore totale dei ricoveri ordinari acuti**
- Sono state evidenziate **significative differenze regionali**, in parte dovute alla accuratezza della codifica delle SDO

2. E' stato presentato anche il Focus **sull'insorgenza di infezioni post-operatorie a seguito di intervento chirurgico** per 6 patologie: diverticolite, appendicite, colecistite, calcolosi della colecisti, ernia, laparocoele. Per ogni patologia e relativo intervento chirurgico, è stata stimata la proporzione di infezioni post-operatorie e il conseguente impatto in termini di degenza, spesa e mortalità intraospedaliera. Gli interventi chirurgici di interesse sono stati individuati selezionando i codici ICD9CM di diagnosi principale e intervento principale, selezionati dai clinici di riferimento. L'insorgenza di infezione post-operatoria è stata valutata in base alla presenza/assenza delle diagnosi di: "Sieroma infetto postoperatorio" (ICD9CM 998.51), "Altra infezione postoperatoria" (ICD9CM 998.59). **Questi i risultati ottenuti:**

- una prevalenza di **3 casi di infezioni post-operatoria ogni 1.000 interventi selezionati**
- un aumento della durata di degenza pari in media a **12 giornate** (range 6 - 16)
- un incremento del costo medio per singolo ricovero compreso **tra € 7.000 e € 9.000**
- **un eccesso di rischio di mortalità**, espresso da un Odds Ratio aggiustato pari a 3,17 (p-value <0.001)

GESTIONE DELLE INFEZIONI NELLE TERAPIE INTENSIVE

Si registra una **elevata percentuale di pazienti in fase di accesso in terapia intensiva che risulta già colonizzato o infetto da patogeni con AMR a vari livelli**, questo comporta ricadute importanti in termini assistenziali (richieste di ulteriori cure, più giorni di ricovero in terapia intensiva, etc.) ed economici. Da qui, di nuovo, la necessità di **avere nuovi antibiotici "salvavita"** per intervenire in maniera rapida ed efficace incrementando insieme le politiche volte alla sorveglianza e alla prevenzione. L'importanza di sorvegliare le infezioni correlate all'assistenza in terapia intensiva deriva dal fatto che **i pazienti hanno un rischio di contrarre infezioni che va da 5 a 10 volte superiore alla media delle altre aree ospedaliere**. Le terapie intensive spesso infatti rappresentano l'epicentro di problemi legati a infezioni emergenti in tutto l'ospedale sia per fattori intrinseci

- Cittadinanzattiva chiede inoltre di essere coinvolta, insieme al Tribunale del Malato, nel **Piano regionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza** per contribuire al raggiungimento degli obiettivi prefissati

Il punto di Vista dei clinici:

- i nuovi antibiotici ci sono ma esiste un problema nella **valorizzazione delle nuove molecole e nel riconoscimento dell'investimento di chi li sviluppa**
- I nuovi antibiotici vengono usati soltanto dopo tante altre terapie più o meno conosciute, impiegate da tanti anni e di cui ben si conoscono gli effetti collaterali
- Al contrario bisognerebbe arrivare ad un **uso razionale, e non razionato degli antibiotici** poiché in molti casi c'è il **paziente che non può aspettare ad avere l'antibiotico giusto**
- Oltre a questo c'è bisogno di una implementazione a livello strutturale degli ospedali italiani (non tutti hanno strutture architettoniche adeguate e moderne)
- Vanno presi in considerazione i costi diretti sanitari e i costi indiretti (questi ultimi pesano molto sulle famiglie)

Il panel concorda:

L'AMR è una pandemia silente ma annunciata rispetto al Covid, che richiede, per essere affrontata, delle azioni concrete. Oggi i pazienti che muoiono per AMR hanno lo stesso esatto problema dei pazienti colpiti dal Covid che muoiono: **non hanno nessun trattamento efficace.**

Restano però **alcuni passaggi principali**, per cui parlare dopo l'esempio della recente pandemia non basta:

- riconoscimento che il problema esiste e comprenderne le cause
- avere la capacità di controllare/monitorare il problema
- Disporre di risorse finanziarie e tecniche per farlo, con il giusto personale dedicato
- Capire il senso del valore del problema sia in termini economici che morali (volontà politica)

CONCLUSIONI

Prevenzione: La prevenzione è il primo aspetto da considerare sulla tematica della AMR, non disgiunta dalle nuove molecole, fondamentali per arginare un fenomeno che ha costi molto alti e un numeri di morti preoccupanti.

Le pratiche standard di prevenzione sono ormai acquisite, come hanno spiegato i relatori durante questo webinar, ma il Covid ha fatto capire quanto sia importante implementare alcune norme che ora sono diventate “norme di emergenza” ma nel tempo potranno **diventare norme di quotidianità**, e che ci sia nella prevenzione della AMR un impegno multidisciplinare ovvero coinvolgendo tutti gli attori, a partire dal medico di medicina generale.

Terapia: Già oggi, utilizzando al meglio e più precocemente i farmaci più innovativi, alcuni già esistenti e altri in fase di approvazione, si potrebbe ridurre di un terzo la mortalità da super batteri nel nostro Paese, salvando 3mila vite l’anno.

Pertanto si evidenzia la necessità assoluta di incentivare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici. ed è auspicabile che si apra un **dialogo fra aziende produttrici e agenzie regolatorie nazionali e regionali**, in linea con le azioni intraprese a livello mondiale. Se le aziende non investiranno più in ricerca e sviluppo di nuovi antibiotici c’è il rischio di un ritorno in epoca pre-antibiotica, con la comparsa di ceppi batterici sui quali nessun antibiotico funzionerà più.

Le azioni principali sono pertanto in sintesi:

1. Azioni di prevenzione attenta che coinvolga tutti gli operatori sanitari ed i pazienti
2. la promozione dell’uso prudente degli antibiotici sia a livello di Ospedale che di Territorio
3. Un migliore sistema di monitoraggio delle resistenze
4. Il rafforzamento delle strategie in materia di ricerche e investimenti, con partnership trasparenti tra industria ed istituzioni
5. Rapido accesso all’innovazione e giusto riconoscimento di valore.

SONO INTERVENUTI NEL CORSO DEL WEBINAR

(i nomi sono posti in ordine Alfabetico)

Andrea Bonanome, Presidente FADOI Veneto - Direttore UO Medicina Interna ULSS 3 Serenissima

Daniela Boresi, Giornalista

Cristina Contessa, Direzione Medica AOU Padova

Luciano Flor, Direttore Generale AOU Padova

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Franco Marranconi, Referente Regionale Cittadinanzattiva Veneto

Arianna Peralta, UO Istituto di Anestesia e Rianimazione, AOU Padova

Francesco Pietrobon, Direttore Poliambulatori Treviso ULSS 2 Marca Trevigiana

Anna M. Saieva, Risk Manager AOU Padova

Paolo Sciattella, Ricercatore CEIS Università degli Studi di Roma“Tor Vergata”

*il Progetto ICARETE “Focus Lotta alle infezioni correlate all’assistenza”, organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione del Veneto, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, di Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, di Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, di Cittadinanzattiva, di ULSS2 Marca Trevigiana e di ULSS6 Euganea** e realizzato con il contributo non condizionante di **MENARINI**, che ha visto confrontarsi istituzioni e massimi esperti del settore.*

Il progetto si è concluso con la sua ultima tappa in Veneto.

Con il contributo non condizionante di:

