

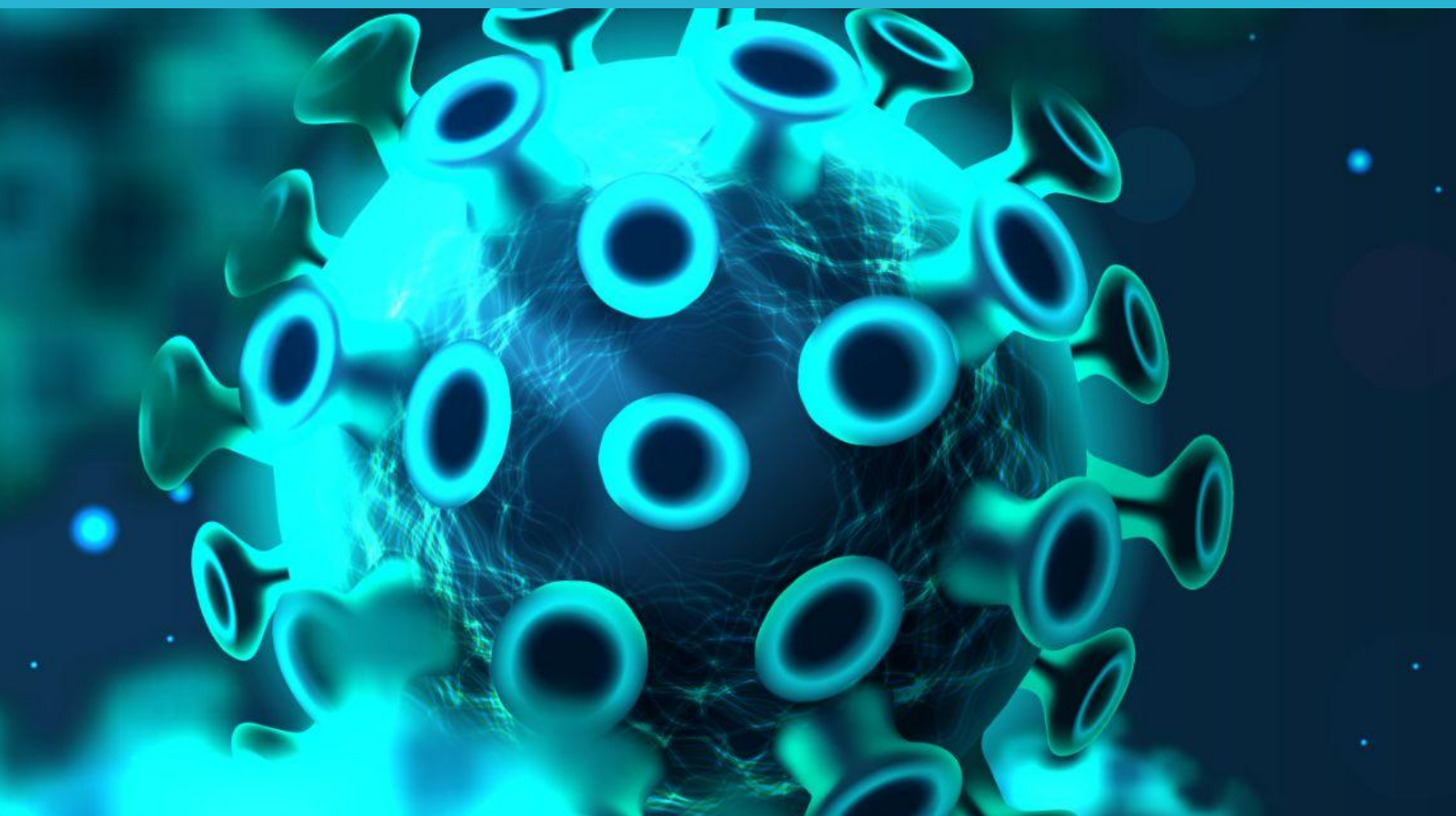
25 GIUGNO 2021

WEBINAR

FOCUS VENETO

**DAL “CUTTING EDGE” DELLA RICERCA IN
ANTIBIOTICO TERAPIA
AL BISOGNO DI NUOVI ANTIBIOTICI,
DALLA VALUTAZIONE DEL VALORE
AL PLACE IN THERAPY APPROPRIATO**

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Quando si affronta il problema dell'AMR, molto spesso si parla di programmi di prevenzione, indispensabili per limitare il fenomeno. La prevenzione, infatti, è senz'altro un aspetto chiave dell'AMR. Epicentro, portale di epidemiologia per la sanità pubblica a cura dell'ISS, sulla base di varie pubblicazioni, da tempo ha evidenziato come solo il 30-50% delle infezioni sia prevenibile attraverso buone pratiche preventive. Se a questo livello la strada per una buona efficienza del sistema è ancora lunga, ancor più lunga è però quella della ricerca di nuove terapie che riescano ad arginare e limitare questo fenomeno. Volendo fare un paragone con la recente pandemia potremmo dire che rispetto a Covid-19, l'AMR è una pandemia silente ma annunciata oramai da anni e che richiede, per essere affrontata, azioni concrete non più rimandabili. Oggi i pazienti che muoiono per AMR come i pazienti colpiti dal virus Sars-Cov-2 che muoiono: non hanno trattamenti efficaci. Ma nonostante la ricerca recentemente stia tornando a produrre nuovi antibiotici, esiste un problema nella valorizzazione delle nuove molecole e nel riconoscimento dell'investimento di chi le sviluppa.

Le tempistiche di realizzazione/approvazione/accesso/disponibilità di un nuovo antibiotico sono spesso un percorso ad ostacoli: i tempi minimi del suo sviluppo vanno dagli 8 agli 11 anni, con una spesa globale calcolata superiore a milioni di euro. Vi è inoltre la tendenza ad utilizzare i nuovi antibiotici soltanto dopo tante altre terapie più o meno conosciute, impiegate magari da anni e di cui ben si conoscono gli effetti collaterali. Senza contare che anche in tema di sostenibilità, aspetto di cui tutti responsabilmente si dovrebbero fare carico, si omette di considerare i costi evitabili (diretti sanitari e indiretti) legati a ritardi di accesso a nuove terapie e a scelte inappropriate di utilizzo.

Restano alcuni passaggi cruciali:

- Riconoscere il problema esistente e investire subito per governarlo;
- Capire il senso del valore del problema sia in termini economici che morali;
- Programmare con continuità risorse adeguate, finanziarie e tecniche.

AMR, PANDEMIA SILENTE: IMPATTO REGIONALE

L'industria sta prendendo in carico il problema dell'antimicrobico resistenza, dedicando pipeline di ricerca che si muovono a livello internazionale, tramite accordi di co-marketing arrivando nei Paesi industrializzati ed evoluti. Un allungamento dell'iter, porta ritardi e non fa che accrescere il problema AMR, in un contesto caratterizzato dall'aumento medio dell'età della vita, con presenza di grandi anziani e pazienti fragili. Il problema della sostenibilità, dei silos di spesa, dei costi ospedalieri va comunque preso in carico, sia per favorire l'accesso sia per creare le condizioni di collaborazione tra unità operative ospedaliere e infettivologi consulenti, sia tramite riconoscimento di budget specifici sia tramite percorsi di formazione culturali multidisciplinari, dialogo e proposte di revisione dei DRG da parte delle Società Scientifiche e della Politica. Poi il ruolo, chiave, degli infettivologi rivolti ad affrontare i grandi temi di sostenibilità e presa in carico dei pazienti in terapia con antivirali in associazione e innovativi, gestione del reparto, consulenze e ambulatori, impegnati nella ricerca, nella didattica e nei comitati d'infezione Ospedaliere (CIO) e nelle Commissioni di prontuari Ospedaliere e per le residenze protette. In queste ultime dovrebbero essere approvate e aggiornate le linee di indirizzo, elaborate schede per le richieste motivate di antibiotici, di valutazione di nuovi farmaci, l'aggiornamento del prontuario aziendale con esclusione di vecchie molecole ormai poco efficaci. Il SSN per essere al passo ed efficiente deve anche programmare la formazione (universitaria e specialistica), adeguandosi alle mutate necessità, perché non si dovrebbe vedere ridurre la spesa pubblica solo limitando il turnover dei pensionamenti, riducendo ad oltranza di organici, decimando le strutture, esternalizzandole e privatizzandole, ridando così dignità a un servizio sanitario nazionale che altrimenti non potrebbe più rispondere alle esigenze.

CONCLUSIONI

La somministrazione di farmaci antinfettivi, anche se prescritti in modo appropriato, comporta necessariamente un rischio di sviluppo di resistenze per cui viene raccomandato un utilizzo “saggio” degli antibiotici al fine di ridurre la pressione selettiva. Il progressivo aumento della complessità dei pazienti, legata a molti fattori, comporta la gestione negli ambiti ospedalieri di una popolazione sempre più fragile, a rischio di fenomeni infettivi anche mortali. In questo setting si è creato quindi il pabulum ideale per lo sviluppo di ceppi infettivi anche multi resistenti (se non addirittura pan resistenti) che circolano tra i pazienti ricoverati (principalmente tramite il vettore legato agli operatori e alle procedure sanitarie) e quindi è indispensabile l'uso di terapie antibiotiche sempre più complesse. La lotta al fenomeno della resistenza è legata a misure preventive in grado di ridurre la trasmissione da paziente a paziente, ma anche allo sviluppo di nuove molecole tese a superare i meccanismi di resistenza conosciuti. A quest'ultimo aspetto risulta anche di estrema importanza la ricerca dei meccanismi di antibiotico resistenza e delle basi genetiche su cui si fondano. Alla disponibilità di nuove molecole poi dovranno seguire rigorosi protocolli di utilizzo basati su dati scientifici allo scopo di preservarne l'efficacia.

IL PANEL CONDIVIDE

- Nel riassetto del SSN legato al Recovery Fund il tema dell'AMR deve essere paradigmatico.
- La possibilità di accedere alla consulenza dell'infettivologo è fondamentale nei reparti di terapia intensiva per ridurre le AMR.
- Prima di dare la possibilità di prescrivere antibiotici di ultima generazione bisogna prima scrivere le linee su questi farmaci, da utilizzati in maniera razionale e non razionata.
- L'uso degli antisettici deve essere valutato insieme dal farmacista ospedaliero e dall'infettivologo per poter scrivere delle corrette linee di utilizzo e di acquisto.
- Anche l'uso appropriato degli antibiotici sviluppa resistenze, è quindi necessario creare protocolli molto stringenti sull'uso degli antibiotici.
- Gli operatori del SSR devono lavorare in sinergia con le Associazioni di pazienti per una corretta informazione sull'uso appropriato degli antibiotici.
- La prevenzione delle ICA resta l'arma più importante a disposizione dei sanitari, non va in contrasto con l'utilizzo dei nuovi antibiotici.

ACTION POINTS

- La figura dell'infettivologo è diventata nel corso del tempo sempre più poliedrica sia all'interno degli ospedali sia all'esterno per quanto riguarda l'appropriatezza delle cure.
- Il Patien-Therapy per i nuovi infettivologi deve essere valutato multi disciplinarmente attraverso un lavoro coordinato dei farmacisti ospedalieri e infettivologi.
- È necessario, attraverso i dati di monitoraggio, valutare i gradi di resistenza agli antibiotici nei singoli ospedali della Regione per poter creare linee guida sull'uso degli antibiotici aderenti alle singole realtà regionali.
- È necessario che gli ospedali si dotino di microbiologie in grado di analizzare anche dal punto di vista genetico ceppi antibioticoresistenti da isolare.
- Bisogna creare una rete regionale di microbiologie in grado di operare 24h nella diagnosi delle antimicrobiche resistenze.

Sono intervenuti (i nomi riportati sono in ordine alfabetico):

Valentino Bertasi, Direttore UOC Farmacia Ospedaliera ULSS 9

Luisa Bissoli, Dipartimento Funzionale “Healthy Aging Center” Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Daniela Boresi, Giornalista

Giuseppe Cicciù, Presidente Regionale Cittadinanzattiva Veneto

Ernesto De Menis, Direttore UOC Medicina Interna 2 Ospedale Ca’ Foncello Treviso - Vice Presidente FADOI Veneto

Francesco G. De Rosa, Professore Associato Malattie Infettive Dipartimento di Scienze Mediche Università di Torino, Direttore SC Malattie Infettive U AOU Città della Salute e Scienza, Torino e Ospedale Cardinal Massaia, Asti

Vinicio Manfrin, Direttore Malattie Infettive ULSS 8 Berica, Vicenza

Francesco S. Mennini, Presidente SIHTA - Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Paolo Navalesi, Anestesiologia e Terapia Intensiva AOU Padova

Fabio Presotto, Direttore UOC Medicina Interna Ospedale dell’Angelo ULSS 3 Serenissima - Consiglio Direttivo FADOI Veneto

Renzo Scaggiante, Direttore Malattie Infettive Ospedale S. Martino Belluno ULSS 1 Dolomiti

Claudio Scarparo, Direttore UOC Microbiologia ULSS 3 Serenissima

Enoch Soranzo, Componente V Commissione Politiche Socio Sanitarie Regione del Veneto

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità**, in collaborazione con **Maris** e con il patrocinio di **Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona**, **Azienda Ospedale Università Padova**, **Cittadinanzattiva Veneto**, **SIHTA - Società Italiana di Health Technology Assessment**, **ULSS8 Berica***

CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI:



IT-meD

