

Roma, 31 luglio 2019

XII Commissione Affari sociali della Camera

Email: com_affari_sociali@camera.it

XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati risoluzioni:

- 7-00131 Novelli,
- 7-00198 Nappi,
- 7-00227 Carnevali
- 7-00233 Rostan

Iniziative per contrastare il fenomeno dell'antibiotico-resistenza

L'antibiotico resistenza da molto tempo genera preoccupazione tra i medici e gli altri operatori sanitari.

La ricerca nel campo dell'antibiototerapia non registra più i successi degli scorsi decenni e quindi l'utilizzo appropriato ed attento della attuale dotazione terapeutica diventa una necessità.

Comunemente si tende a pensare che l'utilizzo di antibiotici sia strettamente ad uso terapeutico umano o al massimo veterinario ma sempre nell'ambito delle patologie. E' noto, nonostante i continui richiami, che l'uso di antibiotici in agricoltura, acquacoltura e allevamento intensivo può essere fino a quattro volte l'uso in medicina.

Nel 2008 negli allevamenti della sola Germania sono state somministrate 1.700 tonnellate di antibiotici.

Largo consumo ne fa anche l'acquacoltura, a detenere il primato è l'allevamento di gamberetti in Asia.

Ma l'uso di antibiotici negli allevamenti non lo si fa esclusivamente per motivi di prevenzione e cura dalle malattie.

Infatti si utilizzano dosi sub terapeutiche che aumentano la massa grassa e la densità ossea degli animali aumentandone il peso e quindi il profitto per gli allevatori.

La diffusione degli antibiotici nell'ambiente si completa attraverso la contaminazione del terreno e dell'acqua nella fasi di concimatura con materiale di derivante dagli allevamenti intensivi. Nel 2005 in Svezia vi è stata una grande epidemia determinata da l'irrigazione di piante di lattuga con acqua contaminata presa da un piccolo ruscello. Tutto questo, insieme all'uso medico, aumenta la capacità di resistenza di ceppi patogeni fino a oggi controllabili come l'escherichia coli o la salmonella.

La medicina di famiglia è da sempre attenta a queste tematiche essendo il farmaco il suo principale strumento di cura.

Come si può vedere dalle tabelle allegate l'uso di antibiotici descritti come decisivi in questo contesto come le cefalosporine di seconda e terza generazione o come l'azitromicina sono utilizzati con parsimonia.

Anche le recenti indicazioni AIFA sull'uso dei chinolonici (altro antibiotico largamente usato in agricoltura) non hanno stravolto le modalità prescrittive del medico di medicina generale.

Il riferimento maggiore è verso quelle molecole già da molto tempo usate e ancora di sicuro effetto a largo spettro come le penicilline.

Riteniamo lodevole le iniziative intraprese e suggeriamo di puntare essenzialmente su una attività informativa verso i cittadini spesso sviati da informazioni superficiali avute attraverso il passa parola e quelle provenienti dal web.

Infine sarebbe auspicabile che nessun farmaco per nessun motivo venga dispensato senza la necessaria ricetta medica e che questa venga osservata strettamente da chi è addetto alla distribuzione.

LA PRESCRIZIONE ANTIBIOTICA DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

La prescrizione di antibiotici da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) segue la logica della terapia empirica ragionata, basata sulla conoscenza dei microorganismi più frequentemente coinvolti nel determinare infezione nei vari organi colpiti, per poter mettere in atto tempestivamente la terapia antibiotica più mirata. In Medicina Generale, infatti, non è quasi mai possibile intraprendere una terapia antibiotica avendo disponibile l'esito dell'analisi che identifica con certezza l'agente infettivo responsabile.

Le condizioni di contesto (età, co-morbilità, ambiente e abitudini di vita, fattori personali di rischio ...) costituiscono elementi fondamentali per attribuire diverse probabilità al coinvolgimento di specifici organismi patogeni e per scegliere, conseguentemente, la migliore terapia antimicrobica.

Ad esempio, per l'eziologia delle polmoniti, sono di seguito descritti i patogeni prevalenti in rapporto alle difese dell'ospite e alle malattie concomitanti:

- Età avanzata: S.pneumoniae, H.influenzae, Klebsiella spp., L. pneumophila.
- Tabagismo: S.pneumoniae, H.influenzae.
- Alcolismo: Klebsiella spp., S. pneumoniae, M. catarrhalis, H. influenzae.
- Recente influenza virale: S.pneumoniae, S.aureus, H.influenzae.
- BPCO: S. pneumoniae, H.influenzae, M.catarrhalis, L. pneumophila.
- Fibrosi cistica: S. aureus, P. aeruginosa, H. influenzae.
- Insufficienza cardiaca: S.pneumoniae, H.influenzae, Virus influenzali.



- Polmonite contratta in casa di riposo: S.aureus, Klebsiella spp., S.pneumoniae.

Il Medico di Medicina Generale pertanto, che meglio conosce tali circostanze, in carenza degli esiti dei risultati di esami microbiologici, è il professionista che, sul territorio, può stabilire con maggiore efficacia ed efficienza, la terapia antibiotica più adeguata.

Il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 indica, in diversi passaggi, le attività da svolgere e gli obiettivi da perseguire a livello territoriale, per ridurre il fenomeno dell'antibiotico-resistenza:

1. Implementazione, a livello territoriale, di sistemi per il monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica a livello di singolo prescrittore e della pratica degli audit (clinici ed organizzativi) sulla prescrizione di antibiotici (entro il 2019).
2. Promozione della diffusione nella pratica di tecnologie informatiche utili a supportare la prescrizione appropriata (alert, sistemi esperti, cartelle cliniche informatizzate con sistemi di prescrizione elettronica, ecc.) (entro il 2020).
3. Promozione di interventi utili a ridurre il fenomeno dell'utilizzo di antibiotici "avanzati" a domicilio da precedenti prescrizioni (numero di dosi per confezione corrispondente alla prescrizione, vendita di dosi unitarie, ecc.) (entro il 2020).
4. Riduzione >10% del consumo territoriale di fluorochinoloni nel 2020 rispetto al 2016.
5. Riduzione >10% del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale nel 2020 rispetto al 2016.

La maggiore associazione della Medicina Generale italiana, la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale - FIMMG, si è da tempo attivata per promuovere tali raccomandazioni e per raggiungere gli obiettivi sopra citati, attraverso iniziative di Health Technology Assessment – HTA, per favorire la percezione di dettagli dei fenomeni assistenziali, per analizzarli e per intraprendere conseguentemente percorsi di miglioramento.



Fig. 1: Alcuni indicatori relativi alla prescrizione di farmaci antibiotici, con i numeri utilizzati per la definizione del dato, il valore dell'indicatore, il trend dell'indicatore rispetto a precedenti valutazioni, il dato "media" riferito al gruppo benchmark (1840 medici), il Livello Raggiungibile di Performance e uno score complessivo che indica il livello di performance del medico su questa area prescrittiva (print-screen dal software di NETMEDICA ITALIA, 2019).

Sono stati messi a disposizione del MMG, software che consentono, in base ai dati clinico-assistenziali archiviati nel gestionale di studio, di attivare meccanismi di self-audit e benchmarking, orientati a prendere.

Analisi spesa convenzionata in fascia A.
Periodo dal 27-07-2018 al 27-07-2019

Filtri: Cognome: A-C | Farmaci: ANTIBIOTICI | Segnalazioni: Si

Cognome	Nome	Eta'	Ultima Prescrizione	Data Ultima Prescrizione	Spesa tot. anno	Conf. tot. anno	Ind.	Segnalazioni Appropriattezza
[REDACTED]	[REDACTED]	15	MACLADIN 500MG 14CPR	[REDACTED]	10,35 €	1	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	58	VECLAM 500MG 14CPR RIV	[REDACTED]	66,14 €	8	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	71	TAVANIC 500MG 5CPR RIV	[REDACTED]	16,50 €	2	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	81	AUGMENTIN FARMAROC 875MG/125MG 12CPR FILM RIV	[REDACTED]	37,38 €	4	Si	Antibioticoresistenza;
[REDACTED]	[REDACTED]	62	TAVANIC 500MG 5CPR RIV	[REDACTED]	16,50 €	2	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	88	CIPROXIN 500MG 6CPR RIVESTITE	[REDACTED]	59,43 €	7	Si	Incentivare Amoxicillina; Antibioticoresistenza;
[REDACTED]	[REDACTED]	9	ZITROMAX 200MG/5ML POLVERE SOSPENSIONE OS 1FL 1500MG	[REDACTED]	32,17 €	3	Si	Antibioticoresistenza;
[REDACTED]	[REDACTED]	33	SPIRAMICINA MYLAN 3MUI 12CPR	[REDACTED]	7,41 €	1	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	44	BACTRIM FTE 160MG+800MG 16CPR	[REDACTED]	14,07 €	2	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	23	CLAVULIN 875MG+125MG 12CPR FILM RIV	[REDACTED]	73,60 €	8	Si	Antibioticoresistenza;
[REDACTED]	[REDACTED]	63	CEFODOX 200MG 6CPR RIVESTITE	[REDACTED]	9,77 €	1	Si	Incentivare Amoxicillina;
[REDACTED]	[REDACTED]	93	TAVANIC 500MG 5CPR RIV	[REDACTED]	52,18 €	6	Si	Incentivare Amoxicillina; Antibioticoresistenza;

Fig. 2: Modalità di self-audit per medico riferita alle prescrizioni di antibiotici per paziente per anno con relativa segnalazione di appropriatezza (print-screen dal software di NETMEDICA ITALIA, 2019).

Consapevolezza delle proprie modalità prescrittive e a confrontare tali dati con quelli prodotti dagli altri colleghi, con dati medi, con valutazioni di trend prescrittivo e con Livelli Raggiungibili di Performance (obiettivi realisticamente raggiungibili calcolati sui dati disponibili) (Fig. 1 e 2). Da una recentissima analisi condotta dal Centro Studi della FIMMG su un campione di 722 MMG (1.039.360 assistiti), risulta che la prescrizione antibiotica del MMG è fortemente orientata su molecole “consolidate”, che non appartengono al gruppo di antibiotici “avanzati”; le ultime molecole messe a disposizione della prescrizione territoriale (prulifloxacina e cefditoren) sono utilizzate del tutto marginalmente (Fig. 3).

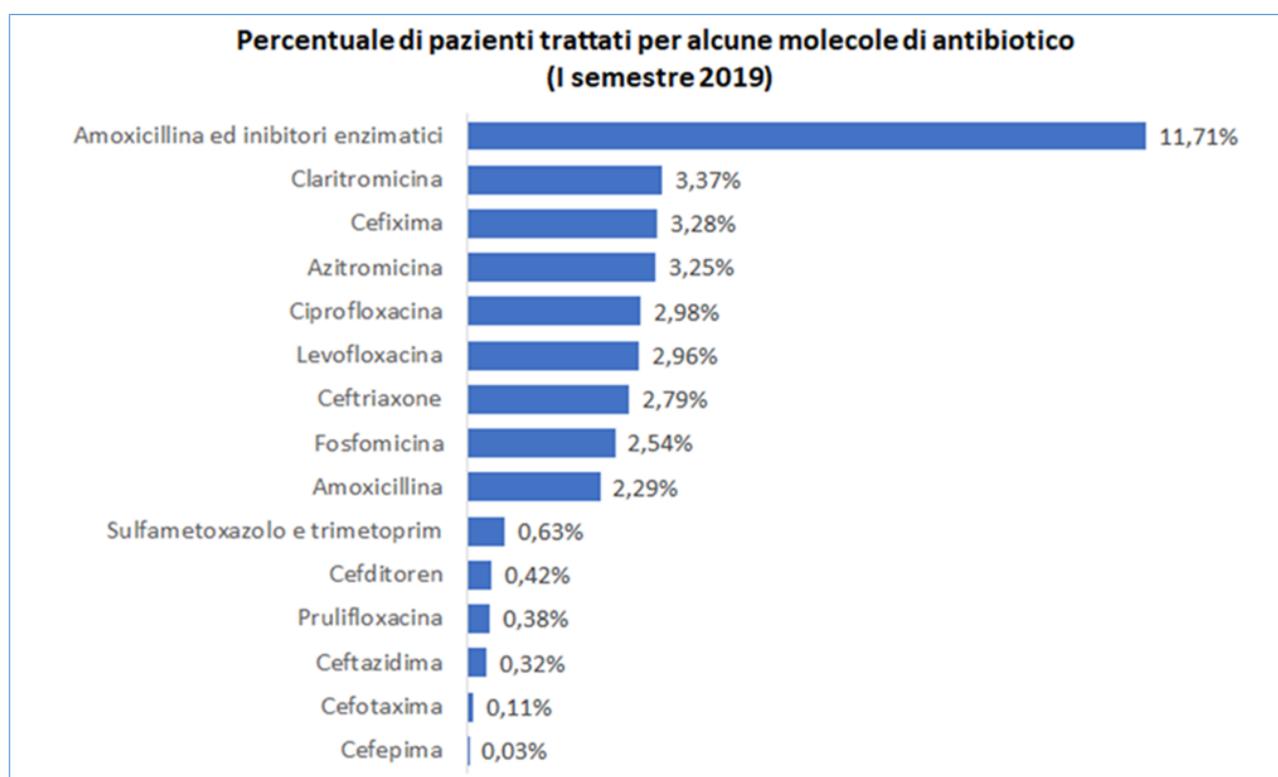


Fig. 3: Percentuale di pazienti trattati, nel I semestre del 2019, con alcune molecole di antibiotico, da un campione di 722 Medici di Medicina Generale (Centro Studi FIMMG, 2019).

Altrettanto limitatamente sono usate le cefalosporine iniettive di terza/quarta generazione, ad eccezione del ceftriaxone: va considerata però, in particolare per gli ultimi anni, la riduzione del tasso di ricoveri ospedalieri, che ha inevitabilmente “scaricato” sul territorio patologie precedentemente trattate in ambiente nosocomiale; dall’analisi dei dati del campione risulta evidente, infatti, come, in questi anni, la prescrizione antibiotica stia subendo un progressivo shifting verso le classi di età più avanzate della popolazione (Fig. 4).

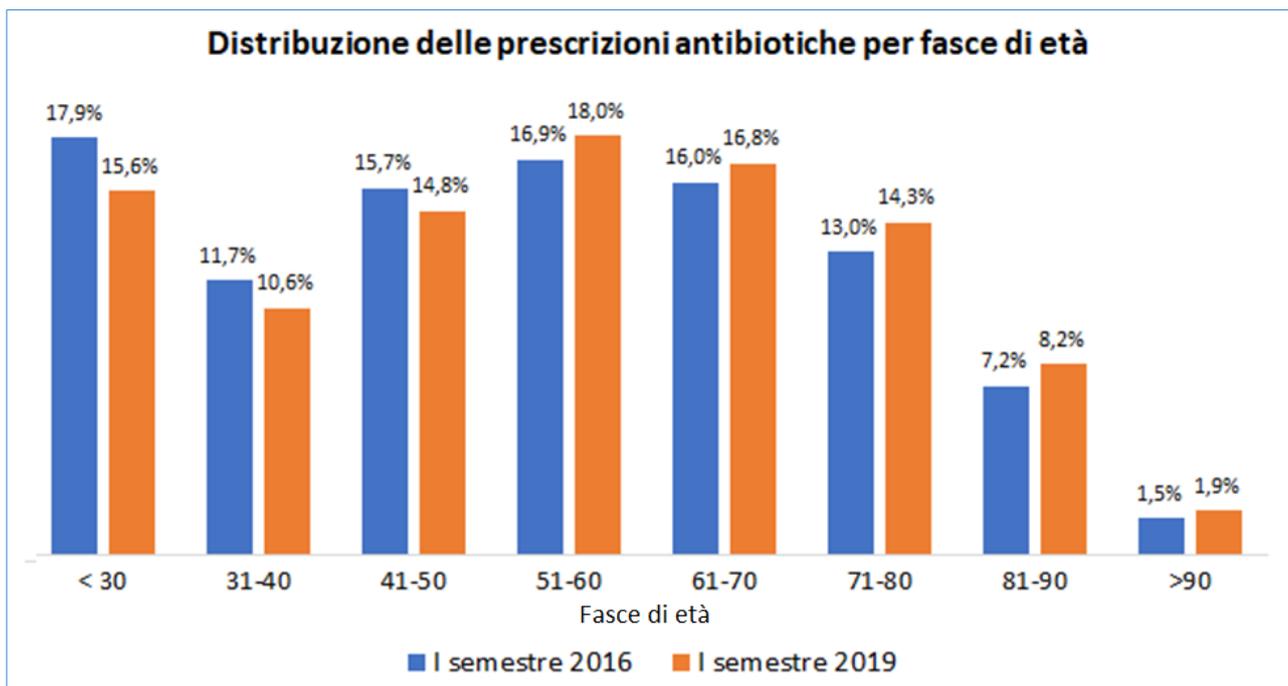


Fig. 4: Confronto nella distribuzione per fasce di età delle prescrizioni di farmaci antibiotici nel I semestre del 2016 vs il I semestre 2019, in un campione di 722 Medici di Medicina Generale (*Centro Studi FIMMG, 2019*).

La prescrizione di antibiotici fluorochinolonicici ha registrato, nell’ultimo semestre, una drastica riduzione, certamente superiore al 10% raccomandato dalle indicazioni del PNCAR, anche per i warning prescrittivi emessi dagli organi di controllo internazionali (Fig. 5).

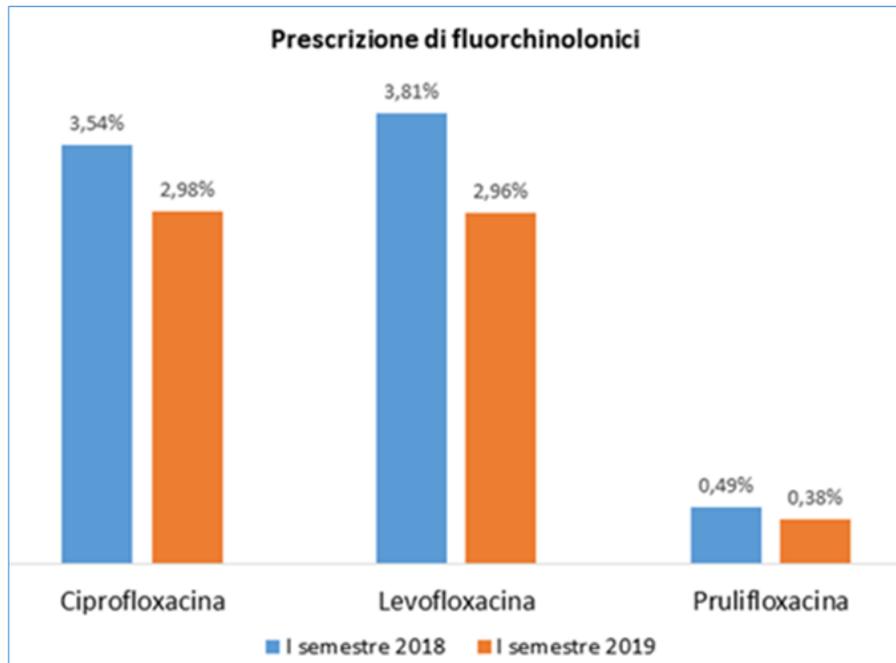


Fig. 5: Percentuale di pazienti trattati, nel I semestre del 2018 e del 2019, con ciprofloxacina (-15,9%, 2019 vs 2018), levofloxacina (-22,2%, 2019 vs 2018) e prulifloxacina (-21,9%, 2019 vs 2018) da un campione di 722 Medici di Medicina Generale (*Centro Studi FIMMG, 2019*).

Dall'indagine campionaria, sembrerebbe emergere un trend alla riduzione della prescrizione di antibiotico terapia nel I semestre del 2019 vs l'analogo periodo del 2018 (-1,76%) che, a differenza degli altri indicatori, sembrerebbe collocare l'obiettivo di una riduzione della prescrizione >10% nel 2020 rispetto al 2016, ancora lontano.

Tale risultato potrà essere ottenuto attraverso strategie orientate al coinvolgimento non solo del prescrittore, ma anche del paziente. Questi deve essere educato a non ricercare la prescrizione di antibiotico, ad assumere la terapia attenendosi alle indicazioni del medico completando i ciclo di trattamento, ad evitare di conservare dosi di farmaco per possibili usi in futuro.