

One Health

Covid-19 e le azioni per ridurre le infezioni nosocomiali, le antibiotico-resistenze e i costi associati.

A cura di Serena Ghirlandi, borsista Polis-Lombardia



Luogo e data webinar, 3 dicembre 2020

Promotori SDA-Bocconi

Relatori

G. Soda, Dean SDA Bocconi School of Management
R. Tarricone, Associate Dean, SDA Bocconi School of Management
J. Adda, Prorettore alla Ricerca Università Bocconi
W. Ricciardi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
A. Urbani, Ministero della Salute
A. Cassini, Organizzazione Mondiale della Sanità
E. Caselli, CIAS - Università di Ferrara
R. Tarricone, SDA Bocconi School of Management
I. Capua, Università della Florida

Tavola rotonda:

G. Finzi, ANMDO
S. Torrisi, FARE
M. Piovi, ESTAR
A. Gaudio, Cittadinanzattiva
M. Melazzini, Istituti Clinici Scientifici Maugeri
B. Cittadini, AIOP

Sintesi

Quella dell'antibiotico-resistenza è una pandemia diffusa già da prima del Covid-19. Comincia così il professor Adda che prosegue ricordando come gli antibiotici abbiano rivoluzionato la pratica della medicina e come siano comparsi da subito problemi inerenti all'antibiotico-resistenza. Negli ultimi 15 anni l'AMR – Antimicrobial resistance è aumentata del 60% e parallelamente sono poche le nuove scoperte di antibiotici. In questo modo si genera una situazione sfavorevole: da un lato l'aumento dell'antibiotico-resistenza rende inefficaci gli antibiotici per una parte di popolazione, dall'altra non vengono introdotti nuovi farmaci a colmare questo vuoto. Come si può quindi evitare il problema legato all'antibiotico resistenza? Secondo il prof. Adda è necessario ridurre l'uso e le prescrizioni. Vi è inoltre un'altra componente da non sottovalutare che è l'utilizzo degli antibiotici somministrati agli animali. Infatti, circa

l'80% degli antibiotici viene utilizzato negli allevamenti. Nonostante questo, pare che l'antibiotico resistenza derivi in misura maggiore dall'uso umano che viene fatto dei farmaci.

Il concetto introdotto inizialmente di pandemia è legato al fatto che l'AMR è diffusibile anche in larga scala, a livello mondiale. Come si diffonde nel mondo? È legato agli spostamenti tra ospedali o ai flussi economici? Negli USA vi sono un sacco di studi in merito; i dati analizzati indicano che vi sono diffusioni tra Stati limitrofi (diffusione per vicinanza) ma anche tra Stati che sono lontani tra loro (che sono quindi legati ai flussi economici).

Negli ospedali la diffusione avviene tramite i pazienti (in numero maggiore) ed il flusso dei dottori. In USA il tasso di AMR è aumentato dell'1% rispetto all'anno scorso. Come si può intervenire in questa situazione emergenziale e con il budget disponibile? Sono necessarie soluzioni tempestive.

Il professore Ricciardi afferma che alcuni problemi da gestire sono molto complessi per la nostra mente analogica che ci mette tantissimo tempo ad evolversi e che non è in grado di gestire un evento improvviso e così grande come quello che stiamo vivendo ora.

Afferma inoltre che è opportuno riferirci al covid-19 come una sindemia, non una pandemia perché riguarda tutto il pianeta, che abbiamo reso malato con i nostri impatti antropici. Già prima nel 2013 era stato lanciato l'allarme da alcuni personaggi del calibro di David Attenborough o Bill Gates. Nel 2016 è stato lanciato l'allarme anche dall'economista Jim O'Neill sull'antibiotico resistenza, con le annesse conseguenze per la salute e per l'economia.

In questo senso è opportuno intervenire adesso per evitare che anche l'AMR diventi una situazione emergenziale.

È necessario il supporto politico per gli operatori sanitari e anche la formazione dei medici che prescrivono, in termini di "educazione" alle prescrizioni, informazioni approfondite sull'AMR, la resistenza alla pressione delle aziende farmaceutiche etc. Deve aumentare la qualità in sanità seguendo tre filoni: efficienza, efficacia, qualità. Interviene poi il dottor Urbani sottolineando come questa sia una nuova emergenza e sulla necessità di un piano di contrasto contro la resistenza agli antibiotici, mediante la riduzione delle prescrizioni e tramite l'aumento dei controlli e di gestione delle procedure. Necessaria anche l'introduzione di nuovi servizi, di prestazioni sanitarie. Servono servizi integrati e mettere insieme dati di assistenza ospedaliera, farmaceutica etc. con la finalità ultima di fornire indicazioni fondamentali allo stakeholder politico. L'antibiotico resistenza spesso è frutto di una conoscenza sbagliata da parte delle persone, è tutto in mano agli enti regionali per le prescrizioni, probabilmente vi è anche il bisogno di affiancare l'attuale governance nella gestione di alcune situazioni.

Il dott. Cassini interviene poi affermando che il flusso dei pazienti provoca un impatto notevole nell'incremento dell'antibiotico resistenza; in Europa questo è un problema legato agli ospedali.

L'AMR non è una malattia ma un insuccesso terapeutico, è multisetoriale e multifattoriale. In Europa l'AMR ha un impatto pari a quello di Hiv, influenza e tubercolosi messi insieme.

Il 40% dell'AMR totale in Italia è dovuta alla resistenza ai carbapenemi e *P. aeruginosa* che si sviluppa in ospedale; questo significa che gli ospedali ad oggi non sono posti totalmente sicuri. I paesi con maggior impatto sono quelli del sud Europa e l'Italia è tra questi.

Necessaria l'introduzione di politiche per il contrasto, come l'aumento dell'igienizzazione delle mani, il miglioramento dell'igiene in ambiente ospedaliero, i test diagnostici rapidi etc. Nei pazienti affetti da Covid-19 la super infezione batterica è del 10%, l'uso generale di antibiotici è diminuito dall'inizio pandemia, non si sa però ancora se questo è dovuto alla distanza o al minore accesso alle cure per paura da parte delle persone di avvicinarsi a strutture sanitarie.

La professoressa Caselli introduce poi il lavoro svolto insieme al suo team dell'Università di Ferrara: il sistema PCHS.

Afferma che il microbiota ospedaliero è fonte di contaminazione sia per la componente aria che per quella delle superfici. Finora per combatterlo sono stati utilizzati i sanificanti come la clorina e i disinfettanti; questi hanno però dei limiti: non prevengono la re-contaminazione, hanno un alto impatto ambientale e possono favorire la selettività di alcune resistenza (es clorexidina).

Il nuovo metodo proposto è quello del PCHS[®], il sistema di sanificazione bio-sostenibile, che non genera resistenza ma anzi produce dei cali nelle resistenze prima esistenti. Sono stati fatti degli esperimenti che hanno avuto come risultato la riduzione dell'incidenza degli effetti di HAI.

Interviene poi la prof.ssa Tarricone affermando che sono 5 i miliardi di dollari all'anno spesi per la gestione delle conseguenze dell'AMR, l'Italia si posiziona in pole position. Sono necessarie diverse strategie per combattere questa situazione, alcune anche molto semplici. Il solo lavarsi le mani ed aumentare il livello di pulizia negli ambienti porterà già ad una riduzione dell'85% delle conseguenze di AMR. Lo studio clinico che riporta è quello precedentemente citato dalla prof.ssa Caselli del quale SDA Bocconi si è occupata della costruzione del modello economico. I dati utilizzati sono quelli reali, di ospedali trattati con metodi tradizionali e con il metodo PCHS. I risultati sono i seguenti: con il sistema PCHS vi sarebbe la riduzione del 50% delle ICA resistenti in ospedale con una riduzione dei costi pari a 14 milioni all'anno. Questi soldi sono dei cost saving per il sistema sanitario non dei costi risparmiati.

Se si considerano poi anche i pazienti acuti si arriva ad un risparmio di 75 milioni annuali. L'introduzione di queste pratiche, in 5 anni ed in maniera diffusa, potrebbe portare ad un risparmio di 460 milioni di euro.

La prof.ssa Capua parla del Covid-19 non solo come una malattia ma come un vero e proprio stress test multisistemico. Cosa sappiamo del Covid-19? La malattia si trasmette con le persone, l'igiene è fondamentale. Le città sono un altro fattore di rischio, alcune città hanno sofferto più di altre come ad esempio Milano. È uno stress test anche per la vita sociale. Altro fattore che è stato stressato è quello della mobilità urbana. Questa malattia però si comporta in maniera diversa nel mondo ed è anche la malattia che è stata misurata più di tutte in termini di dati. Bisogna applicare un approccio one-health, la nostra salute non è scissa da quella del pianeta. Lo studio storico su AMR potrà essere influenzato in positivo o negativo da questo periodo, sembra infatti che il 70% dei pazienti sia sottoposto ad antibiotici. Vista l'assoluta attenzione alla salute in questo momento sarebbe opportuno focalizzare le policy anche sul tema dell'AMR. Questa pandemia è stata accelerata dal traffico aereo, oltre al fatto che non abbiamo gli anticorpi per combatterla; alle pandemie influenzali siamo infatti pronti a rispondere dopo secoli di sviluppo di anticorpi. Dall'inizio di questo secolo ci sono stati altri fuochi pandemici che poi però non sono diventate per fortuna pandemie come la zika, l'ebola etc. motivo questo che di deve spingere a diventare più resilienti.

Il seminario si è poi concluso con una tavola rotonda di esperti che hanno espresso diversi pareri in merito alla gestione delle procedure sanitarie.

Elementi di interesse

Il webinar ha portato l'attenzione su una tematica che non riceve attualmente abbastanza considerazione, con dati sia sanitari che economici. Ha proposto inoltre soluzioni sia più generali di governance che concrete ed operative sul campo.

Per approfondire <https://event.sdabocconi.it/onehealth/>
<https://pchs.it/>