

**OSPEDALE-TERRITORIO SLOW: PRINCIPI, OBIETTIVI, AZIONI**

8 Giugno 2017

Arezzo, Auditorium Ospedale San Donato

2 REGGIO EMILIA

<b>Titolo del progetto</b>	<b>“Un’esperienza di antimicrobial stewardship nelle Cure Primarie”</b>
<b>Autori</b>	Pietro Ragni <sup>1</sup> , Alberto Gandolfi <sup>2</sup> , Alessandra Ferretti <sup>3</sup> , Ermanno Gabbi <sup>4</sup> , Edoardo Carretto <sup>5</sup> , Silvia Storchi Incerti <sup>6</sup> , Valentina Chiesa <sup>7</sup> , Cristina Marchesi <sup>8</sup>
<b>Affiliazioni</b>	1 <i>Struttura Governo Clinico, ASL Reggio Emilia</i> 2 <i>Medico di Medicina Generale, ASL Reggio Emilia</i> 3 <i>Dipartimento Farmaceutico, ASL Reggio Emilia</i> 4 <i>S.C. Malattie Infettive, Az. Ospedaliera-IRCCS RE</i> 5 <i>Lab. Microbiologia, Az. Ospedaliera-IRCCS RE</i> 6 <i>Lab. Analisi Ospedale di Guastalla, Az. USL RE</i> 7 <i>Unità di Sanità Pubblica, Dipart.Sienze Biomediche, Biotecnologiche Traslazionali (S.Bi.Bi.T.), Università degli Studi di Parma</i> 8 <i>Direttore Sanitario, ASL Reggio Emilia</i>
<b>E-mail degli autori</b>	<a href="mailto:pietro.ragni@ausl.re.it">pietro.ragni@ausl.re.it</a> ; <a href="mailto:gandolfia@ausl.re.it">gandolfia@ausl.re.it</a> ; <a href="mailto:carretto.e@asmn.re.it">carretto.e@asmn.re.it</a> ; <a href="mailto:ferrettia@ausl.re.it">ferrettia@ausl.re.it</a> ; <a href="mailto:gabbie@asmn.re.it">gabbie@asmn.re.it</a> ; <a href="mailto:valentina.chiesa@ausl.re.it">valentina.chiesa@ausl.re.it</a> ; <a href="mailto:cristina.marchesi@ausl.re.it">cristina.marchesi@ausl.re.it</a> ; <a href="mailto:storchiincerti.silvia@ausl.re.it">storchiincerti.silvia@ausl.re.it</a>

**Introduzione.** La multi-antibiotico-resistenza (MDR) comporta una pesante serie di conseguenze negative, quali il ritardo nell’adozione di una terapia empirica efficace e la necessità di adottare antibiotici (ATB) di seconda scelta. Questa può essere considerata tale per più motivi: ridotta efficacia (e conseguente maggiore letalità), maggiore tossicità, maggiore costo, maggiore impatto ambientale, cioè maggiore induzione di MDR. Alla MDR è legato infine il possibile fallimento terapeutico da mancanza di principi attivi efficaci. Tra le principali cause di MDR rientra l’uso inappropriato di ATB, in ambito umano e veterinario, e l’Italia è purtroppo tra i Paesi europei con maggiore utilizzo di ATB in entrambi i contesti. La prescrizione inappropriata di ATB è diffusa non solo negli ospedali ma anche sul territorio, nel quale viene effettuato circa l’85% di tutte le prescrizioni ATB.

I motivi dell’eccesso di utilizzo sono diversi, ma certamente hanno un peso importante la medicina difensiva, la mancata differenziazione tra colonizzazione (asintomatica e generalmente da non trattare) e infezione (sintomatica), nonché la convinzione diffusa che la terapia antibiotica sia efficace anche in molte malattie virali, specie dell’apparato respiratorio.

Descriviamo un progetto di Antimicrobial Stewardship (AS), cioè dell’insieme di politiche utili a ridurre l’uso degli antibiotici e il loro impatto sulle resistenze microbiche, nel Dipartimento Cure Primarie dell’Azienda USL di Reggio Emilia.

**Obiettivi.** Obiettivo principale è stato quello di ridurre le prescrizioni di ATB da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG); obiettivo secondario ridurre le prescrizioni per due specifiche classi: fluorochinoloni e macrolidi.

**Metodi.** E’ stato scelto un approccio diverso dal passato, che ha posto in secondo piano la diffusione di Linee Guida (LG) e che si è invece focalizzato su alcuni punti chiave della strategia di AS, orientati alla condivisione del problema e a una nuova lettura della responsabilità prescrittiva.

I punti chiave sono stati trattati in un corposo intervento formativo, realizzato da un team multidisciplinare di AS in sinergia tra le Aziende Sanitarie Territoriale e Ospedaliera, gli Ordini dei Medici e dei Farmacisti. Sono stati tenuti oltre 50 incontri, rivolti a tutti i MMG (n=335), ai medici di continuità assistenziale (n=120) della ASL, ad altri 120 medici e odontoiatri iscritti all’Ordine di Reggio Emilia, agli studenti in formazione di medicina generale e, nel 2016, agli specialisti ambulatoriali, a tutti i farmacisti al pubblico iscritti all’Ordine provinciale e a diversi gruppi di cittadini.

Con i MMG abbiamo condiviso fin dall’inizio il progetto, partendo da una semplice checklist, ispirata a un diagramma di flusso elaborato dal NICE, per la gestione delle infezioni delle alte vie respiratorie. La check-list riporta una serie di elementi documentati come utili nel comunicare al paziente che il suo disturbo viene effettivamente e seriamente valutato dal medico e merita attenzione sulle indicazioni per il trattamento. La comunicazione della presa in carico è infatti il momento fondamentale di una politica de-prescrittiva, ed è dimostrato che può essere migliorata anche dall’uso di depliant. Per questo motivo ne abbiamo redatto uno, ispirato a materiale prodotto dal Ministero della Salute, destinato ad essere consegnato al paziente in caso di prescrizione antibiotica assente o ritardata.

Le prescrizioni di ATB sono state quindi monitorate utilizzando l’indicatore DDD/1000 assistibili pesati/die (il sistema di “pesi” predisposto dalla Regione Emilia-Romagna permette di contenere le differenze determinate da sesso ed età e rende più agevoli i confronti).

**Risultati.** Nel 2016 è stata riscontrata una consistente riduzione delle prescrizioni antibiotiche totali da parte dei MMG in tutti i sei distretti dell’ASL. In DDD/1.000 assistibili pesati/die si è registrato:

- prescrizione complessiva nell’ASL di ATB sistemici: 12,61 (range 11,60-13,56), con un calo percentuale rispetto al 2015 pari a -8,4%;

- nelle sottoclassi obiettivi secondari del progetto: fluorochinoloni 1,32 (range 1,09 – 1,71), con un calo percentuale rispetto al 2015 pari a -13,7%; macrolidi e lincosamidi 2,1 (range 1,96 – 2,34), con un calo percentuale pari a -12,4%.

**Conclusioni.** L’alleanza tra Direzioni Sanitarie, specialisti, MMG e cittadini ha portato ad affrontare il problema MDR tramite la condivisione di un obiettivo senza imposizioni né dell’applicazione di Linee Guida né di vincoli amministrativi. Per questo progetto non sono stati richiesti incentivi economici poiché è stata ritenuta dagli stessi MMG attività qualificante l’esercizio della professione. Insieme abbiamo dimostrato che è possibile raggiungere risultati importanti riconoscendo il ruolo del clinico prescrittore come protagonista e non come esecutore, e la relazione con il paziente come centrale anche ai fini di una prescrizione appropriata.

