

### COOPERARE

*“Se ci penso, non è straordinario quello che ho fatto. È semmai straordinario quello che ho ricevuto.”*

*“Amo questo luogo perché sento che il nostro lavoro serve. Capisci che basta poco: coerenza, serietà, attenzione. E poi è così chiaro: più forte è il bisogno, più grandi sono i risultati.”*

*“Dimmi, Luigi, ma serve tutto questo?”*

*Medico e Bambino* ripropone, a distanza di circa 20 anni dal numero dedicato ai progetti materno-infantili del “Burlo Garofolo” di Trieste, un focus dedicato ad alcune esperienze italiane di cooperazione, svolte per lo più in Africa subsahariana. Alcuni dei contributi sono illustrativi di specifiche esperienze, altri hanno caratteristiche soprattutto programmatiche, altri ancora presentano filosofie di intervento, ad esempio nel campo della formazione. Molti contengono riflessioni e argomentazioni sulle ragioni per le quali sono state intraprese, e mantenute nel tempo, iniziative di cooperazione: dal mandato della Comunità internazionale (gli obiettivi del Millennio) a quello etico-politico (per l’Africa ci vuole altro, ma quel poco che possiamo fare facciamo), a quello utilitaristico (una straordinaria esperienza umana e professionale, la conoscenza di malattie che ora appaiono anche da noi). Qualcuno si spinge a citare Autori critici nei confronti degli aiuti allo sviluppo.

Motivazioni diverse, complesse, non necessariamente alternative, che dipendono, e non potrebbe essere diversamente, dalle storie personali degli Autori dei contributi: molti sono medici, giovani e meno giovani, che hanno deciso di dedicare un breve periodo della loro vita a una esperienza di lavoro in Paesi poveri. Alcuni altri vi hanno dedicato buona parte della vita professionale. È un piccolo spaccato del mondo, piuttosto vasto in Italia, della cooperazione allo sviluppo, che ha sempre avuto nel continente africano la sua destinazione principale. Mossi da una parte dal desiderio di condivisione della condizione umana, laddove questa è più difficile, e dall’altra da sfide personali e professionali, a volte particolarmente ardue. Sia chiaro, l’afflato umanitario e la ricerca di sfide professionali non hanno bisogno dell’Africa, o di Calcutta o di Dushanbe: se ne possono trovare a casa propria abbondanti occasioni, oggi forse più che in passato. Ma certamente uno dei valori di queste esperienze sta proprio nell’acquisizione di una visione del mondo, e della propria professione, che poi può essere spesa qui.

Resta peraltro che in nessun caso è lecito ridurre il tutto a una esperienza. Se si vuole condividere con altri molto meno fortunati quello che abbiamo da dare, se si ritiene di dare una mano laddove non sempre questo ci viene chiesto, se si ritiene di “esportarsi”, allora la responsabilità aumenta, proporzionalmente all’importanza del ruolo che si va ad assumere. La responsabilità di sapere di più, di utilizzare al meglio quanto è stato già studiato, elaborato, prodotto; la responsabilità di lavorare per obiettivi che siano riconosciuti anche dai beneficiari; la responsabilità di essere efficaci; la responsabilità di produrre benefici duraturi e iniziative sostenibili, di evitare effetti collaterali negativi sul sistema sanitario nel suo complesso, ma anche su quello sociale; il dovere di coordinarsi con altri, anche a prezzo della perdita di qualche visibilità e protagonismo. Il dovere, soprattutto, di chiedersi onestamente qual è l’impatto prodotto, nell’immediato e nel futuro, e quello di non dimenticare la motivazione originaria di condivisione. Tutto questo richiede, più che l’abilità e

l’onestà del singolo, sempre necessariamente limitate, la capacità di farsi parte di una massa e di una memoria critica più ampia, e di mantenere una empatia nei confronti dell’altro anche quando viene messa a dura prova. Due testi, fra tanti, da leggere: “Salute globale e aiuti allo sviluppo: diritti, ideologie, inganni”, prodotto due anni fa dall’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale ([www.oisg.org](http://www.oisg.org)), e il recente libro di Paolo Rumiz *Il bene ostinato*, da cui provengono le citazioni iniziali (vedi recensione sul sito di *M&B*: [http://www.medicoebambino.com/?page=bene\\_ostinato](http://www.medicoebambino.com/?page=bene_ostinato)).

**Giorgio Tamburini**

### IL FALLIMENTO DELLA COMUNITÀ NEL TUTELARE UNA RISORSA FONDAMENTALE: GLI ANTIBIOTICI

L’anno 2011 verrà ricordato per una presa di posizione molto forte da parte della comunità scientifica, ma anche da parte di alcuni organismi istituzionali e regolatori, sul problema della resistenza di alcuni batteri agli antibiotici. Gli appelli che sono stati lanciati ai medici, alle autorità nazionali e internazionali, alla comunità medica, ai veterinari, ai responsabili dell’industria e a tutta la popolazione hanno assunto toni di appello (quasi di ultimatum), al fine di favorire una mobilitazione mondiale che eviti una catastrofe sanitaria a causa dell’emergere e del proliferare di batteri resistenti a tutti gli antibiotici.

In un contesto in cui i processi di sviluppo di nuovi antibiotici sono praticamente a un punto morto, la resistenza dei batteri è cresciuta non soltanto nella medicina umana, ma anche in quella veterinaria. Il problema non riguarda solo la resistenza dei batteri ma anche quella dei micobatteri, dei parassiti e degli stessi virus. Il rischio è quello di vanificare lo straordinario successo (il miracolo) ottenuto con l’uso di poche classi di antibiotici non molti anni fa. Sfortunatamente il loro utilizzo estensivo e a volte indiscriminato non ha considerato, per decine di anni, quelle che potevano essere le conseguenze del problema della resistenza. Negli anni ‘90, in ambito comunitario e ospedaliero, quando se ne è parlato lo si è fatto senza tenere conto dei dati epidemiologici, al fine di favorire l’utilizzo di classi di antibiotici relativamente nuove (le cefalosporine di III generazione, i chinolonici) a discapito di molecole con spettro antibatterico ristretto. Lo spettro avanzato del problema della resistenza di *Streptococcus pneumoniae* (il batterio che è responsabile in età pediatrica della maggioranza dei casi di otite, sinusite e polmonite) nei confronti delle penicilline (amoxicillina) è rimasto contenuto nel corso di questi anni in molte Nazioni, tra cui l’Italia (5-10% di resistenza intermedia, 1-3% di “alta resistenza”). Il decantato problema della produzione di beta-lattamasi da parte di *Moraxella catarrhalis* si è rivelato di fatto un falso problema, in quanto si tratta di un batterio che è un abituale commensale delle vie respiratorie, raramente patogeno. E così, correndo dietro falsi problemi e ricercando ostinatamente l’antibiotico a più largo spettro, si è arrivati a selezionare vaste classi di patogeni antibiotico-resistenti.

Ci sono molti esempi dell’attuale resistenza dei batteri agli antibiotici. Riguardano i pazienti curati in ambito di comunità ma soprattutto a livello ospedaliero. Sono state documentate importanti differenze tra le singole Nazioni, e questo per ragioni non sempre chiare, ma che riguardano anche la diversa “pressione” antibiotica attuata nei diversi contesti. In altre parole, do-

ve gli antibiotici si utilizzano di più, vedi il Sud Italia (e ci si riferisce ovviamente a una prescrizione fatta prevalentemente sul paziente adulto, ma i pediatri non possono esimersi da un senso collettivo di responsabilità), le resistenze sono maggiori. Tra i batteri Gram positivi la meticillino-resistenza di *Staphylococcus aureus* (MRSA) è quella più nota, di cui anche i media continuano a discutere. Alcuni ceppi di MRSA (ma anche di Enterococchi) cominciano a essere resistenti anche ai glicopeptidi. Ma il problema non si limita a questo batterio. L'acronimo ESKAPE identifica i batteri (Enterococchi, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, Enterobatteriacee) che hanno in comune la resistenza a diverse classi di antibiotici, tra cui le cefalosporine, i chinolonici e i carbapenemi. Le epidemie di infezioni da *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae* multiresistenti e la scoperta dei batteri NDM-1 (New Delhi metallo-beta-lattamasi 1) pan-resistenti vengono ora considerate importanti allerte sanitarie che indicano come si sia aperta una nuova era in merito al problema della resistenza che richiede una presa di coscienza su scala mondiale. Per quanto riguarda *E. coli*, ad esempio, la resistenza alle cefalosporine è ancora contenuta in alcune Nazioni europee (intorno al 5%) ma è molto più alta in altre, dal 25% al 50% dei batteri isolati nelle infezioni invasive dovute a questo batterio, come risulta dallo *European Antimicrobial Resistance Network*.

Volendo trasferire l'epidemiologia del fenomeno della resistenza al letto del paziente, il vero rischio in questo momento riguarda in particolare i malati affetti da malattie croniche (tumori, malattie infiammatorie, immunodeficienze congenite o acquisite, fibrosi cistica ecc.) che spesso richiedono frequenti ospedalizzazioni. Il successo dei trattamenti chemioterapici, immunosoppressori, degli interventi chirurgici, dei trapianti d'organi, che sono associati a un rischio elevato di infezioni, potrebbe essere compromesso.

La priorità di salvaguardia degli antibiotici è oramai riconosciuta a livello mondiale da organismi e istituzioni e coinvolge direttamente i governi dei singoli Paesi, responsabili di quelle che dovranno essere le necessarie azioni "politiche" da attuare in ambito sanitario per cercare di risolvere il problema. Uno sviluppo sostenibile (anche) in questo settore dovrebbe tenere conto di programmi prioritari e concreti di azione, da attuare sul breve periodo, che sono stati recentemente proposti da un gruppo di esperti (vedi Box), inserendosi nella continuità degli appelli provenienti dagli organismi nazionali e internazionali. La responsabilità dei medici è personale e collettiva. Ciascun operatore sanitario dovrebbe attenersi a regole condivise nel momento in cui prescrive questa classe di farmaci, rispettando *in primis* il principio della "reale necessità", vale a dire in presenza di un'infezione documentata o presunta a eziologia batterica, in conformità con quelle che sono le linee guida (LG) disponibili a livello nazionale e internazionale, spesso disattese e che per alcune patologie comuni del bambino prevedono a volte una strategia di vigile attesa.

Occorre proporre e incentivare la produzione e la diffusione delle stesse LG, qualora non disponibili o non adottate in modo omogeneo e conforme ai livelli di evidenza, sia per quanto riguarda la profilassi (vedasi a riguardo le nuove LG per la profilassi dell'endocardite, molto più restrittive rispetto al passato, pubblicate su questo numero a pag. 444, e quelle per la profilassi chirurgica pubblicate sulle pagine elettroniche nella rubrica "Il punto su") che la terapia antibiotica.

### RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI: LE 12 PRIORITÀ

#### Azioni prioritarie da attuare da parte delle autorità sanitarie

1. Somministrare agli animali solo gli antibiotici non utilizzati nella medicina umana, e unicamente per azioni terapeutiche. È fondamentale riservare alla medicina umana le classi di antibiotici più importanti.
2. Bandire l'utilizzo degli antibiotici nell'alimentazione degli animali per accelerarne la crescita.
3. Disciplinare la vendita degli antibiotici destinati alla medicina umana e proibire la loro vendita senza prescrizione medica in tutti i Paesi del mondo.
4. Proporre agli organismi internazionali (Unione Europea, WHO) un documento per il corretto utilizzo degli antibiotici, da far firmare ai Ministri della Sanità di tutti i Paesi, che si impegneranno a farlo rispettare.

#### Azioni prioritarie a livello degli operatori della salute umana e veterinaria

5. Attuare, in tutti i Paesi, una sorveglianza standard della resistenza e dell'utilizzo degli antibiotici e seguire l'emergere e la proliferazione di nuove resistenze batteriche.
6. Inserire, nei corsi di studi di Medicina e Veterinaria, una solida formazione sulla resistenza batterica e l'utilizzo corretto degli antibiotici e attuare programmi di formazione continua per il personale sanitario, tenendo conto delle particolarità culturali di ogni Paese.

#### Azioni prioritarie a livello della popolazione

7. Avviare campagne di informazione destinate al grande pubblico, adattate alle specificità locali, che dimostrino la necessità di proteggere gli antibiotici e, dunque, di limitare il loro utilizzo alle sole indicazioni necessarie.
8. Insegnare le misure igieniche fondamentali, come lavarsi le mani, per prevenire le infezioni.
9. Coinvolgere i rappresentanti dei consumatori nell'elaborazione e nell'attuazione dei piani d'azione.

#### Azioni prioritarie a livello dell'industria

10. Sviluppare test di diagnostica rapida per guidare la prescrizione degli antibiotici ed evitare la loro somministrazione nel caso l'origine dell'infezione sia virale.
11. Promuovere la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici.
12. Sviluppare nuovi modelli economici in grado di conciliare gli interessi della salute pubblica e le esigenze di redditività dell'industria.

Occorre che venga favorita la diffusione di semplici strumenti diagnostici che consentano, a livello ambulatoriale e ospedaliero, una diagnosi rapida che distingua le infezioni batteriche da quelle virali, tenendo in considerazione il bilancio tra costi e benefici.

Occorre che venga incentivata la messa a punto di sistemi di sorveglianza sul problema della resistenza antibiotica a livello locale e nazionale, in rete con organismi internazionali.

Occorre, infine, che la comunità dei medici faccia pressione sugli organismi istituzionali per favorire campagne informative (permanenti e non estemporanee) rivolte agli stessi medici ma anche alla comunità dei pazienti sui principi di un uso corretto degli antibiotici, sulla necessità di adottare eventuali misure efficaci nel prevenire la diffusione del contagio di alcune malattie infettive, *in primis* tra queste il corretto lavaggio delle mani.

La "crisi degli antibiotici" e il fallimento della comunità nel preservare questa importante risorsa sono in qualche modo spe-

colari alla crisi che sta attraversando il sistema economico e politico mondiale. Stessi errori e disattenzioni: l'illusione di risorse infinite; gli sprechi per rincorrere un miraggio di benessere assoluto; gli abusi di risorse limitate a discapito di luoghi, situazioni, persone e cose; l'aver ignorato i segnali che presagivano la crisi e che indicavano la necessità di intraprendere percorsi virtuosi; non ultimo le complicità e gli affarismi che per anni hanno interessato il mondo dell'industria e gli stessi medici, per poi arrivare a dire che le risorse finanziarie per investire nella ricerca (nuovi antibiotici) erano finite.

Siamo tutti responsabili di quello che sta accadendo a discapito di persone con malattie gravi che, per le disattenzioni che abbiamo avuto, rischiano di vedere vanificate in poco tempo tante sofferenze e speranze. Non è più il momento di vivere complicità e silenzi. Occorre essere per lo meno ragionevolmente informati e consapevoli.

**Bibliografia di riferimento**

- Carlet J, Collignon P, Goldmann D, et al. Society's failure to protect a precious resource: antibiotics. *Lancet* 2011;378:369-71.
- European Centre for Disease Prevention and Control. EARS-Net Database. <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Pages/Database.aspx>. (accesso 5 agosto 2011).
- Hughes JM. Preserving the lifesaving power of antimicrobial agents. *JAMA* 2011;305:1027-8.
- Huttner B, Goossens H, Verheij TJ, Harbarth S. Characteristics and outcomes of public health campaigns with the aim to improve outpatient antibiotic use in high income countries. *Lancet Infect Dis* 2010;10:17-31.
- Kumarasamy KK, Toleman MA, Walsh TR, et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infect Dis* 2010;10:597-602.

**Federico Marchetti**