



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**U.O.C. Centro Regionale per i Trapianti di organi e tessuti  
(C.R.T.) Sicilia**  
Piazza Nicola Leotta, 4  
90127 Palermo

TEL. 0916663828  
FAX 091 6663829  
E-MAIL [segreteria@crt Sicilia.it](mailto:segreteria@crt Sicilia.it)  
PEC [crt Sicilia@pec.it](mailto:crt Sicilia@pec.it)  
WEB [www.crt Sicilia.it](http://www.crt Sicilia.it)

## **RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA**

**20 Dicembre 2019**

**A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA**

**(TIZIANA LENZO – MARIELLA QUINCI)**

## Contrazioni dei muscoli, tecnica innovativa per la Terapia del dolore

20 Dicembre 2019

*Denominata "Dry Needling", utilizza aghi ma è diversa dall'agopuntura. Intervista di Insanitas a Maria Teresa Locicero, specialista in Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore e dirigente medico all'Arnas Garibaldi di Catania.*

di [Maria Grazia Elfio](#)



In **Terapia del Dolore**, tra le più innovative tecniche spicca il cd. **"Dry Needling"** finalizzato al trattamento focale delle zone muscolari contratte, denominate **Trigger Point Miofasciali (MTrP)**.

Insanitas ha intervistato **Maria Teresa Locicero** (nella foto), medico specialista in Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore, che vanta una consolidata esperienza nel trattamento del dolore cronico ed è dirigente medico presso l'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Arnas **Garibaldi** di Catania, diretta dal FF. Daniela Di Stefano.

### **Cos'è il Dry Needling?**

«È una tecnica sicura ed efficace applicata in terapia del dolore per il trattamento focale delle zone muscolari contratte, meglio note come Trigger Point Miofasciali (MTrP), che indicano una condizione patologica dolorosa dei muscoli scheletrici».

### Perché si verifica questa condizione fisiopatologica?

«Le fibre muscolari cambiano, si accorciano e rimangono in contrazione a causa di un **carico muscolare scorretto**, o di un sovraccarico, compromettendo l'apporto di ossigeno e di nutrienti al muscolo. Attraverso la stimolazione diretta dei MTrP con **aghi sterili e monouso**, si favorisce l'ossigenazione delle fibre contratte, riducendo l'infiammazione ed incrementando la vascolarizzazione. La stimolazione crea uno spasmo involontario, detto anche **Twitch Response**, della bandelletta tesa (tendine comune di due muscoli), descritto dal paziente come "dolore che fa però bene"; ciò perché ad esso segue una **sensazione di rilassamento**: in questo modo lo stato di tensione locale viene ridotto in maniera duratura».

### Vi sono altre indicazioni di trattamento?

«Questa tecnica è molto utile anche nel trattamento di **tendinopatie inserzionali**, dolori cicatriziali, dolori dei tessuti molli e **contratture** muscolari».

### Come si esegue il Dry Needling?

«Il trattamento consiste nella stimolazione diretta dei MTrP con **aghi "secchi"**, cioè senza la somministrazione di alcun medicinale, da qui la denominazione "Dry Needling"».

### Come descrive la tecnica del Dry Needling?

«Sono più di una. Le principali sono: la **Stimolazione Intramuscolare** dove l'ago viene inserito direttamente nella bandelletta tesa o nel Trigger Point, causando una "scossa" locale (Local Twitch Response), seguita da un rilassamento muscolare ed il **Dry Needling Superficiale**, in cui gli aghi vengono inseriti in maniera superficiale (circa 3-4 mm di profondità) ed obliqua sopra il Trigger Point, attivando in questo modo dei riflessi spinali che provocano un'inibizione del dolore».

### In termini di sicurezza?

«Questa tecnica è generalmente **sicura**, purché eseguita da mani esperte. È, infatti, richiesta un'ampia formazione professionale, una conoscenza approfondita dell'anatomia, nonché una particolare **abilità di palpazione**, in modo da individuare con estrema precisione dove inserire gli aghi. È possibile evitare complicanze, inoltre, seguendo scrupolosamente le **Linee Guida** per la Pratica Sicura ed Efficiente, insegnate nei corsi di Dry Needling».

### Dry Needling spesso viene erroneamente associata all'agopuntura...

«Purtroppo sì. Nonostante venga utilizzato lo stesso tipo di aghi, è importante evidenziare che le due cose sono completamente diverse sia nell'approccio che nell'obiettivo: infatti, mentre il Dry Needling agisce all'interno dei muscoli, favorendo il rilassamento degli stessi e della relativa fascia, **l'agopuntura** tratta differenti punti all'interno dei vari tipi di tessuto».

### Il Dry Needling è una tecnica abbastanza giovane...

«Sì, è nata negli anni '90 a seguito dell'osservazione clinica e dello studio della **terapia infiltrativa** dei Trigger Point. In seguito altri **trial** hanno dimostrato che il rilassamento dei Trigger Point è dovuto non alla sostanza iniettata, ma alla precisione ed all'accuratezza con cui gli aghi vengono inseriti nelle aree trattate. Questa procedura è riconosciuta ed eseguita con successo in tutto il mondo da terapisti esperti che lavorano nel campo del **Pain Management**. Un ulteriore passo in avanti nella metodica è dato dall'ausilio dell'ecografia nell'individuare i muscoli profondi, che non possono, dunque, essere stimolati manualmente: questo rende il Dry Needling ancora più sicuro dal punto di vista delle possibili complicanze, previste comunque».

### Viene richiesta una specifica preparazione e certificazione...

«Proprio così. Tra i pionieri nello sviluppo e della divulgazione dei corsi di Dry Needling sul Trattamento Manuale dei Trigger Point, a partire dal 1995, spicca l'accademia David G. Simons Academy, DGSA®, presso cui ho acquisito la mia preparazione».

## Obesità pesa su salute del pianeta, più CO2 per eccesso peso

20 Dicembre 2019



(ANSA) - ROMA, 20 DIC - L'obesità pesa anche sulla salute del Pianeta: essere appesantiti da chili di troppo equivale a produrre una maggiore quantità di emissioni di CO2 sia per via dei processi metabolici dell'organismo (più ponderosi negli individui sovrappeso e obesi), sia per via dell'eccesso di cibo consumato da chi soffre di obesità.

È quanto emerge da uno studio pubblicato sulla rivista Obesity: a livello globale l'obesità contribuisce a un eccesso di 700 mega-tonnellate (una mega tonnellata è un miliardo di chili) di emissioni di CO2 l'anno, pari a circa l'1,6% di tutte le emissioni prodotte dall'uomo.

Lo studio è stato condotto da esperti dell'Università di Copenaghen, dell'Alabama e dell'ateneo di Auckland in Nuova Zelanda che però sottolineano: questi dati non devono portare alla stigmatizzazione dell'eccesso di peso. Le persone che soffrono di obesità sono già vittime di discriminazioni, e numerosi studi hanno documentato l'esistenza di diversi stereotipi. "Questo studio dimostra che paghiamo un prezzo altissimo per la difficoltà di accesso alle cure contro l'obesità - sostiene Ted Kyle, fondatore di ConscienHealth. Non solo il problema affligge i pazienti obesi, ma l'eccesso di peso non curato può anche contribuire a problemi ambientali".

## Reparto dell'ospedale di Taranto intitolato a Nadia Toffa

20 Dicembre 2019



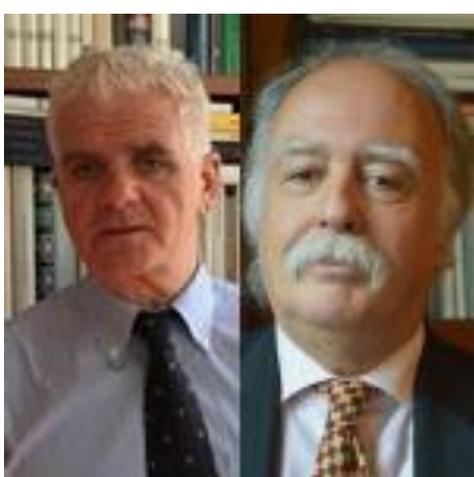
Nadia Toffa era diventata cittadina onoraria di Taranto per le sue inchieste sull'inquinamento ambientale e le sue battaglie al fianco dei bambini malati di cancro ed oggi a lei è stato intitolato il reparto di Oncoematologia pediatrica dell'ospedale "SS. Annunziata".

Alla cerimonia di intitolazione, questa mattina, hanno partecipato anche i genitori della conduttrice e inviata della trasmissione di Italia 1 "Le Iene" scomparsa prematuramente lo scorso agosto, il papà Maurizio e la mamma Margherita.

Nadia era stata testimonial della campagna di vendita solidale delle magliette con la scritta 'le jesche pacce pe te' (io esco pazzo per te) ideata dagli amici del Mini Bar del rione Tamburi attraverso la quale fu raccolta la somma di 527mila euro servita anche per l'assunzione di una pediatra. Alla cerimonia era presente, tra gli altri, il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano.

## L'informazione al paziente spetta ad ogni professionista sanitario, non solo al medico

**La relazione di cura non riguarda esclusivamente il medico, ma è estesa alla equipe sanitaria comprendente i vari professionisti sanitari. Conseguentemente, i professionisti sanitari partecipano a tutte le attività che contribuiscono a realizzare la relazione di cura e che si basano sul "consenso informato", vale a dire sul conferimento dell'informazione e sulla raccolta del consenso**



**20 DIC** - La discussione relativa al ruolo delle professioni sanitarie, diverse dal medico, in merito all'informazione al paziente è antica.

I pertinenti riferimenti normativi non lasciano dubbi circa l'obbligo anche giuridico per qualsiasi professionista sanitario di informare la persona assistita.

Questo obbligo discende dai contenuti di fonti nazionali e sovranazionali.

### La Convenzione di Oviedo

Fra queste ultime, è da prendere in considerazione la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina adottata a Orvieto il 4 aprile 1997 e ratificata dalla legge 28 marzo 2001 numero 145. La Convenzione prevede due tipologie di informazione, rispettivamente contemplate una nell'articolo 5, compreso nel capitolo II intitolato "Consenso" e l'altra nell'articolo 10, facente parte del capitolo III relativo a "Vita privata e diritto all'informazione".

L'articolo 5 postula l'obbligo di informare, collocandolo in una prospettiva doppiamente limitata, perché 1) l'informazione è presentata come ancillare rispetto all'obiettivo di ottenere il consenso e 2) il suo contenuto riguarda esclusivamente l'intervento nel campo della salute.

#### Articolo 5. Regola generale

*Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.*

*Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.*

Questa disposizione, relativa all'informazione previa al consenso, va considerata quale integrazione di quanto previsto dall'articolo 10 che, specificamente attinente all'informazione in quanto tale, ha un contenuto più ampio, riferito al concetto di salute globalmente intesa e non ad un particolare singolo intervento.

## Articolo 10. Vita privata e diritto all'informazione

... 2. Ogni persona ha il diritto di conoscere ogni informazione raccolta sulla propria salute.

Tuttavia, la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata.

L'informazione citata nell'articolo 10 concerne dunque la salute della persona nella sua globalità e quella dell'articolo 5 l'intervento sanitario subordinato al consenso. Si tratta di due aspetti della medesima entità, corrispondenti a fasi diverse della relazione con il paziente e a diversi bisogni di quest'ultimo all'interno del rapporto di cura.

La distinzione operata dalla convenzione di Oviedo ha una forma prettamente didascalica, che il professionista, nella pratica, deve saper superare, realizzando una connessione armonica, nella relazione con l'assistito, fra i due aspetti dell'informazione.

In ogni caso, la distinzione è quanto mai opportuna, perché conferisce il giusto risalto all'aspetto dell'informazione che prescinde dall'obiettivo di ottenere il consenso e che costituisce componente sostanziale della *progressione* del rapporto di cura.

In sintesi, i diversi aspetti dell'informazione e delle sue finalità sono raggruppabili in due tipi: accanto alla scontatissima informazione specificamente finalizzata alla raccolta del consenso, vi è una informazione "di base" svincolato da qualunque rapporto con esigenze sanitarie di diagnosi, di terapia o di assistenza. È un'informazione che, apparentemente fine a sé stessa, arricchisce comunque il patrimonio culturale (in senso antropologico) della persona e costituisce il mezzo per consentire alla stessa di definire consapevolmente il proprio progetto di vita.

La convenzione di Oviedo non specifica chi debba provvedere ad informare la persona. L'analisi dei due articoli citati porta ad induzioni univoche circa l'identità del professionista sanitario cui compete l'informazione.

Il disposto dell'articolo 5 riguarda, in ultima analisi, "l'intervento in campo sanitario"; questa è l'espressione testualmente usata, che rende evidente che l'informazione finalizzata al consenso riguarda non solo il campo medico bensì, più estensivamente, quello *sanitario*.

Ne consegue che qualsiasi intervento in campo sanitario richiede un previo consenso ed ogni consenso una previa informazione. In pratica, schematizzando:

a) se si tratta di intervento progettato ed eseguito dal medico, senza l'intervento di altri professionisti sanitari, l'informazione e la raccolta del consenso sono di competenza esclusiva di quel medico;

b) se si tratta di un intervento che comporta prescrizione medica e messa in opera da parte di un professionista sanitario, occorre una doppia informazione ed un doppio consenso: informazione e consenso dapprima da parte del medico riguardo soprattutto al significato e agli obiettivi dell'intervento, informazione e consenso successivamente da parte del professionista sanitario circa le modalità di effettuazione dell'intervento; il problema pratico in questi casi è definire accordi o stilare procedure che chiariscano le competenze dei vari professionisti, precisando i rispettivi contenuti dell'attività informativa;

c) se si tratta di intervento che il professionista sanitario deve progettare e realizzare, secondo previsioni del proprio profilo professionale, su propria iniziativa ed a prescindere da prescrizione medica, ovviamente l'informazione e la raccolta del consenso sono prerogative esclusive di quel professionista sanitario.

Ricapitolando, l'articolo 5 contempla l'informazione (e la raccolta del consenso) in relazione a qualsiasi intervento *sanitario*, non solo in relazione all'intervento *del medico*; vi può essere una componente dell'informazione, relativa ad attività di pertinenza di un dato professionista sanitario, che ricade su quel professionista.

Analogamente l'art. 10, prevedendo per ogni persona "il diritto di conoscere tutte le informazioni relative alla propria salute", impone a qualunque professionista sanitario, che abbia una relazione di cura con la persona, di tenerla informata in merito ai rilievi ed alle valutazioni di sua competenza.

## La legge 22 dicembre 2017, n. 219

Fra le fonti nazionali, è fondamentale la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" ed in particolare il contenuto del comma 3 dell'articolo 1.

*Art. 1 Consenso informato. ... 3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.*

Il comma 3 non indica chi è deputato ad informare la persona sulle condizioni di salute che è suo diritto conoscere.

L'indeterminatezza della norma conferma la tesi che ad ogni professionista sanitario che interviene nella cura della persona

competa l'informazione connessa alla sua attività. Le indicazioni testuali circa il contenuto dell'informazione sembrano richiamare prevalentemente attività e conoscenze mediche, come per esempio la valutazione della prognosi o delle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Però, a ben considerare, questa è solo una impressione destituita di fondamento, perché alcuni dei contenuti indicati possono riguardare sia il medico sia il professionista sanitario in genere: solo la diagnosi *nosologica* è prerogativa medica ed altre tipologie di diagnosi competono ad altri professionisti; le informazioni generali sui rischi dell'accertamento o del trattamento spettano al medico ma, al momento della effettuazione dello stesso, ulteriori informazioni *contingenti* sono fornite dal professionista che svolge determinati atti circa i quali il paziente chiede di essere edotto.

In ogni caso, il comma 3 citato postula il diritto del paziente di conoscere le proprie condizioni di salute e propone successivamente un elenco dei contenuti dell'informazione che è da considerare come meramente esemplificativo e quindi non inclusivo di tutti i possibili contenuti idonei a realizzare il *diritto di conoscere le proprie condizioni di salute*.

Parte di questi contenuti scaturiscono dagli approcci peculiari delle varie professioni sanitarie e dalle rispettive modalità di rilevare ed analizzare i bisogni della persona e di pianificare le modalità di intervento.

Chi ritiene che il comma 3 comporti un obbligo di informazione al paziente che grava solo sul medico perché la legge 219/2017 nel suo complesso si riferisce ad attività dovute da parte del medico e non cita mai i professionisti sanitari, è in errore.

È in errore perché, se è vero che è la figura del medico ad essere prevalentemente citata nella norma in oggetto, occorre tuttavia conferire il giusto valore a quanto riportato nel comma 2 del medesimo articolo 1.

*Art. 1 Consenso informato. ... 2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria.*

La relazione di cura non riguarda esclusivamente il medico, ma è estesa alla équipe sanitaria comprendente i vari professionisti sanitari. Conseguentemente, i professionisti sanitari partecipano a tutte le attività che contribuiscono a realizzare la relazione di cura e che si basano sul "consenso informato", vale a dire sul conferimento dell'informazione e sulla raccolta del consenso.

All'interno dell'équipe andranno definiti i contenuti informativi che ogni professionista componente dell'équipe dovrà garantire al paziente.

Ecco allora che l'ambito dichiarato di esclusività nell'informazione medica si affievolisce e si integra con le informazioni provenienti dalle altre professionalità per fornire, alla persona assistita, informazioni tali da permettere alla stessa persona una "migliore adesione alle cure".

Coerentemente i codici deontologici delle professioni sanitarie hanno, nel tempo, riservato spazio all'anamnesi e alla comunicazione degli stati di salute.

È il caso, ad esempio, del fisioterapista che raccoglie l'anamnesi e comunica la diagnosi fisioterapica. È il caso del logopedista che raccoglie il bilancio logopedico come sintesi della raccolta alla anamnestica e della diagnosi logopedica.

### **Lo strano caso delle professioni sanitarie non abilitate all'informazione**

Date queste premesse, siamo disorientati di fronte a chi, come il Presidente della Federazione delle Società Medico-Scientifiche, **Franco Vimercati** ([QS del 24 ottobre scorso](#)), costruisce e descrive scenari assurdi e irragionevoli, palesemente *contra legem*, attribuendone la proposta a soggetti istituzionali, per poi criticare le competenze dei professionisti sanitari chiamati a svolgere attività in questi scenari ipotetici, introducendo surrettiziamente nelle critiche considerazioni non pertinenti.

Più esplicitamente, nella lettera citata si riferisce che "si ventila l'ipotesi di affidare il consenso informato, la raccolta di notizie anamnestiche e la prescrizione a personale sanitario", precisando che si tratta di personale sanitario "non abilitato a questo compito".

Questa indicazione è semplicistica, fuorviante e non rispettosa delle competenze dei professionisti sanitari. Con l'abilitazione all'esercizio professionale si riconosce a qualsiasi professionista sanitario competenza nell'informare, nel raccogliere il consenso nonché l'anamnesi.

È pacifico che il professionista espleta queste funzioni in relazione alle attività a lui attribuite dal profilo professionale. È pacifico che il medico non può investire il professionista sanitario di funzioni per le quali quest'ultimo non è abilitato.

Ma chi descrive questo scenario assurdo, non può approfittare dell'occasione della sua costruzione ipotetica per dire che il

professionista sanitario “non ha il compito dell’acquisizione del consenso informato” ed “è ovviamente impreparato per una inadeguata informazione sui rischi insiti nelle procedure che interessano il paziente”.

Dopo che il medico ha raccolto in consenso del paziente, per esempio a sottoporsi ad un determinato accertamento diagnostico, il professionista sanitario chiamato a svolgere le connesse attività tecniche o manuali ha comunque l’incombente di informare il paziente circa quanto si accinge a fare e a raccoglierne l’adesione.

Inoltre, il professionista sanitario ha competenza in una attività complessa, quale è quella del ricevere e gestire la revoca del paziente al consenso manifestato al medico. In ogni caso, è impensabile un professionista sanitario, come quello descritto nella lettera, impreparato sui rischi insiti nella procedura che si accinge a porre in essere ed incapace a darne adeguata informazione alla persona.

Ovviamente le informazioni da conferire al momento dell’esecuzione pratica dell’attività e la revoca del consenso da parte della persona devono essere gestite secondo progettualità preventivamente elaborata dall’equipe.

Tutto ciò è ben lontano da quanto paventato nella lettera, cioè dal “togliere al paziente stesso il diritto di confrontarsi con il medico nel momento più importante e delicato per lui, ovvero quello delle decisioni terapeutiche utili a garantire il suo stato di salute”; anzi la figura del professionista sanitario, che accompagna il paziente nella scelta che ha già manifestato al medico, va proprio a rinforzare questo diritto. Resta comunque fermo che il professionista sanitario svolge anche attività che non richiedono prescrizione medica e circa le quali egli ha il dovere di informare e raccogliere il consenso.

Nella lettera, l’epilogo della costruzione di questo scenario ipotetico è sconcertante, perché si sviluppa secondo un’*escalation* avulsa dalla realtà e scollegata da quanto precedentemente ipotizzato come attribuito arbitrariamente ai professionisti sanitari: si postula conclusivamente “una “sanità” nella quale le refertazioni diagnostiche o le scelte terapeutiche possano essere affidate a personale non autorizzato a tale compito”.

È certo che una “sanità” così organizzata spaventi chiunque. Ma non è concepibile che qualcuno possa aver immaginato una cosa del genere e comunque proprio non ha senso proporla al pubblico per dichiarare l’ovvio: cioè che suscita spavento.

Lo sconcerto sommo è dato dalla frase conclusiva della lettera in cui si riafferma – in realtà si afferma perché questo concetto è un colpo di scena finale mai precedentemente enunciato – che “gli “atti medici” debbano rimanere tali a garanzia e tutela dei pazienti”.

Questa considerazione finale, anch’essa del tutto avulsa dal testo precedente, è solo in parte condivisibile.

Non è condivisibile la scelta di fare un passo indietro rispetto alle indicazioni preliminarmente proposte sulla relazione medico-paziente, attente alla “dimensione empatica che caratterizza il rapporto di fiducia tra il paziente ed il medico” e concludere limitando la riflessione agli “atti medici”. È comunque pacifico che essi siano a garanzia e a tutela dei pazienti.

Meno chiaro è il significato dell’auspicio che gli atti medici “debbono rimanere tali”. Ci limitiamo a considerare che gli atti medici sono soggetti a cambiamenti in relazione, se non altro, all’evoluzione delle tecnologie in ambito sanitario, alla riorganizzazione del servizio sanitario e alla maturazione del rapporto con il paziente. E nulla può (o a maggior ragione “deve”) “rimanere tale” di fronte al cambiamento.

Resta fermo che tutti i professionisti sanitari sono chiamati a funzioni (o se si preferisce attività; “atti” è proprio riduttivo) a garanzia e a tutela non solo dei pazienti ma anche delle persone sane e che anche per i professionisti sanitari non è accettabile l’idea che le funzioni “restino tali” escludendo aprioristicamente che si modifichino, ovviamente nel rispetto dei riferimenti normativi e con la garanzia della pertinente adeguata formazione, peraltro prevista dalle stesse norme.

**Daniele Rodriguez**  
*Medico legale*

**Luca Benci**  
*Giurista*  
*Componente del Consiglio superiore di sanità*

## Antimicrobial Stewardship. In Calabria aperte le “ostilità” contro le infezioni correlate all’assistenza e il contrasto all’Amr

**Concluso il lavoro del Gruppo regionale contro le Antimicrobico Resistenze, in vista l’adozione formale delle Linee di indirizzo condivise con tutti i professionisti, infettivologi ed esperti in terapia antibiotica, microbiologi, farmacisti ospedalieri, igienisti, Direttori sanitari, intensivisti, chirurghi e Risk manager**



**20 DIC** - Sono in dirittura di arrivo in Calabria le Linee d’indirizzo per il contrasto all’Antimicrobico resistenza. La stesura pressoché definitiva del documento è stata presentata nei giorni scorsi a Catanzaro, presso la Cittadella Regionale della Regione, dal Coordinatore del gruppo tecnico PNCAR della Regione, **Benedetto Caroleo**, che ha così sostanzialmente concluso la condivisione del testo con i principali stakeholders di applicazione delle misure previste.

Nell’ultima tappa del suo viaggio nel mondo delle Regioni alle prese con l’applicazione del Piano nazionale di Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR), realizzato con il sostegno di Msd, *Quotidiano Sanità* ha praticamente assistito all’ultimo atto di un’azione iniziata in Calabria poco più di un anno fa con la costituzione del gruppo di lavoro interdisciplinare che ha redatto le Linee di indirizzo per la Regione Calabria.

Il documento, oltre ad essere stato elaborato, in linea con quanto previsto dal Piano nazionale di Contrasto all’AMR, da un gruppo multidisciplinare di professionisti, è stato condiviso nei mesi autunnali con Infettivologi ed esperti in terapia antibiotica, Microbiologi, Farmacisti Ospedalieri, Igienisti, Direttori Sanitari, Intensivisti, Chirurghi e Risk Manager per raccoglierne suggerimenti ed eventuali modifiche.

Il testo definitivo delle “**Linee di indirizzo per l’uso appropriato della terapia antibiotica empirica in ambito ospedaliero e per l’implementazione regionale dei protocolli terapeutici**” vedrà la luce nelle prossime settimane, ha sottolineato **Antonio Belcastro**, Direttore Generale della Sanità calabrese presente all’incontro, allorché verrà adottato come provvedimento ufficiale della Regione Calabria.

**Migliorare l’appropriatezza d’uso degli antibiotici in ambito umano e veterinario**, ridurre la diffusione di microrganismi multi-resistenti (MDR), ridurre l’incidenza delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA), Informare e formare gli operatori sanitari, sono gli obiettivi di fondo delle Linee di indirizzo che poggiano le fondamenta non soltanto sulle più recenti evidenze in materia, ma soprattutto sulla reale situazione delle strutture sanitarie calabresi sia in termini di resistenze microbiche sia di prassi, governance dei processi e utilizzo di antibiotici.

**Il documento è composto da due parti fondamentali**, una generale con i dati di monitoraggio del consumo di antibiotici (2017-2018) e della sorveglianza microbiologica nei quattro maggiori Hub calabresi, e una più sistematica dedicata agli orientamenti terapeutici per il trattamento antibiotico empirico, quando non praticabile quello mirato, che le Aziende dovranno adottare apportando eventuali modifiche richieste dall'epidemiologia nazionale, regionale e soprattutto aziendale. Per l'intero corpus delle Linee di indirizzo è prevista inoltre una revisione triennale in considerazione dei rapidi cambiamenti epidemiologici in ambito di infezioni correlate all'assistenza da microrganismi multi-resistenti. L'uso appropriato degli antibiotici, puntualizza **Benedetto Caroleo**, non può prescindere dall'utilizzo dei nuovi farmaci come dei vecchi, ma quello che conta è adattare la terapia giusta al paziente giusto, tenendo conto dell'ecologia locale.

**Nel futuro più immediato, dall'adozione delle Linee di indirizzo ci si deve aspettare** una definizione di strategie e di strumenti innovativi per migliorare la sorveglianza e il controllo delle resistenze antibiotiche e delle ICA, Implementare le attività per favorire l'adesione all'igiene delle mani, sviluppare e implementare il sistema di notifica per la sorveglianza e il controllo di microrganismi con profili di resistenza pericolosi, partecipare alle attività di sorveglianza coordinate dal Centro Europeo per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni (ECDC), per gli studi di prevalenza sia negli ospedali per acuti che nelle strutture residenziali territoriali, coordinare progetti su sorveglianza e controllo delle infezioni, finanziati dal Ministero della Salute (progetti CCM). A questo dovranno aggiungersi le azioni rivolte ai cittadini come, per esempio, l'ideazione e realizzazione di campagne regionali per aumentare la consapevolezza dei rischi determinati dalle resistenze antimicrobiche e per informare sulle azioni necessarie per il contenimento del problema, una campagna diretta alla popolazione generale per la promozione di un uso responsabile degli antibiotici, (per esempio attraverso locandine da esporre in CUP e Sale d'Attesa dei Servizi Pubblici, negli ambulatori dei MMG e dei PLS, nelle farmacie e nelle scuole).

**“Il ruolo dell'infettivologo principalmente, ma dell'esperto in terapia anti-microbica più in generale, viene ribadito come centrale per l'uso appropriato degli antimicrobici”** viene sottolineato nel documento “La complessità delle strategie antimicrobiche in questi ultimi decenni non può essere demandata ad altri se non a chi ha alta specializzazione nell'impiego degli anti-virali, anti-batterici, anti-micotici ed anti-parassitari. Il numero di molecole da conoscere è enorme; esse vengono utilizzate frequentemente in associazione; hanno interazioni con le altre categorie farmacologiche, importanti ed a volte, pericolose per la vita; si impiegano in pazienti anziani, pediatrici, immunodepressi, con polipatologie, ecc. Emerge con forza quindi il ruolo indispensabile dell'esperto. Il perché si faccia riferimento all'esperto e non più adeguatamente all'infettivologo, è giustificato dai contesti sanitari in cui si opera. In Calabria, ad esempio, non tutti i Presidi Ospedalieri hanno un Reparto o un Servizio di Malattie Infettive; è però noto che i batteri e particolarmente i multiresistenti, causano gravi infezioni in qualsiasi contesto ospedaliero e non sempre è possibile ricorrere a trasferimenti tempestivi in Presidi dotati di UO di Malattie Infettive. La situazione si è aggravata con il declassamento o addirittura la soppressione di UO di Malattie Infettive in vaste aree geografiche; un esempio per tutti è costituito dal Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme. In realtà in cui storicamente non vi è stata disponibilità di infettivologi, ma anche in quelle in cui gli infettivologi sono presenti, alcune figure professionali quali gli intensivisti, gli ematologi, i pediatri, gli internisti/geriatri, hanno raggiunto dei livelli di competenza per nulla secondi a quelle degli infettivologi; in un momento storico in cui l'emergenza dell'anti-microbicoresistenza ha raggiunto livelli più che preoccupanti, la loro presenza è auspicabile ed irrobustisce una rete regionale che ci auguriamo possa partire proprio da questa occasione”. Inoltre, “l'esperienza maturata in questo primo anno di attività del gruppo, incoraggia a sviluppare programmi di amministrazione antibiotica non soltanto nel contesto ospedaliero, ma anche in quello dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta”. E questo poiché l'obiettivo di fondo deve essere rappresentato da una vera e propria svolta culturale nell'applicazione dell'appropriatezza dell'uso di antibiotici sotto il motto internazionalmente condiviso “One Health”.

**In Italia, la Calabria non fa eccezione, il 70% del commercio di antibiotici riguarda gli animali di allevamento** con conseguenze tutt'altro che inerti sull'ambiente e sugli alimenti; l'approccio interdisciplinare, globale, ha come obiettivo finale quello della salute umana, passando attraverso la salute degli animali, la buona qualità degli alimenti e la salubrità dell'ambiente. L'Italia, secondo dati dell'ECDC e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, purtroppo si trova in testa (superata solo da Belgio, Francia, Cipro, Romania e Grecia) sia per consumo di antibiotici che per percentuale di isolati di germi multi-resistenti agli antimicrobici comunemente impiegati; la Calabria si colloca nella media delle Regioni Italiane.

“Ci è sembrato particolarmente utile poter redigere questo documento” si legge ancora “per diffondere in sintesi molti obiettivi del PNCAR ed in particolare per orientare praticamente le scelte antibiotiche nelle principali sindromi infettive quando non sia temporaneamente o definitivamente disponibile l'isolato microbiologico; ciò al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo principale del Piano Nazionale che è quello di ridurre la diffusione del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza. La diffusione globale delle resistenze agli anti-microbici” inoltre “ha accresciuto enormemente la responsabilità del prescrittore che potrebbe trovar conforto nel fruire di una linea d'indirizzo empirico solo iniziale o definitivo. L'impiego inappropriato di antibiotici, oltre che esporre i soggetti a inutili rischi derivanti dai loro effetti collaterali, pone grandi problematiche di salute pubblica a causa del possibile sviluppo di resistenze. È auspicabile che tale documento possa anche avere la funzione di stimolo per tutte le figure del settore microbiologico/infettivologico/farmacologico nel promuovere iniziative atte a stilare delle linee di consenso per il trattamento delle principali sindromi infettive. Quindi non delle semplici indicazioni, quali quelle prospettate nel documento, ma delle vere e proprie linee guida di trattamento omnicomprensivo”.