

"I 21 indicatori sono cervellotici". Intervista a Massimo Andreoni

Per il direttore della Società italiana di malattie infettive il Governo "asseconda e non previene il contagio". "Il Covid sta esacerbando l'antibiotico-resistenza"

19/11/2020
REDAZIONE

ANDREAS SOLARO via Getty Images Italian infectologist Massimo Andreoni, Director of the Department of Infectious Diseases of Policlinico di Tor Vergata, stands in the area where patients suffering from coronavirus disease (COVID-19) are being treated at the Policlinico di Tor Vergata hospital in Rome on April 7, 2020. (Photo by Andreas SOLARO / AFP) (Photo by ANDREAS SOLARO/AFP via Getty Images) "Le epidemie vanno prevenute e non assecondate, ma qui la sensazione è che per intervenire si aspetti sempre il dato negativo e non è un buon sistema, perché già a settembre si era capito dove stavamo andando". Massimo Andreoni, ordinario di Malattie infettive, direttore dell'Unità operativa complessa di Malattie infettive di Tor Vergata e direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive, dice la sua ad HuffPost sulla gestione dell'emergenza Covid da parte di Governo e Regioni. "Se non si precede l'evento, gli ospedali scoppiano e anche se si cambia regime e si mette tutta l'Italia in lockdown, comunque ci vogliono settimane perché l'effetto si ripercuota sul numero di ricoveri". Sul natale avverte: "Attenzione a non creare un secondo agosto solo per far contente le persone con conseguenze drammatiche a gennaio". L'efficacia dell'indice Rt? "Io ho una sensazione di discrepanza tra la realtà e i numeri". I 21 criteri? "Sono cervellotici". E sui dati non diffusi ha pochi dubbi: "Una strategia non condivisa tra governo e regioni sta creando delle difficoltà non solo nella gestione locale dell'epidemia, ma soprattutto nella comprensione da parte dei cittadini su quello che stia realmente accadendo". Professore, oggi è il giorno dell'incontro tra Regioni e governo per decidere della sorte dei 21 parametri previsti per stabilire il colore delle 'zone'. Ritene che vadano modificati? La sensazione che si percepisce a livello periferico, quindi delle Regioni e degli ospedali, è che questi parametri siano un po' cervellotici, cioè che sia un algoritmo che non rispetta la realtà delle situazioni. Non mi sono mai preso il lusso di leggerli tutti e ventuno, però credo che siano un po' non rispettosi delle realtà che si vivono negli ospedali. Il problema dell'epidemia è un problema del territorio, ma diventa molto rilevante all'interno degli ospedali ed è vero che nei parametri previsti mi si dice che ci sono i ricoveri in terapia intensiva, il numero dei letti disponibili, però in realtà non tiene presente tutto ciò che è qualitativo. Avere posti di ricovero per pazienti Covid, che uno magari crea sul momento, non vuol dire che questi siano posti efficaci. Può farci un esempio? Noi

siamo aumentando in maniera vertiginosa in tutta Italia il numero di posti in terapia intensiva, ma poi se questi posti non sono gestiti da personale sanitario qualificato, sia di medici che di infermieri, non è che hai risolto il problema, Tutto sta in come vengono gestiti i posti. Cosa ne pensa dell'indice Rt, che descrive il tasso di contagiosità del virus? Il presidente della fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, lo definisce 'inappropriato', il fisico Parisi lo ritiene 'inaffidabile' ed elaborato in forte ritardo. La faccio breve: alcune volte uno ha la sensazione di vivere delle discrepanze, cioè di regioni che dichiarano di essere in forte difficoltà e vengono messe in giallo e regioni che dicono di tenere abbastanza sotto controllo i contagi e vengono messe in rosso. Questa discrepanza tra il dato e la realtà mi crea delle perplessità. E comunque si deve lavorare di prevenzione: non c'è da aspettare che il rapporto tra tamponi positivi e tamponi fatti arrivi al 15 o 17 per cento per dire che siamo in difficoltà, ma bisogna stabilirlo quando dal 2 per cento si è passati al 4. Con azioni decise fatte in principio si sarebbero fatti meno morti. Si sta discutendo sui dati che non vengono diffusi. Lei che idea si è fatto? La sensazione che una strategia non condivisa tra governo e regioni stia creando delle difficoltà non solo nella gestione locale dell'epidemia, ma soprattutto nella comprensione da parte dei cittadini su quello che stia realmente accadendo. I criteri poco trasparenti che portano alla definizione dei "colori" delle regioni, con le conseguenti misure di contenimento, stanno generando confusione soprattutto nel personale sanitario che, essendo in prima linea, non capisce la strategia in atto. Il suo punto di vista sulla situazione attuale dei contagi in Italia è tutt'altro che positivo... La situazione dell'infezione da Sars-cov-2 in Italia attualmente è quella di una epidemia fuori controllo con una numerosità di casi tale da mettere in seria difficoltà la sanità pubblica. La necessità di trasformare gran parte dei posti letto di ricovero sia nei reparti di degenza ordinaria che in quelli di terapia intensiva in posti letto per pazienti COVID-19 sta rendendo estremamente complicata la gestione di tutte le altre patologie. Se volessimo raccontare come è stata gestita la pandemia, cosa diremmo? Che l'Italia non aveva un piano strategico pandemico predisposto da attuare all'inizio della pandemia. Questo ha determinato una iniziale difficoltà nella gestione dell'epidemia che ha fatto sì che l'Italia fosse, nella prima fase, tra i paesi europei quello maggiormente colpito. Successivamente le misure messe in atto sono state valide ed efficaci. Nella seconda fase il governo ha scelto una politica finalizzata più ad "assecondare" l'epidemia piuttosto che "prevenirla". Infatti, le misure di contenimento si stanno applicando progressivamente nelle diverse regioni italiane in relazione ai dati registrati ed in particolare quando questi, a mio avviso, hanno raggiunto dati "allarmanti". Questa politica, che è utile a rallentare ma non a fermare l'epidemia, sta determinando un afflusso di pazienti negli ospedali difficilmente gestibile e che comunque, anche in presenza di un lock down, resterà alto nelle prossime settimane creando problemi rilevanti nella gestione degli ospedali. Questa è la settimana dell'antibiotico-resistenza (AMR), una delle principali minacce alla salute globale del ventunesimo secolo e arriverà a causare 10 milioni di decessi nel 2050, diventando la prima causa di morte al mondo. Ci aiuta a capire cos'è? La trasformazione dei ceppi batterici in organismi resistenti è un meccanismo evolutivo naturale, determinato da mutazioni del corredo genetico, in grado di proteggere il batterio dall'azione del farmaco. Per ogni nuovo antimicrobico di origine naturale esiste già un meccanismo di resistenza presente in natura. L'introduzione degli antibiotici in ambito clinico umano e veterinario ha generato un'ulteriore pressione selettiva in questi

contesti, favorendo la selezione di microrganismi resistenti e l'acquisizione di geni di resistenza portati da elementi genetici mobili (ad es. plasmidi) che contribuiscono a diffondere la resistenza tra i batteri patogeni, attraverso fenomeni di scambio genico orizzontale, facilitato anche dal degrado e dalla carente gestione ambientale. Infatti, i patogeni resistenti così selezionati, a loro volta, vengono rilasciati nell'ambiente e possono contaminare anche la catena alimentare. In questo scenario è emersa la consapevolezza che il controllo del fenomeno dell'AMR non possa prescindere da un approccio "One Health", cioè un approccio integrato, che guarda la medicina umana, veterinaria, la sicurezza degli alimenti e il comparto agricolo e ambientale. L'Italia presenta il maggior numero di casi e di morti a essa attribuibile a livello europeo: come mai? Peraltro l'impatto economico è pesantissimo. Il fenomeno dell'AMR in Italia è il risultato di molteplici fattori epidemiologici, prescrittivi, organizzativi e demografici che hanno portato ad ampie aree di inappropriata prescrizione in particolare in ambito territoriale quali, ad esempio, il trattamento o l'automedicazione con antibiotico di infezioni delle vie urinarie, infezioni delle alte vie respiratorie, BPCO (broncopneumopatie cronico-ostruttive), faringo-tonsilliti nel bambino, trattamenti profilattici/di massa nel settore veterinario. Una delle ipotesi avanzate dal mondo scientifico è di una possibile correlazione tra pandemia e AMR. Il fenomeno dell'AMR, già particolarmente grave, è stato esacerbato e si stima possa peggiorare ulteriormente in seguito alla pandemia da SARS-CoV-2 anche a causa delle infezioni batteriche secondarie che necessitano di un trattamento antibiotico tempestivo e appropriato. Uno studio condotto in due ospedali di Wuhan ha evidenziato come il 95% dei pazienti ospedalizzati per complicanze da Covid-19 fosse sottoposto a trattamento antibiotico e che il 50% dei pazienti deceduti presentasse un'infezione secondaria. Dati, peraltro, confermati da un secondo studio condotto su un campione di pazienti anziani affetti da Covid-19, categoria tra le più fragili. Come si può lottare contro la AMR? In primo luogo attraverso la prevenzione che prevede l'applicazione di programmi di "antimicrobial stewardship", finalizzati al corretto uso degli antibiotici, e di "infection control" negli ambienti sanitari, finalizzati all'applicazione di tutte quelle misure necessarie a ridurre la presenza di batteri MDR nell'ambiente e la trasmissione di questi germi da persona a persona. A questo proposito è importante anche sostenere l'implementazione del PNCAR-Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico resistenza, promosso dal Ministero Italiano della Salute nel novembre 2017. Il PNCAR è un documento di indirizzo che ha lo scopo di contrastare il fenomeno dell'antibiotico-resistenza secondo l'approccio "One Health" che come detto in precedenza guarda all'insieme della medicina umana, veterinaria, la sicurezza degli alimenti e del comparto agricolo e ambientale. Infine anche ottimizzare i processi di approvazione di nuovi antibiotici potrebbe essere di aiuto. Che ruolo ha la prevenzione vaccinale? Le politiche di immunizzazione e l'AMR sono strettamente connesse in quanto, anche grazie ad una strategia di prevenzione vaccinale, si possono ridurre le infezioni antibiotico resistenti: con l'introduzione dei vaccini contro *Haemophilus Influenzae*, pneumococco e meningococco ad esempio si è ridotta la circolazione dei ceppi di questi batteri antibioticoresistenti. Per quanto riguarda lo pneumococco, l'Italia, come la maggior parte dei Paesi europei, ha implementato un programma di vaccinazione sia per i bambini, con vaccini coniugati polivalenti, sia per gli adulti ad alto rischio cui è raccomandata una schedula sequenziale. Relativamente al ruolo della vaccinazione anti-pneumococcica nella riduzione dell'uso

di antibiotici, uno studio pubblicato su Lancet nel 2016 stima che la copertura universale con il vaccino anti-pneumococcico coniugato potrebbe prevenire 11.4 milioni di giorni di terapia antibiotica all'anno in bambini al di sotto dei 5 anni; si tratta di una riduzione del 47% circa nella quantità di antibiotici utilizzati per trattare polmoniti da *S. pneumoniae*. In questo perimetro, l'emergenza Covid-19 che riflessioni ci impone? L'emergenza Covid-19 ha sottolineato l'inadeguatezza delle strutture sanitarie italiane sia in termini di numerosità di posti letto, sia in termini architettonici con reparti di degenza costruiti con logiche oggi non più valide, sia in termini di carenza di personale sanitario sia medico-specialistico che infermieristico. Soprattutto le terapie intensive si sono dimostrate l'anello debole della gestione dei pazienti con COVID-19 rappresentando ancora una volta la sede più frequente per l'acquisizione di germi MDR.

Suggerisci una correzione

Maria Elena Capitanio

Giornalista e scrittrice

ALTRO: coronavirus covid massimo andreoni